

SEGURO DE AHORRO Y APORTACIONES

De conformidad con el Artículo 729 del Código de Comercio, si el contratante del seguro o asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o Póliza emitida por la Compañía, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la Póliza o contrato.

1. OBJETO DEL SEGURO

El objeto de este seguro es garantizar el pago de la suma asegurada a los beneficiarios designados por el Asegurado en caso de fallecimiento de éste a consecuencia de los riesgos cubiertos en la presente Póliza.

2. RIESGO CUBIERTO

A. Muerte:

Bajo esta cobertura la Compañía se obliga en caso de muerte del Asegurado, a pagar a sus Beneficiarios, la suma asegurada equivalente al total de ahorros y aportaciones que el Asegurado mantenga en su cuenta, sin exceder la suma máxima descrita en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En los casos de “Muerte presunta”, ésta Póliza se regirá por lo establecido en el Código Civil y cualquier otra ley que regule al respecto al momento de ocurrir el siniestro.

B. Muerte por Suicidio

En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, ya sea que el Asegurado se encuentre en estado de cordura o demencia, la Compañía pagará la suma asegurada a los beneficiarios, excepto cuando el suicidio ocurra antes de haber transcurridos dos (2) años completos ininterrumpidos de cobertura del Asegurado, en cuyo caso la responsabilidad de la Compañía se limitará al reembolso del importe de la reserva matemática de la Póliza, si hubiere.

C. Muerte por Sida

En caso de fallecimiento del Asegurado por Sida, la Compañía pagará la suma asegurada a los beneficiarios, excepto cuando la muerte ocurra antes de haber transcurrido tres (3) años completos ininterrumpidos de haber ingresado el Asegurado a la cobertura de la Póliza.

3. EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA

Los beneficios de esta Póliza no aplicarán en los siguientes casos:

- a) Cuando el fallecimiento del Asegurado sea a consecuencia de su participación directa en actos delictivos.
- b) Cuando el fallecimiento del Asegurado sea a consecuencia de su participación en actividades militares.
- c) Fallecimiento en caso de guerra o actos relacionados con la misma.

d) Los beneficios bajo la Póliza no son pagaderos si la muerte del Asegurado es como resultado de una enfermedad o lesión por la cual recibía atención médica, consulta o tratamiento en cualquier tiempo anterior a la fecha de ingreso a la Póliza, a menos que la muerte ocurra doce (12) meses después de su ingreso a la misma.

4. DEFINICIONES

Para los efectos de esta Póliza los siguientes términos significarán:

- a) Compañía: La institución aseguradora denominada Equidad Compañía de Seguros, S.A.
- b) Contratante: Es la Cooperativa o Institución Financiera que suscribe con la Compañía el contrato de seguro (Póliza).
- c) Asegurado: Persona natural miembro de la organización Contratante, que reúne las condiciones de elegibilidad para formar parte del grupo asegurable.
- d) Persona Elegible: Persona natural afiliada o cliente del Contratante que se encuentre dentro de los límites de edad elegibles para formar parte del grupo asegurable.
- e) Beneficiario: Persona natural y/o jurídica designada por el Asegurado, que recibirá el pago de la suma asegurada al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.
- f) Ahorro: Cantidad de dinero en moneda nacional o extranjera, que el Asegurado mantenga en la institución Contratante bajo el concepto de depósitos a la vista.
- g) Aportaciones: Es la cantidad de dinero que el Asegurado está obligado a ahorrar en la institución Contratante y su devolución solo surtirá efecto al retirarse de la misma.
- h) Condiciones Especiales o Particulares: Documento anexo a esta Póliza, que forma parte inseparable de ella, donde se detallan los datos generales del Asegurado, sumas aseguradas, primas, vigencia de la Póliza, coberturas, exclusiones, condiciones y acuerdos, tasas y otros detalles.
- i) Anexo o Endoso: Documento agregado a la Póliza y autorizado por la compañía para incorporar cambios, modificaciones o aclaraciones al texto de las Condiciones Generales de la Póliza, y que forma parte inseparable del contrato.
- k) Informe de Cobertura: Formato proporcionado por la Compañía, mediante el cual el Contratante periódicamente reporta el resumen de la cartera a asegurar incluyendo las deducciones por valores no asegurables en su cartera de ahorro.
- l). Declaración de Salud: Formato proporcionado por la Compañía al Contratante el cual contiene un cuestionario de preguntas de salud para que este sea utilizado al momento de incorporar un nuevo Asegurado a la Póliza y así tener pruebas de la condición de salud en el momento del aseguramiento.

5. CONSTITUCIÓN DEL CONTRATO

“El contrato de Seguros queda constituido por la Solicitud firmada por el Contratante, la presente Póliza, las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, los anexos adheridos a la misma, si los

hubiere y el Informe de Cobertura, que preparará y presentará EL CONTRATANTE a la Compañía en el formato que ésta le proporcione.

6. MODIFICACIÓN DEL CONTRATO

Toda Solicitud que modifique el Contrato deberá presentarse por escrito a La Compañía, entendiéndose que ésta acepta las modificaciones mediante comunicación por escrito al Contratante.

Toda modificación se hará constar en la propia Póliza o en un anexo debidamente firmado y adherido a la misma. Las condiciones particulares que se agreguen en las condiciones generales del contrato deberán, en igualdad de circunstancias, favorecer equitativamente al Contratante y Asegurados, previa comunicación a la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS).

En caso de controversia entre las condiciones generales y especiales prevalecerán las que favorezcan al tomador o suscriptor del seguro.

El Contratante y Asegurados tendrán derecho a que se les apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la Compañía prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda en prima.

7. CERTIFICADOS INDIVIDUALES

La Compañía emitirá un certificado de seguro para cada Asegurado, en el que se harán constar los datos relativos al seguro y además contendrá aquellas condiciones de la Póliza que tengan relación con el Asegurado. Los certificados serán entregados anualmente a los Asegurados por intermedio del Contratante y forman parte de la Póliza.

8. RENOVACIÓN Y CANCELACIÓN

La vigencia de esta Póliza es de un año, y será renovada automáticamente en su fecha de aniversario indicada en las condiciones particulares de la Póliza, la cual podrá ser cancelada tanto por el Contratante como por la Compañía, mediante el aviso correspondiente dado por escrito con treinta (30) días de anticipación o automáticamente por haber expirado el período de gracia para el pago de la prima.

9. PRIMA

El pago de las primas respecto a este seguro quedará sujeto a las siguientes condiciones:

- a) El Contratante es el obligado directo frente a La Compañía, a pagar el importe de las primas correspondientes a todos los Asegurados, y será el único responsable de las consecuencias por falta de pago.
- b) El Contratante deberá efectuar el pago mensualmente en las oficinas de la Compañía, o en su defecto mediante depósito en las cuentas de banco proporcionadas por la misma.
- c) La prima se determinará aplicando la tarifa vigente, establecida y estipulada en las condiciones particulares de la Póliza al monto de los saldos de las cuentas de ahorro elegibles a la finalización de cada mes.

10. PERÍODO DE GRACIA

Si el Contratante no efectuare el pago de la prima o la fracción correspondiente en la fecha de su vencimiento dispondrá de un período de gracia de treinta (30) días para el pago de la misma.

Si al término de dicho plazo la prima no ha sido pagada, los efectos de la Póliza cesarán de inmediato sin necesidad de aviso o declaración especial.

Si dentro del período de gracia, ocurre cualquier evento, la Compañía procederá al pago de indemnización correspondiente y a deducir de ella, el total de las primas pendientes de pago para completar el año Póliza.

11. DOLO O FRAUDE.

El dolo o culpa grave en las declaraciones del Asegurado o del Contratante y la omisión, respecto a hechos importantes para la apreciación del riesgo, da derecho a la Compañía para la rescisión del Contrato, quedando a favor de la Compañía la prima correspondiente al período del seguro en curso en el momento en que pida la anulación y, en todo caso, la prima convenida por el primer año.

La Compañía perderá el derecho de impugnar el contrato si no manifiesta al Contratante o Asegurado su propósito de realizar la impugnación, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud de las declaraciones o la reticencia.

Si la inexactitud u omisión en las declaraciones no se debiera a dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas o reticencias no serán causa de anulación del contrato, mediante manifestación que hará el Contratante o Asegurado dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que tuvo conocimiento de la declaración inexacta o reticencia.

12. INDISPUTABILIDAD

No obstante, lo establecido en la cláusula décimo primera, la Compañía no podrá disputar el seguro después de que haya estado en vigor durante la vida del Asegurado por un período de doce (12) meses ininterrumpidos contados desde su inscripción.

13. AVISO DEL SINIESTRO

Tan pronto el Contratante tuviere conocimiento del siniestro, deberá comunicarlo de inmediato a la Compañía por escrito, en un plazo máximo de cinco (5) días desde el momento en que tenga conocimiento de la realización del siniestro. Este plazo solo correrá en contra de quienes tuvieren conocimiento del derecho constituido a su favor. El aviso del fallecimiento del Asegurado se hará presentando a la Compañía la información correspondiente en los formularios que ésta proporcione para tal fin.

La Compañía tendrá derecho de exigir del Asegurado o Beneficiario, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas si se demuestra que el Contratante Asegurado, Beneficiarios, o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que con igual propósito no le remitan en tiempo la documentación de que trata el párrafo anterior.

En los casos que, por razones ajenas o no imputables a los Beneficiarios, ocurran atrasos en la emisión de dictámenes o certificaciones por parte de las autoridades competentes y/o no se presenten los datos requeridos en el plazo otorgado, o si se demuestra ante la Compañía la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado, ésta no podrá considerar que el aviso se dio de manera inoportuna.

13. Investigación Médica

La compañía queda facultada para realizar o efectuar investigaciones a médicos u hospitales y solicitar los informes que requiera en relación al presente contrato en caso de fallecimiento del Asegurado. Si el Contratante o beneficiarios impidieran el ejercicio de esta facultad con fines fraudulentos la Compañía quedará desligada de sus obligaciones.

13.2 Procedimiento en Caso de Siniestro

Se harán efectivos los beneficios elegibles descritos en el presente contrato siempre que el Contratante presente los siguientes documentos:

Beneficio de Muerte:

- a. Formulario de reclamo proporcionado por la Compañía.
- b. Certificación de nacimiento o copia de la tarjeta de identidad del Asegurado.
- c. Certificación médica o constancia de la autoridad competente que certifique la causa del deceso.
- d. Certificado de defunción.
- e. Estados de cuenta de ahorro y/o aportaciones del Asegurado.
- f. Declaración de Salud.

Beneficio por Desmembramiento y/o Pérdida de la Vista por Causa Accidental:

- a. Formulario de reclamo proporcionado por la Compañía.
- b. Certificación de nacimiento o copia de la tarjeta de identidad del Asegurado.
- c. Certificación médica que indique la causa y miembro afectado.
- d. Estados de cuenta de ahorro y/o aportaciones del Asegurado.

14. PAGO DE LA SUMA ASEGURADA

La Compañía garantiza pagar a través del Contratante, la suma asegurada que corresponda al Asegurado, de acuerdo a los plazos establecidos en el Artículo No. 70 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros, contados a partir de la fecha del recibo de la respectiva documentación.

El pago de cualquier indemnización en virtud de este contrato, lo hará La Compañía en su domicilio social, en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. salvo aquellos casos en que previa autorización de ésta, puedan hacerse en una de sus Agencias o Sucursales.

15. EDAD

Las edades de admisión fijadas por la Compañía para esta cobertura, son de 15 a 65 años. Si en el momento de celebrar el contrato o con posterioridad, el Asegurado presenta a la Compañía pruebas fehacientes de su edad, la Compañía anotara la Póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del Asegurado.

Si la edad verdadera fuese distinta de la declarada, pero encontrándose comprendida en los límites de admisión fijados por la Compañía, se procederá de conformidad con lo preceptuado en el Artículo 1231 del Código de Comercio de la República de Honduras.

16. BENEFICIARIOS

El beneficiario será la persona que el asegurado designe en la solicitud de inscripción al seguro. A falta de tal designación, los beneficiarios serán sus herederos legales.

El Asegurado en cualquier tiempo durante la vigencia de la Póliza podrá cambiar la designación de sus beneficiarios, siempre que lo notifique por escrito a la Compañía a través del Contratante, para que ésta lo haga constar en la Póliza mediante el endoso correspondiente.

En caso de fallecimiento de uno de los Beneficiarios designados y si el Asegurado no hubiere notificado el cambio a la Compañía, la suma asegurada a pagar se distribuirá por partes iguales entre los Beneficiarios sobrevivientes, salvo pacto en contrario. Si solo se hubiere designado un Beneficiario, y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario, o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación de Beneficiarios.

17. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Reportar mensualmente y dentro de los 15 días siguientes a la finalización del mes, en los formularios que la Compañía proporcione para tal fin, la descripción del total de Asegurados y sumas aseguradas correspondientes a la cartera de Ahorrantes.

18. TERMINACIÓN DEL SEGURO

La cobertura de un Asegurado, terminará por cualquiera de las siguientes causas:

- a) Por cancelación de la Póliza
- b) Por retiro total de los ahorros y/o aportaciones por parte del Afiliado
- c) Por transferencia total de los ahorros y/o aportaciones a otro depositante
- d) Por la ocurrencia del riesgo cubierto por esta Póliza.
- e) Al vencimiento del seguro
- f) Por falta de pago de la prima al finalizar el Período de Gracia

19. COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones que el Contratante haga a la Compañía con respecto a los Asegurados o Beneficiarios, deberán ser enviados por escrito al domicilio de la Compañía, y ésta por su parte, enviará sus notificaciones por escrito al domicilio del Contratante.

En el caso de que el contrato haya sido celebrado a través de un agente autorizado, regirá lo establecido por el artículo 1113 del Código de Comercio.

20. DUPLICADOS DE PÓLIZA

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza o de algún Certificado, previa solicitud escrita del Contratante y el pago de los gastos de emisión, la Compañía emitirá un duplicado de estos documentos.

21. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. El plazo anterior no correrá en caso de omisión, falsa o inexacta declaración sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor. Es nulo el pacto que abrevie o extienda el plazo de prescripción antes citado.

22. COMPETENCIA

Cualquier controversia o conflicto entre las partes sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o términos del contrato, podrán ser resueltos a opción de las partes por la vía de conciliación arbitraje o por la vía judicial.

BENEFICIO POR MUERTE, DESMEMBRAMIENTO O PÉRDIDA DE LA VISTA POR CAUSA DE ACCIDENTE

Anexo para adherirse y formar parte de la Póliza No. <Póliza> emitida por esta Compañía a Favor del <contratante>, en fecha <fechal>.

HACEMOS CONSTAR QUE: en consideración a la solicitud del Contratante y al pago anticipado de la prima estipulada, la Compañía conviene en pagar una indemnización adicional igual a la Suma Asegurada Principal, siempre y cuando el Asegurado falleciera a causa de accidente, o llegara a sufrir a causa del mismo, la pérdida de alguno de los miembros, órganos o funciones descritos en este anexo, y siempre que al ocurrir, el Asegurado no haya cumplido la edad de 75 años, y que el fallecimiento o desmembramiento se produzca dentro de los noventa (90) días a contar de la fecha de ocurrencia del accidente, todo de acuerdo con las siguientes condiciones:

No. 1. PAGO DE BENEFICIOS. Las indemnizaciones que pagará la Compañía en caso de accidente por este Anexo, se aplicarán en relación al saldo de los ahorros que mantenía el asegurado a la fecha del evento que ocasionó la pérdida objeto del reclamo, sin exceder de la suma máxima asegurada.

Pérdidas sufridas a causa de accidente	% de indemnización
La vida del Asegurado	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	50%
Amputación parcial de un pie, correspondiendo todos los dedos	30%
La audición de ambos oídos	25%
El dedo pulgar de la mano derecha	25%
El dedo pulgar de la mano izquierda	20%
El dedo índice de la mano derecha	10%
El dedo índice de la mano izquierda	8%
El dedo medio, anular o meñique de la mano derecha. c/u	5%
El dedo medio, anular o meñique de la mano izquierda	4%

Si el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización correspondientes.

A los afectados por este Convenio, únicamente se entenderá por pérdida de una mano o de un pie, la mutilación con separación por o más arriba de la articulación de la muñeca o del tobillo; por pérdida de la vista, la pérdida completa e irreparable del poder visual, la pérdida de los dedos la separación de dos falanges completas cuando menos, por pérdida de la audición de los oídos, la pérdida completa definitiva e irreparable de la audición de ambos oídos.

En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de las proporciones correspondientes a cada una, sin exceder la suma principal. Mientras no se haya pagado la totalidad de la suma principal, este Convenio continuará en vigor para el caso de fallecimiento por accidente hasta el próximo aniversario de la Póliza, por la diferencia entre la suma asegurada de este convenio y las indemnizaciones ya pagadas.

No. 2. DOBLE INDEMNIZACIÓN DEL BENEFICIO POR MUERTE, DESMEMBRAMIENTO Y/O PÉRDIDA DE LA VISTA POR CAUSA DE ACCIDENTE

Es entendido y convenido que el pago de las indemnizaciones por muerte accidental o pérdida de miembros o de la vista, será el doble de las cantidades establecidas en la Cláusula anterior, si el accidente ocurriese:

a) Mientras el Asegurado cubierto por este Contrato Suplementario, se encuentre viajando como pasajero en un vehículo propulsado mecánicamente y operado por una Empresa de Transporte Público que con regularidad preste servicio de pasajeros de ruta comercial debidamente autorizada, con itinerario regular, entendiéndose como tal todo aquel que sea realizado en forma sistemática, independientemente de los lugares en que haya conexión, pero no en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello.

b) Mientras el Asegurado se encuentre en el interior de un ascensor de uso público (con excepción de ascensores de minas).

c) Como consecuencia de incendio de un teatro, hotel o cualquier otro edificio público, cuando el Asegurado, amparado por este Contrato, se encuentre en el interior del mismo y siempre que no sea el lugar de su trabajo.

Para los efectos de este Convenio, se entenderá por Accidente aquel que produzca al Asegurado una lesión corporal, debido a la acción directa y violenta por causas externas, imprevistas y ajenas a la voluntad del Asegurado o a la de un tercero, de cuya lesión exista evidencia en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (excepto en el caso de ahogamiento o de lesiones internas reveladas por la autopsia).

Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidente: 1. La asfixia o intoxicación por vapores o gases; 2. La asfixia por inmersión u obstrucción; 3. La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado, consumidos en lugares públicos o adquiridos en mal estado, siempre que no hayan sido suministrados intencionalmente; 4. El carbunco o tétanos de origen traumático; 5. Las infecciones microbianas o intoxicaciones originadas mediante heridas externas producidas como consecuencia de lesiones accidentales; y, 6. La rabia.

La muerte o pérdida de miembros a causa de un accidente están cubiertas bajo este beneficio, toda vez que se produzcan dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

No.3. RIESGOS EXCLUIDOS. El presente Convenio no cubre la muerte o pérdida de miembros causados directa o indirectamente por:

- a) Suicidio o tentativa de suicidio, cualquiera que sea el estado mental o físico de un Asegurado.
- b) Accidente de navegación aérea, excepto cuando el Asegurado viaje como pasajero, en aviones de Empresas Comerciales, en vuelo regular, destinadas al servicio de pasajeros y mientras dichos aviones sean manejados por Pilotos de Planta, dentro o fuera del horario e itinerario fijo, o vuelo especial o contratado, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente;
- c) Accidentes en que el Asegurado se encuentre a bordo de cualquier clase de vehículo que esté participando en carreras, pruebas o contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia o velocidad;
- d) Participación del Asegurado en riñas o al cometer o tratar de cometer algún asalto u otro crimen;
- e) Accidentes que se produzcan en estado de embriaguez y que se verifique un consumo igual o superior a lo establecido en la Escala Internacional Prohibitiva a que hace referencia la Ley de la Penalización de la Embriaguez Habitual, sonambulismo o mientras el asegurado se encuentre bajo la influencia de drogas, a menos que se le hubieran administrado por prescripción médica.
- f) Huelgas, paros o disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares, en que participe el Asegurado;
- g) Guerra o revolución o cualquier otro acto relacionado con ella, haya habido o no-declaración de guerra;
- h) Dolencia corporal o mental o enfermedad que contribuye total o parcialmente con la muerte, a menos que la misma sea a consecuencia de accidente;
- i) Por homicidio, se exceptúa cuando las autoridades correspondientes dictaminen que la muerte del Asegurado se dio de forma fortuita por encontrarse en el lugar del siniestro.
- j) Lesiones causadas intencionalmente por cualquier persona;
- k) Cualquier infección, excepto cuando ésta tuviese su origen por accidente; y,
- l) Operaciones quirúrgicas o tratamientos médicos, excepto si son necesarios para la curación de lesiones accidentales.

No. 4. Al ocurrir un accidente, cubierto por este Convenio, deberá darse aviso escrito a la Compañía proporcionando los datos e informes que comprueben la pérdida y las circunstancias del accidente. Además el Asegurado deberá someterse a los exámenes médicos que la Compañía estime conveniente, los que serán practicados por los médicos designados por ésta y por cuenta de la

misma. Si el Asegurado no presenta las pruebas requeridas o no se sometieren a los exámenes indicados, la Compañía quedará liberada de responsabilidad en relación con este Convenio. En los casos que por razones ajenas o no imputables al Asegurado o los Beneficiarios (En caso de muerte del Asegurado), ocurran atrasos en la emisión de dictámenes o certificaciones por parte de las autoridades competentes y/o no se presenten los datos requeridos en el plazo otorgado, o si se demuestra ante la Compañía la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado, ésta no podrá considerar que el aviso se dio de manera inoportuna.

BENEFICIO DE GASTOS FÚNEBRES

Anexo para adherirse y formar parte de la Póliza No. <Póliza> emitida por esta Compañía a Favor del <contratante>, el <fecha>

HACEMOS CONSTAR QUE: en consideración a la solicitud del Contratante y al pago anticipado de la prima estipulada, la Compañía garantiza el pago de una suma adicional equivalente a la totalidad de los saldos asegurables de cada Asegurado en su cuenta o cuentas individuales al momento de la muerte, por concepto de gastos fúnebres hasta un máximo de < > Lempiras, sin afectar la cobertura máxima.

CONDICIONES ESPECIALES

Para formar parte y adherirse a la Póliza No. <Póliza> del Seguro de Vida Colectivo Sobre Ahorros y Aportaciones, suscrita a nombre de <contratante> con vigencia desde el <desde> hasta el <hasta>, ambas fechas a las 12.00 M.

En anexo a lo establecido en las Condiciones Generales de esta Póliza, la Compañía conviene amparar mediante las siguientes condiciones especiales los riesgos protegidos bajo esta Póliza.

1. EDADES DE ACEPTACIÓN

Las edades mínimas y máximas para ingresar a la Póliza son:

		Edad	
Ingreso a la Póliza			Renovación de la Póliza
Mínima	Máxima		<edad máxima renovación>
<15 años>	<65 años>		

2. TASA Y SUMA ASEGURADA

La tasa y suma asegurada estipulada, conforme a las que se protegerán, a los asegurados bajo esta Póliza son:

Tasa por Millar Mensual	Suma Asegurada Máxima de la Póliza
<tasapoliza>	L. <sumapoliza>

3. PRIMA

La prima debe pagarse mensualmente, una vez que la Compañía haya emitido el documento de aviso de cobro detallando el valor de prima a cancelar conforme a la información reportada por el Contratante.

El cálculo de la prima se determina sobre el valor total de la suma asegurada reportada, de la siguiente manera:

$$\text{Prima} = (\text{Suma Asegurada} * \text{Tasa}) / 1000$$

Prima Comercial	L.< >
Gastos de emisión	L.< >
Impuesto	L.< >
<hr/>	
Prima Anual Total de Seguros	L.< >

4. EL MONTO ASEGURADO ESTARÁ EN FUNCIÓN DE LA EDAD SEGÚN SE DETALLA EN LA SIGUIENTE TABLA:

Rango de Edad	COBERTURAS			
	Muerte por cualquier causa	Muerte Accidental y pérdida de miembros	Calificada	Gastos Fúnebres
Hasta 69 años	100%	200%	300%	L.<gastosfunebres>
de 70 a 75 años	100%	200%	300%	L.<gastosfunebres>

5. ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Para la efectiva administración del Seguro se requerirá que el Contratante envíe a la Compañía de Seguros en tiempo y forma la siguiente información:

5.1 Una vez que se haya suscrito y entre en vigencia la presente Póliza el contratante deberá enviar a más tardar a los 23 días del mes en curso la siguiente información requerida en forma física y digital (un archivo Excel y PDF):

- 1) Hoja de Cobertura correspondiente al mes actual.
- 2) Listado de Asegurados (No de orden correlativo, Nombre, No de identidad, edad, género y suma asegurada)
- 3) A fin de evitar retrasos en los reportes dicha documentación debe actualizarse mensualmente y enviar dentro del período antes mencionado a La Compañía

5.2 Por cada reporte de información mensual para aseguramiento, La Compañía emitirá aviso de cobro con detalle de prima a pagar y certificado que garantice la protección de la cartera de asegurados correspondiente, conforme a los reportes del mes reportado y listado según detalle de asegurados.

6. CONTINUIDAD DE COBERTURA

Tratándose de un traslado procedente de la Póliza de Seguro de Ahorro No <>, bajo la cual se protegió la cartera de Ahorrantes de <contratante>, La Compañía garantiza la continuidad de cobertura a todos aquellos asegurados que permanecieron protegidos bajo la Póliza antes mencionada hasta el <desde>, las personas que ingresen a la cooperativa y se incorporen a la Póliza de Seguro Colectivo Sobre Ahorro y Aportaciones después del inicio de vigencia de la presente Póliza, estarán sujetos a la cláusula No 12 de Indisputabilidad descrita en las Condiciones Generales.