

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL “PROVIDA”

CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA 1. INTEGRACION DEL CONTRATO

Seguros América, S.A., (en adelante “**LA COMPAÑÍA**”) y el Contratante (en adelante “**EL ASEGURADO**”), o el **Contratante** si éste fuere distinto de “**EL ASEGURADO**”, acuerdan celebrar el Contrato de Seguro de Vida Individual “**PROVIDA**”, el cual está integrado por la Solicitud de Seguro firmada por “**EL ASEGURADO**”, los cuestionarios médicos, los exámenes médicos, los exámenes de laboratorio, las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, las Adendas que se le adhieran y cualquier otro documento suscrito por “**EL ASEGURADO**” que hubiere sido tomado en cuenta para su celebración o modificación.

Es entendido y convenido que las Condiciones Particulares prevalecen sobre las Generales y las Adendas a las mismas, si las hubiere. Así mismo queda convenido que la validez del presente contrato queda sujeta a la veracidad de las declaraciones vertidas en los documentos mencionados en el párrafo anterior.

CLAUSULA 2. ACEPTACION DE LA POLIZA

Si “**EL ASEGURADO**” no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por “**LA COMPAÑÍA**”, podrá resolverlo dentro de los treinta (30) días siguientes de haber recibido el contrato o póliza, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la modificación del texto en lo referente a las Condiciones Particulares del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.

En caso de ocurrir un acontecimiento antes de solicitada y/o aceptada por “**LA COMPAÑÍA**” cualquier rectificación o modificación durante el tiempo establecido en el párrafo anterior, ambas partes se sujetarán a lo establecido en la póliza. Se sujetarán a lo establecido en la solicitud cuando, las condiciones de la póliza de seguros no concuerden con la solicitud de “**EL ASEGURADO**”, habiendo este pagado la prima correspondiente a lo solicitado.

CLAUSULA 3. DEFINICIONES DE LA POLIZA

Para todos los efectos legales del presente contrato, se tendrán las siguientes definiciones:

Accidente: Es el acontecimiento imprevisto, producido por una causa externa, violenta, súbita y fortuita, que produzca un daño corporal a “**EL ASEGURADO**”.

Adenda: Es el documento que se une a una póliza de seguros para adicionar modificaciones, correcciones, ampliaciones o declaraciones de lo contenido en el texto original de la misma.

Asegurado: Es la persona natural indicada en las condiciones particulares de la póliza, sobre cuya vida se celebra este contrato, y mediante el pago de una prima, recibe la protección de “**LA COMPAÑÍA**”, lo que le da derecho, en virtud de lo establecido en la póliza de seguro, al cobro de las indemnizaciones que se produzcan.

Beneficiario: Es la persona natural designada en la póliza por “**EL ASEGURADO**” o Contratante, como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen.

Cesionario: Es la persona jurídica designada en la póliza por “**EL ASEGURADO**” o Contratante, a quien se ceden los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen.

Compañía: “**LA COMPAÑÍA**”, es quien emite la póliza y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos amparados en el presente contrato.

Contratante: Es la persona natural o jurídica, que con el consentimiento de “**EL ASEGURADO**”, ha solicitado la contratación de esta póliza y que se obliga con “**LA COMPAÑÍA**” al pago de la prima y al cumplimiento de las demás obligaciones que en la misma se estipulan.

Contrato de Seguro o Póliza de Seguro: Es el contrato mercantil de prestación de servicios, por el cual “**LA COMPAÑÍA**”, se obliga mediante el pago de una prima, a indemnizar a “**EL ASEGURADO**” o sus beneficiarios por las pérdidas o daños que sufra como consecuencia de acontecimientos fortuitos o de fuerza mayor; o a pagar una suma según la duración o los acontecimientos de la vida de “**EL ASEGURADO**”.

Condiciones Generales: Es el conjunto de principios básicos que establece “**LA COMPAÑÍA**” para regular todos los contratos de seguro que emita en el mismo ramo o modalidad. Se establecen las normas relativas a la extensión y objeto del seguro, riesgos excluidos con carácter general, forma de liquidación de los reclamos, pago de indemnizaciones, subrogación, comunicaciones y jurisdicciones, entre otras cosas.

Condiciones Particulares: Es el documento que forma parte de la póliza y que recoge los aspectos concretamente relativos al riesgo individualizado que se asegura y en particular: nombre y domicilio del contratante, asegurado y beneficiario; concepto en el cual se asegura, efecto y duración del contrato, importe de la prima, recargos e impuestos, objetos asegurados, riesgos cubiertos y situación de los mismos, naturaleza de los riesgos cubiertos, alcance de las coberturas, entre otras cosas.

Corredor de seguros o intermediario de seguros: Son las personas naturales o jurídicas autorizadas por el Superintendente y registrados en la Superintendencia de Bancos y de Otras Instituciones Financieras (en adelante SIBOIF), dedicadas a solicitar, negociar u obtener seguros en Nicaragua, a nombre de terceros, expedidos por sociedades de seguros autorizadas para operar en el país.

Enfermedad: Es la alteración de la salud que requiera tratamiento médico y/o quirúrgico, sufrida por “**EL ASEGURADO**” a consecuencia de la acción de agentes de origen interno o externo, pero independientemente de acontecimientos accidentales.

Enfermedades Preexistentes: Son las enfermedades que previamente a la celebración del contrato, “**EL ASEGURADO**” haya padecido y sean comprobadas a través de la existencia de un expediente clínico o mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por otro medio de diagnóstico conocido.

Médico: Es la persona legalmente autorizada para ejercer la profesión y designada para proporcionar atención médica a “**EL ASEGURADO**”, teniéndolo bajo su cargo y atención directa. El médico no puede ser un familiar o pariente de “**EL ASEGURADO**” hasta el cuarto (4to.) grado de consanguinidad y segundo (2do.) grado de afinidad, ni ser “**EL ASEGURADO**”.

Indemnización: Es el importe que está obligado a pagar contractualmente “**LA COMPAÑÍA**” en caso de producirse un acontecimiento amparado, de acuerdo a la cobertura afectada y como consecuencia de la contraprestación que corresponde a “**LA COMPAÑÍA**”, frente a la obligación del pago de la prima por el contratante.

Periodo de Espera: Es el tiempo determinado que debe transcurrir ininterrumpidamente desde la celebración del contrato para que las coberturas contratadas puedan ser reclamadas en caso de ocurrir un acontecimiento amparado.

Prima: Es el valor de la cuota o pago que debe satisfacer el contratante a “**LA COMPAÑÍA**”, en concepto de contraprestación monetaria por la cobertura del riesgo especificado en el contrato de seguro.

Solicitud de Seguro: Es el documento completado por “**EL ASEGURADO**”, en el cual solicita a la “**LA COMPAÑÍA**” las coberturas, las sumas aseguradas y en la cual designa a sus beneficiarios para que se emita la correspondiente póliza de seguros.

Suma Asegurada: Es el límite máximo de responsabilidad convenido en la póliza para cada cobertura que “**LA COMPAÑÍA**” pagará a “**EL ASEGURADO**” y/o Beneficiarios, en caso de ocurrir el acontecimiento amparado dentro de la vigencia de la póliza.

Reclamación: Es el trámite que realiza “**EL ASEGURADO**” y/o el (los) Beneficiarios ante “**LA COMPAÑÍA**” por la ocurrencia de un acontecimiento amparado para obtener la indemnización, en dependencia a la cobertura que corresponda, de acuerdo con los términos, condiciones y/o exclusiones contenidos en la Póliza.

Vigencia: Es el período a partir del cual inicia y termina la cobertura de la póliza, conforme a la fecha y hora establecida en las Condiciones Particulares y sujeto al pago de la prima.

Renovación: Es la extensión del período de vigencia de la póliza suscrita, en virtud de acuerdo expreso entre las partes, por otro período igual, sujeto al pago de la prima según las tarifas vigentes. Este derecho de renovación no procederá si la edad alcanzada de “**EL ASEGURADO**” se encuentra fuera de los límites de aceptación vigentes.

CLAUSULA 4. COBERTURA BASICA DE LA POLIZA

Muerte por cualquier causa: “LA COMPAÑÍA” pagará por concepto de indemnización bajo esta cobertura, la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares, a los beneficiarios designados o en su defecto a los herederos legales de “EL ASEGURADO”, siempre y cuando el fallecimiento legalmente comprobado de “EL ASEGURADO” ocurra durante la vigencia de la póliza.

Si “EL ASEGURADO” sobrevive a la terminación de la póliza, la cobertura concluirá sin ninguna obligación para “LA COMPAÑÍA”.

CLAUSULA 5. COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES

Estarán amparadas sólo aquellas coberturas que estén expresamente indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza y con sujeción al pago de la correspondiente prima. Las coberturas adicionales que pueden ser contratadas son las siguientes: **a) Doble indemnización por Muerte Accidental y Desmembración Accidental (DI); b) Beneficio adicional en caso de Incapacidad Total y Permanente (BIAC) y c) Gastos de Sepelio.**

a) Doble indemnización por Muerte Accidental y Desmembración Accidental (DI): se otorga cobertura a los siguientes acontecimientos:

1. Muerte Accidental: Se entenderá como Fallecimiento Legalmente Comprobado de “EL ASEGURADO”, el provocado a consecuencia directa e inmediata de las lesiones sufridas en el accidente, o el que se suscite dentro de los siguientes noventa (90) días contados a partir de la fecha de ocurrencia del accidente.

“LA COMPAÑÍA” pagará por concepto de indemnización bajo esta cobertura, una suma asegurada igual y adicional a la cobertura básica de la póliza, a los beneficiarios designados o en su defecto a los herederos legales de “EL ASEGURADO”.

2. Desmembración accidental: Es la amputación o pérdida orgánica del cuerpo de acuerdo con la tabla de indemnización abajo indicada, a consecuencia directa e inmediata de las lesiones sufridas en el accidente, o la que se suscite dentro de los siguientes noventa (90) días contados a partir de la fecha de ocurrencia del accidente.

“LA COMPAÑÍA” pagará por concepto de indemnización bajo esta cobertura a “EL ASEGURADO” o a su representante legal, el porcentaje de la Suma Asegurada de acuerdo con la siguiente tabla de indemnización:

TABLA DE INDEMNIZACION POR PERDIDAS ORGANICAS POR DESMEMBRACION ACCIDENTAL		
1. Pérdida total de la vista en ambos ojos	100%	de la suma asegurada
2. Pérdida de ambas manos o ambos pies	100%	de la suma asegurada
3. Pérdida de una mano y un pie	100%	de la suma asegurada
4. Pérdida de una mano o de un pie, más la pérdida total de la vista de un ojo	100%	de la suma asegurada
5. Pérdida de una mano o de un pie	50%	de la suma asegurada
6. Pérdida total de la vista de un sólo ojo	30%	de la suma asegurada

Pérdida orgánica por desmembración significa:

- De un pie, su amputación o separación a nivel del tobillo o arriba de este.
- De una mano, su amputación o separación a nivel de la muñeca o arriba de ella.
- De un ojo, la pérdida total e irrecuperable de la función de la vista de ese ojo

La indemnización para la cobertura de Muerte accidental y/o desmembración accidental, no podrá exceder el 100% de la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza. Es decir, las indemnizaciones correspondientes se sumarán, pero el pago total que haga **“LA COMPAÑÍA”** no podrá exceder la suma asegurada vigente para esta cobertura al momento de ocurrir el accidente.

Si **“EL ASEGURADO”** no muere o no sufre pérdidas orgánicas por desmembración, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente, la cobertura concluirá, sin ninguna obligación para **“LA COMPAÑÍA”**.

b) Beneficio adicional en caso de incapacidad total y permanente (BIAC):

“LA COMPAÑÍA” pagará por concepto de indemnización bajo esta cobertura al **ASEGURADO** o a su representante legal, el pago anticipado de la suma asegurada de la cobertura básica de la póliza, cuando al asegurado le sea dictaminada una incapacidad total y permanente a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza que le impida desempeñar su ocupación habitual o cualquier otra ocupación compatible con su educación, formación o experiencia que le pueda generar una remuneración económica, para lo cual el asegurado deberá presentar las pruebas médicas que acrediten su condición de incapacidad total y permanente (Resumen Clínico, Epicrisis Médica, Exámenes y Dictamen).”

La incapacidad total y permanente en cualquiera de sus manifestaciones deberá ser dictaminada por un médico especialista, acorde al padecimiento que da origen a la incapacidad, debiendo indicar el porcentaje de incapacidad de **“EL ASEGURADO”**, el cual tiene que ser igual o mayor al 50% de su capacidad funcional, o cuando se produzca la amputación de ambas manos a nivel de la muñeca; de ambos pies a nivel del tobillo; de una mano a nivel de la muñeca y de un pie a nivel del tobillo; la pérdida total e irrecuperable de la visión de ambos ojos; una fractura incurable de la columna vertebral; y un estado absoluto e incurable de enajenación mental de **“EL ASEGURADO”**.

“**LA COMPAÑÍA**” pagará la indemnización por incapacidad total y permanente cuando el accidente o enfermedad que dio origen a la incapacidad haya ocurrido o haya sido diagnosticada durante la vigencia de la póliza”.

El pago de la suma asegurada se hará efectivo, después de dictaminada la incapacidad total y permanente, mediante cinco pagos anuales iguales, cada uno por el 20% de la suma asegurada. En caso de fallecer “**EL ASEGURADO**”, antes de recibir las cinco anualidades, “**LA COMPAÑÍA**” pagará de una sola vez las cuotas faltantes a los beneficiarios designados en las condiciones particulares.

Para aplicar la incapacidad, la cobertura básica deberá estar en pleno vigor, así mismo que la incapacidad ocurra antes de finalizar la vigencia de la Póliza y antes de que “**EL ASEGURADO**” cumpla sesenta y cinco (65) años de edad. Si “**LA COMPAÑÍA**” hubiere recibido pagos por este beneficio después de finalizar la vigencia de la Póliza, estos pagos se reputarán indebidos y no tendrán más efectos que el de su devolución de primas.

La indemnización por esta cobertura es una anticipación de la cobertura básica Muerte por Cualquier Causa. Por lo tanto, una vez pagada la indemnización, “**LA COMPAÑÍA**” quedará liberada de toda responsabilidad en lo que se refiere al presente contrato.

El beneficio de esta cobertura quedará sin efecto, relevando de responsabilidad a “**LA COMPAÑÍA**” en los siguientes casos:

- Si se ha indemnizado el 100% de la suma asegurada por desmembración accidental.
- Cuando se compruebe que “**EL ASEGURADO**” está dedicado, o habilitado para dedicarse, a la ocupación que desempeñaba, o cualquier otra ocupación compatible con su educación, formación o experiencia que pueda generar una remuneración económica.
- Cuando “**EL ASEGURADO**”, sus beneficiarios o sus familiares, deliberadamente obstaculicen o impidan a “**LA COMPAÑÍA**” investigar, constatar o comprobar, el estado de incapacidad de “**EL ASEGURADO**”.

c) **Gastos de Sepelio:**

Con la finalidad de sufragar los gastos del sepelio, “**LA COMPAÑÍA**” pagará la suma asegurada indicada en las condiciones particulares, a los beneficiarios designados siempre y cuando la muerte de “**EL ASEGURADO**” ocurra después de haber transcurrido el período de espera de noventa (90) días calendarios, contados a partir de la fecha de la celebración del presente contrato. Este periodo de espera no será necesario en caso de muerte accidental.

CLAUSULA 6. ALCANCE TERRITORIAL

Las coberturas de esta póliza se extienden a todos los países del mundo.

CLAUSULA 7. RESTRICCIONES

La cobertura básica de la póliza no estará sujeta a restricción alguna por cambio de residencia, ocupación, viajes y género de vida de **“EL ASEGURADO”**, posteriores a la contratación de la póliza.

Esta póliza estará sujeta a las restricciones indicadas en: Cláusula 8. Suicidio; Cláusula 9. Disputabilidad; Cláusula 13. Inexactitud en la declaración de edad.

CLAUSULA 8. SUICIDIO

La cobertura básica Muerte por Cualquier Causa, cubre el suicidio cualquiera que haya sido la causa y el estado mental o físico de **“EL ASEGURADO”**, después de transcurrido dos (2) años contados a partir de la celebración del presente contrato. No obstante, si el suicidio ocurriese antes del tiempo antes referido, **“LA COMPAÑÍA”** no está obligada a pagar ninguna indemnización y sólo se limitará, únicamente a la devolución de las primas pagadas a la fecha en que ocurra el fallecimiento.

CLAUSULA 9. DISPUTABILIDAD

La indemnización de la cobertura básica Muerte por Cualquier Causa será disputable durante los dos (2) primeros años contados a partir de la celebración del presente contrato, por declaraciones falsas o inexactas, o por omisiones de los hechos esenciales proporcionados por **“EL ASEGURADO”** en la solicitud de seguro, o en cualquier otro documento firmado por él, que hubiese servido a **“LA COMPAÑÍA”** para una mejor apreciación del riesgo asumido.

En cuanto a la indemnización de las coberturas adicionales: a) Doble indemnización por Muerte accidental y desmembración accidental (DI), y b) Beneficio adicional en caso de incapacidad total y permanente (BIAC), la validez de las mismas siempre será disputable por declaraciones falsas o inexactas, o por omisiones de los hechos esenciales proporcionados por **“EL ASEGURADO”** en la solicitud de seguro, o en cualquier otro documento firmado por él, y que hubiere servido a **“LA COMPAÑÍA”** para una mejor apreciación del riesgo asumido.

CLAUSULA 10. EXCLUSIONES DE LA POLIZA

“LA COMPAÑÍA” no pagará ninguna indemnización bajo las coberturas adicionales: **a) Doble indemnización por Muerte accidental y desmembración accidental (DI), y b) Beneficio adicional en caso de incapacidad total y permanente (BIAC);** si la muerte, la incapacidad o las pérdidas orgánicas que sufra **“EL ASEGURADO”** son causadas de forma directa o indirecta, mediata o inmediata, próxima o remotamente por:

- a. Hostilidades, acciones u operaciones militares o de guerra, guerra civil, invasión o actos de enemigo extranjero haya o no declaración o estado de guerra, usurpación del poder por gobierno de derecho o de facto, revolución, rebelión, sedición, insurrección,

conspiración militar, conmoción civil, motín, huelgas, terrorismo, o por cualquiera de los actos tipificados como delitos contra el orden público y la seguridad de las personas.

- b. Terrorismo y/o toda amenaza de pérdida y/o pérdida real o daños a personas o bienes, ya sean tangibles o intangibles (incluyendo toda pérdida consecencial o de cualquier clase) resultante de cualquier intento de intimidar o coercer a un gobierno, población civil, o cualquier segmento de éstos, en fomento, avance o promoción de objetivos políticos, sociales o religiosos.
- c. Sabotaje y/o cualquier acción deliberada que, ejecutada aisladamente, dañe, obstruya destruya o entorpezca temporal o permanentemente el funcionamiento de instalaciones o de servicios, privados o públicos, fundamentales para la subsistencia de la comunidad o para su defensa, con la finalidad de trastornar la vida económica, o a un país, o afectar su capacidad de defensa.
- d. Riesgos relacionados directa o indirectamente con energía nuclear o atómica, radiación ionizante o combustión nuclear.
- e. Prestar servicio en las fuerzas armadas, policía nacional, seguridad del estado, cruz roja y cuerpo de bomberos de cualquier país o autoridad internacional.
- f. Prestar servicio como piloto, mecánico en vuelo o miembro de una tripulación aérea o de barco, mineros, guardas de seguridad, guarda espalda y trabajadores en fábricas de artículos pirotécnicos, municiones o explosivos.
- g. Viajar a bordo de una nave particular ya sea aérea o marítima, excepto cuando viaje como pasajero de una línea comercial, debidamente autorizada en viaje de itinerario regular entre aeropuertos o puertos establecidos.
- h. Muerte o lesiones corporales causadas por otra persona intencionalmente en la persona de **“EL ASEGURADO”** con el fin de obtener un beneficio de esta póliza.
- i. Actos provocados intencionalmente por **“EL ASEGURADO”**, incluyendo el suicidio, tentativa de suicidio o lesiones autoinfligidas, o que los causaren él o los Beneficiarios incluyendo homicidio o tentativa de homicidio, cualquiera que sea el estado mental de **“EL ASEGURADO”** o los Beneficiarios.
- j. Acciones delictivas, infracciones de leyes, ordenanzas y reglamentos públicos, que pongan en riesgo la seguridad de otras personas, en las cuales participe **“EL ASEGURADO”** y sea declarado culpable por la autoridad competente.
- k. Accidentes que ocurran por culpa de **“EL ASEGURADO”** mientras se encuentre bajo los efectos del alcohol o de bebidas espirituosas, o mientras se encuentre en estado de sonambulismo o bajo la influencia de drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos a menos que éstos se le hubieran administrado por prescripción médica. El nivel de alcohol en sangre deberá ser de 0.5 gramos por litro o superior a éste, demostrado mediante exámenes de alcoholimetría, alcoholemia por autoridad competente o una evaluación clínica para determinar el grado de intoxicación por las demás sustancias.

- i. Participación de **“EL ASEGURADO”** en riñas, duelos y vendettas. No quedan comprendidos en esta exclusión los actos de legítima defensa judicialmente comprobados y en aquellos casos donde las lesiones fueran producidas por asalto o intento de éste, siempre y cuando sean denunciadas ante la Policía Nacional.
- m. Muerte o lesiones corporales causadas como consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte, entendiéndose práctica profesional aquella que implica un beneficio o ingreso en efectivo, en especie o en forma de beca para **“EL ASEGURADO”**.
- n. Participación de **“EL ASEGURADO”** en carreras, apuestas, competencias, pruebas o contiendas de seguridad, velocidad o resistencia, como conductor o pasajero en motocicleta, automóvil o cualquier otro tipo de vehículo.
- o. Acciones imprudentes o notoriamente peligrosas, que pongan en riesgo la vida de **“EL ASEGURADO”**, salvo tentativa de salvamento de vidas humanas.
- p. Incapacidad total y permanente a consecuencia de padecimientos o enfermedades preexistentes que se hubieran manifestado antes de la celebración del contrato, que fueron diagnosticados por un médico, con excepción de aquellos casos que fueron reportados y aceptados por **“LA COMPAÑÍA”**.
- q. Accidentes ocasionados por ataques cardíacos, epilépticos, síncope o desmayos, o cualquier otra enfermedad corporal o mental de cualquier naturaleza.
- r. También se excluyen las consecuencias de exámenes, tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas de cualquier clase y las infecciones bacterianas, excepto las resultantes de lesiones corporales a consecuencia de accidentes cubiertos por esta póliza.

En los literales a, b, c, d, h, q, se aplicará la exclusión, independientemente que **“EL ASEGURADO”** participe o no en tales hechos.

CLAUSULA 11. OPCIONES DE PLANES TEMPORALES

El seguro de vida individual “Provida ”, ofrece los siguientes planes:

- Temporal Anual Renovable
- Temporal Cinco (5) años
- Temporal Diez (10) años
- Temporal Quince (15) años
- Temporal Veinte (20) años
- Temporal Veinticinco (25) años
- Temporal Treinta (30) años

Cuando **“EL ASEGURADO”** desee hacer cambio de plan, **“LA COMPAÑÍA”** emitirá una póliza nueva por modificación, sin embargo, gozará de continuidad de cobertura para los

beneficios ganados en la póliza anterior, sin necesidad de completar nuevos requisitos de asegurabilidad, a menos que se solicite cambio de plan con aumento de la suma asegurada.

La póliza nueva por modificación que se emita se hará conforme a las tarifas vigentes para el plan y la edad cumplida de **“EL ASEGURADO”** en la fecha del cambio de plan.

CLAUSULA 12. EDADES DE ADMISION Y FINALIZACIÓN

La edad de **“EL ASEGURADO”** será la edad alcanzada en años completos a la fecha de la emisión de la póliza y se calculará según la fecha de nacimiento declarada en la solicitud de seguro.

Queda establecido que la edad mínima y máxima de admisión para la suscripción de la cobertura básica de la póliza dependerá del tipo de plan de seguro que se contrate, según los siguientes parámetros:

Plan Contratado	Edades de admisión	Edad de finalización
Temporal Anual Renovable	18 a 70 años de edad	75 años
Temporal Cinco (5) años	18 a 70 años de edad	75 años
Temporal Diez (10) años	18 a 65 años de edad	75 años
Temporal Quince (15) años	18 a 60 años de edad	75 años
Temporal Veinte (20) años	18 a 55 años de edad	75 años
Temporal Veinticinco (25) años	18 a 50 años de edad	75 años
Temporal Treinta (30) años	18 a 45 años de edad	75 años

Así mismo queda convenido que las coberturas adicionales: **a) Doble indemnización por Muerte accidental y desmembración accidental (DI), y b) Beneficio adicional en caso de incapacidad total y permanente (BIAC)**; cesarán automáticamente y para todos los casos, al cumplir **“EL ASEGURADO”** la edad de sesenta y cinco (65) años.

La edad declarada por **“EL ASEGURADO”** en la Solicitud de Seguro deberá comprobarse fehacientemente por **“LA COMPAÑÍA”** mediante copia del documento de identidad al momento de la suscripción.

CLAUSULA 13. INEXACTITUD EN LA DECLARACION DE EDAD

Si respecto a la edad de **“EL ASEGURADO”** se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- a. Si la edad verdadera estuviera fuera de las edades de admisión, la póliza quedará anulada automáticamente y la única obligación de **“LA COMPAÑÍA”** será la devolución de las primas pagadas menos los gastos de administración.

- b. Si la edad verdadera es mayor que la declarada, el seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por **“LA COMPAÑÍA”**.
- c. Si la edad verdadera es menor, la única obligación de **“LA COMPAÑÍA”** será la devolución de las primas pagadas de más.

CLAUSULA 14. CALCULO DE LA PRIMA

La prima dependerá de las tarifas vigentes a la fecha de la emisión de la póliza de acuerdo con la edad, ocupación, estado de salud, sumas aseguradas y coberturas contratadas.

CLAUSULA 15. PAGO DE LA PRIMA

Para que **“LA COMPAÑÍA”** quede obligada por este Seguro, además de haber emitido la Póliza, deberá haber recibido el valor de la prima convenida y gastos especificados en las Condiciones Particulares, antes o en la fecha de la celebración del contrato o la renovación de éste, comprobándose tales pagos por medio de recibo o recibos oficiales de **“LA COMPAÑÍA”**. La simple emisión de la Póliza no se considera como prueba del pago de la prima.

“LA COMPAÑÍA” no estará obligada a cobrar las primas, ni a dar aviso de su vencimiento. En caso de que así lo hiciera, en el domicilio de **“EL ASEGURADO”** o en algún otro lugar, no implicará que **“LA COMPAÑÍA”** contrae esa obligación para el futuro y por tanto, que se modifica el contrato en este sentido.

CLAUSULA 16. FORMAS DE PAGO DE LA PRIMA

El pago de la prima convenida es anual. Sin embargo, **“LA COMPAÑÍA”** puede convenir en que **“EL ASEGURADO”** pague bajo la modalidad de prima fraccionada, es decir, en forma semestral, trimestral o mensual bajo débito automático de Tarjeta de Crédito.

Si la prima fue pactada a pagarse en prima fraccionada, **“EL ASEGURADO”** se registrará bajo las condiciones siguientes:

- a) Si existe pago de fracciones de prima, los derechos de la Póliza se mantendrán vigentes hasta el período proporcional que soporte la fracción o fracciones de primas pagadas siempre y cuando la fracción o fracciones de primas vencidas dentro de ese período proporcional se hubieren pagado cumplidamente. Agotada o concluida la cobertura proporcional, sin haberse satisfecho el pago de las cuotas posteriores **“LA COMPAÑÍA”** queda exenta de toda responsabilidad en caso de un acontecimiento, a menos que exista un acuerdo escrito al respecto entre las partes.
- b) Si una o más de las fracciones de prima estipuladas no fueron debidamente pagadas por **“EL ASEGURADO”**, en la forma, por el importe y plazo convenido, los derechos

originados de la Póliza SE SUSPENDEN, y las primas adeudadas a **“LA COMPAÑÍA”** por el tiempo que duró la cobertura se liquidaran conforme la tarifa de seguro a corto plazo estipulada en la Cláusula 21 de este Contrato. Por tanto, en el caso aquí señalado, **“LA COMPAÑÍA”** no estará obligada a tramitar ni a pagar reclamación alguna en caso de un acontecimiento ocurrido en fecha posterior a aquella en que hubiere vencido y quedado sin pago tal fracción o fracciones de prima, salvo que la póliza se considere vigente por el período proporcional señalado en el inciso A) que antecede.

- c) Si sucediese algún acontecimiento sin haberse pagado ninguna de las fracciones de primas estipuladas en la póliza, debe considerarse sin vigencia el seguro y que el contrato no se ha perfeccionado, y en consecuencia, **“EL ASEGURADO”** no tendrá derecho a ninguna indemnización, a menos que exista un acuerdo escrito al respecto entre las partes.
- d) En caso de un acontecimiento amparado de conformidad con las Condiciones Particulares y Generales de la Póliza y sus Adendas, **“EL ASEGURADO”** estará obligado a cancelar de inmediato a **“LA COMPAÑÍA”** cualquier cantidad que estuviere pendiente en concepto de prima, aun cuando no hubiere vencido para entonces el plazo indicado en el presente documento para el pago de la fracción o fracciones de primas y autoriza a **“LA COMPAÑÍA”** a descontar con preferencia de cualquier suma a pagar o indemnizar, las primas pendientes de pago.
- e) Así mismo, se hace constar que **“EL ASEGURADO”**, por su propia cuenta y riesgo, se compromete en caso de faltar el pago en las fechas señaladas, a reconocer la mora por el solo hecho de incumplimiento, sin necesidad de intimación o requerimiento alguno judicial o extrajudicial; y desde esa fecha hasta la solución efectiva de la deuda, reconocerá a **“LA COMPAÑÍA”** una tasa de interés real del dos por ciento mensual (2% mensual) sobre los saldos vencidos.

CLAUSULA 17. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE LA PRIMA

Excepto para la prima inicial de la suscripción o renovación, que debe pagarse contra entrega de la Póliza, los efectos de la presente Póliza cesarán automáticamente treinta (30) días después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada a las doce horas del último día de ese plazo.

Si dentro del plazo mencionado en el párrafo anterior ocurre un acontecimiento amparado, **“LA COMPAÑÍA”** después de haber percibido la prima total adeudada por esta póliza, pagará el importe del seguro convenido, este período de gracia se aplicará únicamente para los casos de prima fraccionada.

No obstante, al periodo de gracia indicado, el incumplimiento del pago de la prima en la fecha convenida ocasiona la mora de **“EL ASEGURADO”**; en consecuencia, dicho estado será causal de cancelación del contrato, sin perjuicio de que las partes puedan convenir una nueva relación contractual.

“**LA COMPAÑÍA**” estará obligada a indemnizar a “**EL ASEGURADO**” por los acontecimientos que ocurran, cuando la prima pagada a la fecha sea igual o superior a la prima devengada al momento de ocurrir el acontecimiento. En caso contrario, es decir, que las primas en mora correspondan a un periodo ya devengado, la aseguradora no estará obligada a indemnizar a “**EL ASEGURADO**” en caso de que se produzca el acontecimiento.

CLAUSULA 18. REHABILITACION

En caso de que esta póliza se hubiera cancelado por falta de pago de la prima, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación dentro de los seis (6) meses posteriores a la fecha de vencimiento de la prima no pagada, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir del día y la hora señalados en el comprobante de pago de la prima, siempre y cuando dicho pago se realice después de haber sido aprobada la solicitud de rehabilitación.

Los requisitos que deberán llenarse para lograr dicha rehabilitación son los siguientes:

- Presentar solicitud por escrito a “**LA COMPAÑÍA**”.
- Comprobar a su costo y a satisfacción de “**LA COMPAÑÍA**”, el buen estado de salud de “**EL ASEGURADO**” en la fecha de presentación de la solicitud de rehabilitación.
- Pagar las primas pendientes, así como cualquier otro adeudo derivado de la póliza, desde la fecha de cancelación hasta la rehabilitación de la Póliza.

En ningún caso “**LA COMPAÑÍA**” indemnizará por acontecimientos ocurridos después de haberse cancelado la Póliza y antes del día y la hora en que surta efecto la rehabilitación.

CLAUSULA 19. BENEFICIARIO

El Beneficiario de esta Póliza es la persona o personas designadas, conforme cédula de identidad o partida de nacimiento si es menor de edad, en las Condiciones Particulares que tendrán derecho a recibir la Suma Asegurada, en caso de fallecimiento de “**EL ASEGURADO**”.

Cuando hubiere varios Beneficiarios, si muriere uno de ellos antes que “**EL ASEGURADO**” la indemnización que le corresponde a éste se distribuirá proporcionalmente entre los sobrevivientes, siempre que no se hubiera estipulado otra cosa en contrario y se deberá presentar copia del certificado de defunción del beneficiario fallecido.

Cuando no haya Beneficiario, se pagará a quién hubiere designado “**EL ASEGURADO**” en su testamento. En caso de que éste no haya testado, el importe del seguro formará parte del haber hereditario de “**EL ASEGURADO**” y, por lo tanto, se pagará a quién o quiénes la autoridad judicial haya declarado como sus herederos. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y “**EL ASEGURADO**” mueran

simultáneamente, o bien cuando el primero falleciera antes que el segundo y éste no hubiera hecho nueva designación.

“**EL ASEGURADO**” podrá hacer nueva designación de beneficiarios, siempre que esta Póliza esté en vigor y no exista restricción legal en contrario. Para ese efecto, “**EL ASEGURADO**” deberá notificarlo por escrito a “**LA COMPAÑÍA**”, expresando con claridad el nombre de los nuevos beneficiarios para su anotación en la Póliza. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, se conviene que “**LA COMPAÑÍA**” pagará el importe del seguro a los últimos beneficiarios de que haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna.

En caso de que un menor de edad haya sido nombrado beneficiario, la indemnización podrá ser reclamada por su representante legal, el tutor o albacea, en todo caso, tal calidad se deberá demostrar documentalmente según lo establecido en el código de familia y código civil de la republica de Nicaragua, según aplique.

CLAUSULA 20. CESION DE DERECHOS

En virtud de que esta póliza es nominativa, sus derechos sólo podrán ser transferidos mediante una declaración suscrita por las partes y aceptada por “**LA COMPAÑÍA**”.

CLAUSULA 21. CAUSAS DE TERMINACION DEL CONTRATO

Las coberturas amparadas por el presente contrato terminarán por las siguientes causas:

- a. Por falta de pago de la prima al finalizar el período de gracia, en los casos de primas fraccionadas.
- b. Cuando el contratante, solicite por escrito la cancelación de la póliza.
- c. Cuando “**EI ASEGURADO**” cumpla la edad de finalización del seguro.
- d. Por reclamaciones hechas con declaraciones falsas o inexactas.
- e. Por indemnización del cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada, por alguna de las coberturas adicionales contemplados en esta Póliza.
- f. Por fallecimiento de “**EI ASEGURADO**”.

No obstante, del término de vigencia de esta Póliza indicado en las Condiciones Particulares, las partes convienen que ésta podrá darse por terminada en cualquier tiempo, con quince (15) días de anticipación, mediante aviso a la otra parte por escrito o mediante vía electrónica que pueda comprobarse su recibido.

Cuando “**LA COMPAÑÍA**” lo diere por terminado, tendrá derecho a la parte proporcional al tiempo transcurrido. Cuando “**EL ASEGURADO**” lo diere por terminado, “**LA COMPAÑÍA**” tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro estuvo en vigor, de acuerdo con la Tarifa de Seguros a Corto Plazo, que se indicada a continuación:

TARIFA DE SEGURO A CORTO PLAZO	
PERIODO DE COBERTURA	% DE LA PRIMA ANUAL
Hasta 30 días	20%
De 31 hasta 45 días	25%
De 46 hasta 60 días	30%
De 61 hasta 90 días	40%
De 91 hasta 120 días	50%
De 121 hasta 150 días	60%
De 151 hasta 180 días	70%
De 181 hasta 210 días	75%
De 211 hasta 240 días	80%
De 241 hasta 270 días	85%
De 271 hasta 300 días	90%
De 301 hasta 330 días	95%
De 331 hasta 365 días	100%

CLAUSULA 22. REQUISITOS PARA RECLAMOS

Para los diferentes tipos de acontecimiento se deberán presentar los siguientes requisitos:

a. Muerte por cualquier causa

1. Completar el formato de declaración suministrado por **“LA COMPAÑÍA”**.
2. Copia de la Cédula de Identidad, Cédula de Residencia, Pasaporte o en su defecto partida de nacimiento original de **“EL ASEGURADO”**.
3. Copia de la Constancia de Defunción emitida por el MINSA (SINEVI).
4. Copia del Certificado de Defunción emitido por el Registro del Estado Civil de las Personas (ALCALDIA).
5. Original del Certificado de Defunción con autentica de ley o apostilla, cuando la muerte de **“EL ASEGURADO”** suceda en el extranjero.
6. Copia de la Cédula de identidad o Cédula de Residencia, de los Beneficiarios. En caso de menores de edad, se deberá presentar partida de nacimiento de éstos acompañada con copia de la cédula el padre en custodia del menor, y en su defecto, copia de la cédula del Albacea o Tutor legal.

7. En caso de que no existan beneficiarios declarados por **“EL ASEGURADO”**, el heredero deberá presentar copia de su cédula acompañada del testamento o sentencia de declaratoria de herederos debidamente inscrita.
8. Completar el Perfil Integral del Beneficiario Final.

b. Doble indemnización por Muerte accidental y desmembración accidental (DI)

Además de los documentos indicados en los numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 del inciso a. Muerte por cualquier causa, para la procedencia y reclamación de esta cobertura, se deberán cumplir los siguientes requisitos:

1. Que, a la fecha del accidente, la cobertura básica esté en pleno vigor.
2. Dar a viso a las autoridades competentes.
3. Certificado o Constancia Policial, en caso de que **“EL ASEGURADO”** muera y/o sufra una amputación o desmembración a consecuencia de un accidente o un delito.
4. Dictamen Médico Legal, en caso de que **“EL ASEGURADO”** muera y/o sufra una amputación o desmembración a consecuencia de un accidente o un delito.
5. Expediente clínico completo donde se indique el miembro afectado por la amputación o desmembración a consecuencia de un accidente.
6. Copia de la Cédula de Identidad del Representante Legal de **“EL ASEGURADO”** y el poder especial de representación, cuando **“EL ASEGURADO”** no estuviere en capacidad de reclamar por sí mismo.

“LA COMPAÑÍA” se reserva el derecho de exigir las pruebas del acontecimiento, y que se den las facilidades necesarias para la más completa investigación de todo aquello que **“LA COMPAÑÍA”** estime necesario para la defensa de sus intereses, incluyendo la autopsia o la exhumación, para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios o sucesores prestar su conformidad y su autorización si fueren imprescindibles para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los beneficiarios o sucesores, los que podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos de la autopsia o la exhumación serán por cuenta de **“LA COMPAÑÍA”**, excepto los derivados del médico representante de los beneficiarios.

c. Beneficio adicional en caso de incapacidad total y permanente (BIAC)

Para tener derecho a la indemnización prevista en esta cobertura, **“EL ASEGURADO”** o El Beneficiario, en su caso, deben presentar las pruebas de incapacidad que **“LA COMPAÑÍA”** requiera, las cuales deben de ser los siguientes requisitos:

1. Que la incapacidad sea causada por una enfermedad que se origine después de haber transcurrido seis (6) meses, contados a partir de la celebración del contrato de seguro o de la inclusión de la cobertura. Si la incapacidad fuere causada por un accidente, no será necesario que haya transcurrido el plazo señalado anteriormente.
2. Completar el formato de declaración suministrado por **“LA COMPAÑÍA”**.
3. Resumen clínico, epicrisis médica, exámenes y dictamen de Incapacidad Total y Permanente, emitido por un médico especialista que indiquen el grado de incapacidad del asegurado. En los casos que el asegurado este afiliado al INSS y haya realizado la gestión por incapacidad ante dicha instancia, podrá presentar copia del Certificado de la resolución del INSS.
4. Copia de la Cédula de Identidad, Cédula de Residencia, o en su defecto, partida de nacimiento original de **“EL ASEGURADO”**.
5. Copia de la Cédula de Identidad del Representante Legal de **“EL ASEGURADO”** y el poder especial de representación, cuando **“EL ASEGURADO”** no estuviere en capacidad de reclamar por sí mismo.
6. Certificado y/o Constancia Policial, en caso de que **“EL ASEGURADO”** quede incapacitado a consecuencia de un accidente o un delito.
7. Dictamen Médico Legal, en caso de que **“EL ASEGURADO”** quede incapacitado a consecuencia de un accidente o un delito.

LA COMPAÑÍA solicitará documentación adicional cuando la presentada por **EL ASEGURADO** tenga inconsistencia o contradicciones para su aclaración.

“LA COMPAÑÍA” queda facultada para que un médico especialista examine el estado de incapacidad de **“EL ASEGURADO”**, cuantas veces lo considere necesario. **“EL ASEGURADO”** se obliga a someterse a los exámenes requeridos por **“LA COMPAÑÍA”** para este objeto, entendiéndose que la negativa de **“EL ASEGURADO”**, de sus familiares o beneficiarios, autoriza a **“LA COMPAÑÍA”** para declinar el reclamo por dicha negativa, circunstancia que **“LA COMPAÑÍA”** notificará por escrito a **“EL ASEGURADO”**.

d. Gastos de sepelio

Para gestionar el reclamo de sepelio, únicamente será necesario completar los requisitos de los numerales 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 del literal a. Muerte por cualquier causa.

LA COMPAÑÍA solicitará documentación adicional cuando la presentada por **EL ASEGURADO** tenga inconsistencia o contradicciones para su aclaración.

Queda entendido que el incumplimiento de estos requisitos libera a **“LA COMPAÑÍA”** de toda responsabilidad con respecto al reclamo.

CLAUSULA 23. PAGO DE LOS RECLAMOS

“LA COMPAÑÍA” abonará las indemnizaciones que correspondiesen en virtud de esta Póliza, una vez cumplidos los requisitos indicados en la Cláusula 22.

- En caso de muerte por cualquier causa, la indemnización se pagará a los beneficiarios designados o en su defecto a los herederos legales de **“EL ASEGURADO”**, dentro de los treinta (30) días siguientes de completados los requisitos de reclamación establecidos por **“LA COMPAÑÍA”**. No obstante, se deducirá de esta indemnización cualquier cantidad pagada por concepto de anticipación de suma asegurada por incapacidad total y permanente.
- En caso de muerte accidental, la indemnización se pagará a los beneficiarios designados o en su defecto a los herederos legales de **“EL ASEGURADO”**, dentro de los treinta (30) días siguientes de completados los requisitos de reclamación establecidos por **“LA COMPAÑÍA”**. No obstante, se deducirá de esta indemnización cualquier cantidad pagada por concepto de desmembración accidental.

Si como consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza, no se tuviere noticias ciertas de **“EL ASEGURADO”** por un período mayor de seis (6) meses, **“LA COMPAÑÍA”** hará efectivo el pago de la indemnización establecida a los beneficiarios o herederos de **“EL ASEGURADO”**, bajo fianza de restituirla si el ausente apareciese dentro de cuatro años contados a partir de la fecha de indemnización. **“LA COMPAÑÍA”** tendrá derecho a la restitución de las sumas pagadas por vía judicial o extrajudicial.

- En caso de desmembración accidental, la indemnización se pagará a **“EL ASEGURADO”** o a su Representante Legal, si tal nombramiento hubiere sido necesario, dentro de los treinta (30) días siguientes de completados los requisitos que acrediten dicha reclamación.
- En caso de incapacidad total y permanente, la indemnización se pagará a **“EL ASEGURADO”** o a su Representante Legal, si tal nombramiento hubiere sido necesario, dentro de los treinta (30) días siguientes de completados los requisitos que acrediten dicha reclamación.
- En caso de sepelio la indemnización se pagará a los beneficiarios designados, dentro de los treinta (30) días siguientes de completados los requisitos que acrediten dicha reclamación.

“**LA COMPAÑÍA**” deducirá de la indemnización correspondiente a cualquiera de las coberturas, los saldos pendientes de la prima anual de la póliza.

CLAUSULA 24. LIBERTAD DE INVESTIGACIONES

Los funcionarios, empleados o personas que “**LA COMPAÑÍA**” delegue, gozan de completa libertad para examinar e investigar las causas conocidas y presuntas del acontecimiento sujeto de reclamación.

La ejecución de los actos de investigación, de ninguna manera será considerada como reconocimiento de responsabilidad por parte de “**LA COMPAÑÍA**”.

CLAUSULA 25. PERDIDA DE DERECHOS A SER INDEMNIZADO

Quedarán privados de todo derecho procedente de la presente póliza “**EL ASEGURADO**” y/o sus Beneficiarios o herederos legales que hagan reclamaciones con declaraciones falsas o inexactas, utilizando a terceras personas que obren por cuenta del reclamante, a fin de obtener un beneficio. O si el daño hubiera sido voluntariamente causado por “**EL ASEGURADO**” o con la complicidad de sus Beneficiarios o herederos legales.

CLAUSULA 26. ARBITRAJE

Ante cualquier controversia o desavenencia que surgiere del presente contrato, las partes involucradas de forma voluntaria, con base al Arto. 186 de la Ley No. 733, Ley General de Seguros, Reaseguros y Fianzas, podrán acordar dirimir la controversia o desavenencia, sometiéndose a un proceso arbitral en el Centro de Mediación y Arbitraje “Antonio Leiva Pérez” de la Cámara de Comercio de Nicaragua o en su defecto ante cualquier entidad acreditada por la Dirección de Resolución Alternativa de Conflictos, adscrita a la Corte Suprema de Justicia, conforme al procedimiento establecido en la Ley No 540, “Ley de Mediación y Arbitraje”, publicada en la Gaceta, Diario Oficial No 122 del 24 de Junio del 2005. Así mismo, se establece que, en caso de someter el conflicto al proceso arbitral, este se desarrollará en idioma español y en la ciudad de Managua. El tribunal se constituirá de común acuerdo entre las partes por uno o tres árbitros de equidad y calificados en materia de seguro. El pago de los honorarios será efectuado de conformidad con el arto 65 Capítulo Noveno de la Ley 540 de Mediación y Arbitraje. Todo lo estipulado de forma especial en esta cláusula, prevalecerá sobre el procedimiento establecido en la Ley 540 de Mediación y Arbitraje.

CLAUSULA 27. SANCIONES

➤ SANCIONES OFAC

La cobertura que esta póliza proporciona quedara nula y sin efecto en caso de violar cualquier sanción económica o comercial de EE.UU que obliguen legalmente al asegurador o al reasegurador o a ambos, tales como, pero sin estar limitadas a las sanciones administradas

por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC, según sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los EE.UU siendo esta oficina también encargada de hacerlas cumplir.

La cobertura de Reaseguro y Seguro proporcionada mediante tratado, contrato provisorio de Seguro o certificado de reaseguro u otra evidencia de reaseguro y Seguro que viole las sanciones económicas o comerciales o que obliguen legalmente al asegurador o al reasegurador o a ambos, tal como se define precedentemente, quedara nula y sin efecto hasta el alcance de dicha violación. De igual forma, cualquier reclamo originado de cualquier tratado de reaseguro, contrato provisorio de Seguro o certificado de reaseguro u otra evidencia de seguro y reaseguro emitida a cualquier parte, entidad o beneficiario que de ser pagado violaría las sanciones comerciales y económicas de EE.UU deberá ser prohibido de acuerdo con los requerimientos de la sanción.

Esta condición se aplica de igual forma a la cobertura directamente afectada por cualquier sanción emitida por cualquier otro país cubierto por este contrato que obliga legalmente al asegurado o al reasegurador o a ambos.

Para evitar cualquier duda, esta disposición no afecta a ninguna cobertura o reclamo hasta el alcance en que dicha cobertura o reclamo, no viole ninguna sanción económica o comercial obligatoria para el asegurador o reasegurador o a ambos.

➤ **LIMITACIÓN POR SANCIONES LMA 3100**

Se entenderá, bajo esta Cláusula, que ningún reasegurador o asegurador otorgará cobertura ni será responsable del pago de ninguna reclamación o beneficio, en la medida en que las provisiones de dicha cobertura, pago de dicha reclamación o prestación de dicho beneficio expusiera a dicho (re) asegurador a cualquier sanción, prohibición o restricción bajo las resoluciones de las Naciones Unidas o sanciones económicas o comerciales, reglamentos o leyes de la Unión Europea o el Reino Unido o Estados Unidos de América.

CLAUSULA 28. COMPETENCIA

Para todos los efectos relacionados con la presente póliza, los contratantes se sujetarán a los tribunales de la ciudad de Managua, República de Nicaragua.

CLAUSULA 29. PRESCRIPCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Cumplido el plazo de tres (3) años después de la fecha de ocurrido el acontecimiento, o de la última gestión hecha por el reclamante de manera escrita, **“LA COMPAÑÍA”** quedará libre de la obligación de pagar las indemnizaciones correspondientes a la misma, excepto que esté vigente una demanda judicial, proceso administrativo o arbitral debidamente notificado.

CLAUSULA 30. COMUNICACIONES Y/O NOTIFICACIONES

Las comunicaciones y/o notificaciones que **“EL ASEGURADO”** deba hacer a **“LA COMPAÑÍA”** deberán enviarse por escrito directamente a su domicilio social.

Las comunicaciones y/o notificaciones que **“LA COMPAÑÍA”** deba hacer al Contratante y/o **“EL ASEGURADO”** o a sus Beneficiarios, deberán hacerse al último domicilio registrado en esta póliza.

CLAUSULA 31. CAMBIOS Y/O MODIFICACIONES

Todo cambio o modificación a las condiciones de la presente Póliza debe ser notificado, por **“EL ASEGURADO”** a **“LA COMPAÑÍA”** o por **“LA COMPAÑÍA”** a **“EL ASEGURADO”**, por escrito con quince (15) días calendarios de anticipación, y para que dicha modificación sea válida debe constar en una Adenda a la presente Póliza, emitida por **“LA COMPAÑÍA”** y firmada por sus funcionarios autorizados.

CLAUSULA 32. MONEDA

Todos los pagos relacionados con la presente Póliza por parte de **“EL ASEGURADO”** o de **“LA COMPAÑÍA”**, se efectuarán en dólares, moneda en que se contrata esta Póliza.

CLAUSULA 33. NORMAS SUPLETORIAS

En todo lo que no estuviere previsto en esta póliza, se aplicarán las disposiciones del Código de Comercio y demás leyes aplicables de la República de Nicaragua.

FIRMA AUTORIZADA