Aseguradora Guatemalteca, S.A.
4a. Calle 7-53 zona 9
10o. Nivel, Edificio Torre Azul
Tels.: 2361-0206 al 09 – Fax: 2361-1093
aseguate@guate.net.gt
Guatemala, C.A.

aseguradora guatemalteca

CONDICIONES GENERALES

PRIMERA: CONTRATO COMPLETO

Esta póliza, la solicitud que se tuvo en cuenta para su emisión y los anexos y endosos que se adhieran, constituyen el Contrato Completo entre la Compañía y el Asegurado.

SEGUNDA: DEFINICIÓN DE ACCIDENTE

Se entiende por ACCIDENTE toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, causada por la acción repentina de un agente externo y que pueda ser determinada de una manera cierta por un médico autorizado legalmente para ejercer su profesión.

Para los efectos de esta Póliza, se asimilan a la noción de accidente:

a) Los causados por explosiones, descargas eléctricas o atmosféricas;
b) Las quemaduras accidentales causadas por fuego, escapes de vapor o el contacto con ácidos o corrosivos;
c) La asfixia o intoxicación por vapores o gases, o por inmersión u obstrucción;
d) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de substancias tóxicas o alimentos adquiridos en mal estado o consumidos en lugares públicos;
e) Las infecciones respecto de las cuales pueda afirmarse que el virus ha penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto por esta Póliza;
f) Las mordeduras de animales o picaduras de insectos y/o sus consecuencias;
g) Los que se produzcan como consecuencia de fenómenos de la naturaleza y que afecten el Asegurado en forma personal y aislada.

TERCERA: CAMBIOS EN LA PÓLIZA

Todo cambio o modificación a las condiciones de esta póliza, para ser válido, requiere que se haga constar en anexo o endoso agregado a la misma, aceptado por el Asegurado y firmado por un representante autorizado de la Compañía.

CUARTA: PAGO DE PRIMA

La prima es la retribución o precio del seguro y conforme la ley, deberá pagarse por el Asegurado en el momento de la celebración del contrato. No obstante, se conviene como pacto en contrario que la obligación del Asegurado de pagar a la Compañía la prima, será dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que se emita o inicie la vigencia de la Póliza cualquiera que sea posterior. Es y queda convenida la condición resolutoria expresa, que si el Asegurado deja de pagar la prima al vencer el plazo fijado como pacto en contrario, el contrato de seguro quedará resuelto y sin ningún efecto, ni validez legal desde el día del vencimiento del período de pago, sin necesidad de declaratoria judicial, ni de emisión de endoso de cancelación y la Compañía relevada de cualquier responsabilidad de conformidad con lo previsto en los artículos: 1278 y 1581 del Código Civil.

El porcentaje de la prima correspondiente, conforme la tabla de corto plazo, para el período en que estuvo vigente el contrato de seguro y la totalidad de los gastos cargados en la póliza, quedarán ganados y en propiedad definitiva de la Compañía, de conformidad con lo previsto en el artículo 1583 del Código Civil, como justiprecio de los servicios prestados por la Compañía durante el período en que el contrato estuvo vigente.

Queda entendido y convenido que en caso de ocurrir un siniestro, el Asegurado está obligado a pagar la totalidad de la prima y los gastos como condición previa para que la Compañía entre a conocer de su reclamo.

QUINTA: REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

La falta de pago de la prima después del período de gracia deja sin ningún efecto la póliza. La aceptación posterior de una prima por parte de la Compañía o por cualquiera de sus agentes debidamente autorizados, rehabilitará la Póliza, pero únicamente para amparar la pérdida resultante de lesiones sufridas por accidente después de la rehabilitación de la póliza.

SEXTA: TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA POR DECLARACIÓN INEXACTA

Conforme el artículo 908 del Código de Comercio, la Compañía tiene derecho de dar por terminado el presente contrato de seguro, mediante aviso escrito al asegurado, dentro del mes siguiente en que tenga conocimiento de las circunstancias enumeradas enseguida:

a) Omisión o declaración inexacta de los datos y hechos consignados por el asegurado en la solicitud del seguro;
b) Reticencia o disimulación del asegurado de condiciones que aminoren la calificación del riesgo;
c) Disimulación de las causas del accidente que origine un reclamo, con el propósito de inducir a la Compañía a indemnizar en exceso;
d) Si la edad del asegurado, en la fecha de celebración del contrato, estaba fuera de los límites de admisión fijados en la presente póliza.

No obstante la omisión o inexacta declaración de los hechos, la Compañía no podrá dar por terminado el contrato en los siguientes casos:

a) Si provocó la omisión o inexacta declaración.
b) Si conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado o que lo fue inexactamente.
c) Si renunció a impugnar el contrato por esta causa.
d) Si la omisión consiste en dejar de contestar alguna de las preguntas del asegurador, salvo que de confirmada con las indicaciones del cuestionario, y las respuestas del solicitante, dicha pregunta deba considerarse contestada en un sentido determinado, que no corresponda a la verdad.

SÉPTIMA: AVISO DE SINIESTRO

Tan pronto como el asegurado o, en su caso, el beneficiario, tuvieren conocimiento de la realización de un siniestro, deberán comunicárselo a la Compañía. Dentro de los cinco (5) días siguientes darán aviso escrito, entendiéndose que este plazo no correrá sino en contra de quienes tuvieran conocimiento del derecho constituido a su favor.

OCTAVA: SUFICIENCIA DE AVISO DE RECLAMO

El aviso dado a la Compañía por o a nombre del asegurado o del beneficiario, según el caso, dentro de los términos que establece la Cláusula anterior, con datos necesarios para identificar al asegurado será considerado como Aviso de Reclamación suficiente. La omisión del aviso dentro del término señalado no invalidará ninguna reclamación si se demuestra que no fue razonablemente posible darlo en tiempo y que éste se dio tan pronto como se pudo.

NOVENA: FORMULARIOS PARA PRUEBA DE PÉRDIDA

La Compañía al recibir el aviso de reclamo, proporcionará al reclamante los formularios que utiliza para la presentación de la prueba de pérdida. Si los formularios no fueren suministrados dentro de los quince (15) días siguientes al recibo del aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido todos los requisitos que requiere la prueba de pérdida, siendo suficiente que presente su reclamación por escrito acompañando las pruebas correspondientes al accidente.

DÉCIMA: TÉRMINO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PRUEBA DE PÉRDIDA

En caso de reclamación por tiempo perdido debido a incapacidad, debe presentarse prueba fehaciente de la pérdida a la Compañía dentro de los noventa (90) días siguientes a la terminación del período por el cual la Compañía es responsable, y, en caso de reclamación por alguna otra pérdida, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes de ocurrida.

DÉCIMA PRIMERA: PÉRDIDA DE DERECHOS

En caso de que la reclamación presentada por el Asegurado fuere, de cualquier manera, fraudulenta, la Compañía quedará liberada de toda obligación procedente de esta Póliza. Se considera reclamación fraudulenta la comprendida en la siguiente enumeración:

a) Cuando en apoyo de dicha reclamación, se hicieren o utilizare declaración falsa;
b) Cuando se emplearen medios o documentos engañosos o dolosos, por parte del Asegurado, del Beneficiario, o por terceras personas, obrando por cuenta de éstos, a fin de realizar un beneficio cualquiera con motivo de la presente póliza;
c) Si el siniestro hubiere sido voluntariamente causado por el Asegurado o con su complicidad.

DÉCIMA SEGUNDA: EXAMEN MÉDICO

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado cuando lo crea necesario y tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente una reclamación conforme esta Póliza, y también el derecho y la oportunidad de solicitar la autopsia o exhumación en caso de muerte.

DÉCIMA TERCERA: PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

Todas las indemnizaciones previstas en esta Póliza por pérdida que no fuere la debida a incapacidad, serán pagadas inmediatamente después de recibirse la prueba fehaciente.

DÉCIMA CUARTA: PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN MENSUAL

A solicitud del Asegurado y sujeto a la prueba pertinente de pérdida, toda indemnización debida a incapacidad, será pagada al vencimiento de cada mes durante el término por el cual la Compañía es responsable, y cualquier saldo pendiente de pago a la terminación de dicho período, será abonado inmediatamente al recibirse la prueba fehaciente.

DÉCIMA QUINTA: PERSONAS QUE RECIBEN EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

La indemnización por pérdida de la vida del Asegurado es pagadera al beneficiario si sobrevive al asegurado, de lo contrario, el pago de dicha indemnización deberá hacerse a los herederos legales del asegurado. Todas las demás indemnizaciones son pagaderas al Asegurado.

DÉCIMA SEXTA: BENEFICIARIOS

El asegurado puede nombrar uno o más beneficiarios para que en caso de fallecimiento de aquél reciban el importe de la suma asegurada conforme a esta póliza. Tal nombramiento puede ser modificado a solicitud escrita del asegurado, mediante razón anotada por la Compañía en la presente póliza. No son admisibles los cambios de beneficiario que no se sujeten a dichos requisitos.

El asegurado puede libremente pignorar, ceder, traspasar o ejercer cualquier derecho que le corresponda sobre la póliza, salvo que exista convenio especial en contrario registrado en la misma por la Compañía.

DÉCIMA SÉPTIMA: PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de esta Póliza, prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acto o acontecimiento que les dio origen.

Si el beneficiario no tiene conocimiento de su derecho, la prescripción se consumará por el transcurso de cinco años contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones del asegurador.

DÉCIMA OCTAVA: LIMITACIONES LEGALES DE LOS TÉRMINOS

Cualquier limitación de esta Póliza respecto al término para la presentación del aviso de reclamación o de la prueba de pérdida, si fuere menor que la permitida por la ley, quedará ampliada automáticamente para concordar con el término legal.

DÉCIMA NOVENA: CAMBIO DE OCUPACIÓN

Si el Asegurado sufriere lesiones, después de haber cambiado su ocupación a otra clasificada por la Compañía como más peligrosa que la mencionada en la carátula de esta Póliza, o mientras se dedique a cualquier actividad correspondiente a una ocupación clasificada como tal, la Compañía pagará únicamente la parte de las indemnizaciones previstas en esta Póliza que con la prima pagada se hubiere comprado, dentro de los límites fijados por la Compañía, para dicha ocupación más peligrosa.

Si el Asegurado cambiase su ocupación por otra clasificada por la Compañía como menos peligrosa que la señalada en la carátula de esta Póliza, al recibo de la prueba de cambio de ocupación se reducirá la prima y la Compañía devolverá a prorrata el exceso de la prima no devengada, desde la fecha del cambio de ocupación, o desde el aniversario de la Póliza inmediato anterior, lo que fuere más reciente.

En la aplicación de estas disposiciones, la clasificación del riesgo ocupacional y las primas, serán las mismas que estaban vigentes en la fecha de ocurrencia de la pérdida por la cual es responsable la Compañía, o antes de la fecha del cambio de ocupación.

VIGÉSIMA: TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO

El Asegurado podrá, en cualquier tiempo, exigir la terminación del presente seguro y quedará entendido que la fracción de prima correspondiente al tiempo durante el cual la Póliza haya estado en vigor, calculada según la tarifa de seguros a corto plazo, quedará a favor de la Compañía.

VIGÉSIMA PRIMERA: EXCLUSIONES

El seguro cubierto por esta Póliza no es aplicable a:

a) Pérdida causada directa o indirectamente, total o parcial por:

   1) Infecciones bacterianas (excepto infecciones piogénicas que se deriven de cortadura o herida accidental);
   2) cualquier clase de enfermedad;
   3) tratamiento médico o quirúrgico (excepto el que se necesitare únicamente a consecuencia de lesiones cubiertas por esta Póliza y prestado dentro del límite de tiempo previsto en la misma).

b) lesiones corporales que den lugar a la formación de una hernia;

c) suicidio o tentativa de suicidio (esté o no el Asegurado en su sano juicio);

d) pérdida ocasionada por guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya o no declaración de guerra), amotinamiento, motín, conmoción civil, guerra civil; estado de sitio, alteración del orden público, o cualesquiera de los sucesos o causas que determinan la proclamación o mantenimiento de ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena, o reglamentos de aduana o nacionalización por cualquier arma o instrumento que emplee fisionatómica o fuerza radiactiva, ya sea en tiempo de paz o guerra. Esta exclusión no resultará afectada por cualquier endoso que no haga alusión específica a la misma, total o parcialmente;

e) mientras el Asegurado esté sirviendo en las fuerzas armadas en cualquier país u organismo militar internacional, ya sea en tiempo de paz o guerra, y en el caso de que el Asegurado entrare en tal servicio, la Compañía, a solicitud del Asegurado, devolverá la prima a prorrata que corresponde por cualquier período en que el Asegurado preste dicho servicio durante la vigencia de la Póliza;

f) lesiones sufridas mientras el Asegurado participe en atletismo o competencias deportivas profesionales o semi-profesionales, a menos que se especifique lo contrario por medio de un endoso;

g) La muerte o lesiones corporales sufridas por el Asegurado, causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzo cortantes.

VIGÉSIMA SEGUNDA: LÍMITE DE EDAD

La Compañía emitirá pólizas de seguro de Accidentes Personales a personas asegurables que se encuentren entre los quince (15) y sesenta y cinco (65) años de edad.

VIGÉSIMA TERCERA: TARIFA DE CORTO PLAZO

Para los efectos de esta Póliza, la tabla de prima a corto plazo, es la siguiente:

VIGENCIA DEL SEGURO	Porcentaje de la Prima Anual Aplicable
Hasta cinco días	5%
Hasta diez días	10%
Hasta quince días	15%
Hasta un mes	20%
Hasta un mes y medio	25%
Hasta dos meses	30%
Hasta tres meses	40%
Hasta cuatro meses	50%
Hasta cinco meses	60%
Hasta seis meses	70%
Hasta siete meses	75%
Hasta ocho meses	80%
Hasta nueve meses	85%
Hasta diez meses	90%
Hasta once meses	95%
Hasta doce meses	100%

VIGÉSIMA CUARTA: TRASPASO O CESIÓN

No obligará a la Compañía cualquier traspaso o cesión de esta Póliza, salvo que se presente a su representante autorizado el documento que lo acredite y se emita el endoso correspondiente.

VIGÉSIMA QUINTA: CUMPLIMIENTO DE LAS ESTIPULACIONES DE LA PÓLIZA

La falta de cumplimiento de las estipulaciones contenidas en esta Póliza, invalidará toda reclamación que se efectúe al amparo de la misma.

VIGÉSIMA SEXTA: RENOVACIÓN

En cada vencimiento esta Póliza podrá ser renovada, con el consentimiento de la Compañía mediante el pago de la prima por anticipado, a las tarifas que la Compañía tuviere en vigor al momento de las renovaciones.

VIGÉSIMA SÉPTIMA: ARBITRAJE

Las diferencias que pudieran surgir entre el Asegurado o sus beneficiarios y la Compañía con respecto a la determinación del monto de las indemnizaciones, serán sometidas y resueltas por medio de Arbitraje, conforme a las leyes de la República de Guatemala.

Las partes designarán un solo árbitro, pero si no se pusiesen de acuerdo en su nombramiento, se someterá el caso a la resolución de dos (2), nombrados uno por cada parte.

Dichos árbitros antes de principiar sus labores designarán un tercero para caso de discordia, pero si no se pusieren de acuerdo en el nombramiento del tercero, éste será nombrado por un Juez de Primera Instancia del Ramo Civil de la Ciudad Capital.

Las costas y honorarios del tercer árbitro correrán a cargo de la Compañía y del Asegurado en partes iguales. Los honorarios de los árbitros nombrados por las partes serán sufragados por quien los nombre.

VIGÉSIMA OCTAVA: JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

El Asegurado y la Compañía, renuncian al fuero de sus respectivos domicilios y se someten expresamente a los tribunales competentes de la Capital de la República de Guatemala, para todo evento de litigio proveniente de la presente Póliza.

CONDICIONES PARTICULARES

PARTE I. PÉRDIDA DE LA VIDA, PÉRDIDA DE MIEMBROS Y PÉRDIDA DE LA VISTA.

Si dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente, las lesiones ocasionan, directa e independientemente de toda otra causa, cualesquiera de las pérdidas relacionadas en esta parte, la Compañía pagará la suma correspondiente a la descripción de tal pérdida. En caso de sufrir varias de las pérdidas abajo especificadas, la responsabilidad de la Compañía en ningún caso excederá de la suma principal asegurada que se consigna en la Carátula de esta Póliza, salvo lo dispuesto en la Parte III de las Condiciones Particulares.

PÉRDIDA DE LA VIDA	100% de la Suma Principal
Pérdida de ambos brazos o ambas manos, o de un brazo y una pierna, o de una mano y un pie, o ambas piernas o ambos pies	100% de la Suma Principal
Ceguera absoluta	100% de la Suma Principal
Cualquier mano o pie y la vista de un ojo	100% de la Suma Principal
Cualquier mano o pie	50% de la Suma Principal
Pérdida completa de la visión de un ojo	33% de la Suma Principal
Dedo pulgar e índice de cualquier mano	25% de la Suma Principal

La pérdida significará en cuanto a las manos y los pies, la amputación en o arriba de las coyunturas de la muñeca o del tobillo; en cuanto a los ojos, la pérdida completa e irrecuperable de la vista, en cuanto a los dedos pulgar e índice la separación en la coyuntura metacarpo-falangeal o arriba de la misma.

PARTE II. INCAPACIDAD TOTAL Y PARCIAL

Mediante el pago de la prima adicional correspondiente y la especificación en la Carátula de la Póliza de la cobertura de Indemnización mensual, se tendrán por cubiertos los siguientes riesgos:

a) INCAPACIDAD TOTAL. Si las lesiones, directa e independientemente de toda otra causa y dentro de los veinte días siguientes a la fecha del accidente, incapacitaren completa y continuamente al Asegurado y le impidiesen desempeñar todos o cualesquiera de los deberes inherentes a su ocupación, la Compañía pagará una indemnización mensual como se haya estipulado en la Carátula de esta Póliza, durante el período de dicha incapacidad total continua, pero no excediendo de doce meses consecutivos.

Si dichas lesiones no dan derecho al Asegurado a percibir indemnización al amparo de la Parte I, pero causaren como único y directo resultado de las mismas e independientemente de toda otra causa, la incapacidad o impedimento total del Asegurado para atender a su negocio u ocupación de costumbre, u ocupaciones de cualquier clase, después de transcurrido un año de incapacidad y dentro de los dos años siguientes al accidente que cause tales lesiones, la Compañía pagará a partir de y después del término de dicho año, mientras el Asegurado esté en tal forma permanente y totalmente impedido e incapacitado, una suma anual equivalente al cinco por ciento (5%) de la suma principal.

b) INCAPACIDAD PARCIAL. Si tales lesiones, directa o independientemente de toda otra causa y dentro de los veinte días siguientes a la fecha del accidente o inmediatamente siguientes a un período de incapacidad total amparado según el inciso a) de esta Parte II y que no exceda del límite especificado para el mismo, incapacitaren e impidiesen continuamente al Asegurado para desempeñar uno o más de los deberes importantes diarios correspondientes a su ocupación, la Compañía pagará durante el período de dicha incapacidad, siempre que éste no exceda de seis meses consecutivos, una indemnización mensual correspondiente a dos quintas partes de la cantidad que pagaría en caso de incapacidad total.

c) INDEMNIZACIÓN OPCIONAL. Dentro de los veinte días siguientes a la fecha del accidente, el Asegurado podrá, si así lo elige y manifiesta por escrito, percibir en vez de la indemnización estipulada en el inciso a) de la Parte II, una indemnización consistente en una suma alzada de acuerdo con la Tabla que se presenta a continuación, si la lesión es una de las relacionadas en dicha tabla, pero la Compañía sólo pagará por dos o más lesiones que resulten de un solo accidente, la indemnización mayor que corresponda a una sola de tales lesiones:

TABLA

Si la indemnización mensual sencilla pagadera al amparo de esta póliza por incapacidad total es de Cien Quetzales, serán pagaderas las cantidades abajo indicadas; si dicha indemnización mensual es mayor o menor de Cien Quetzales, las cantidades que habrán de pagarse se aumentarán o disminuirán en la misma proporción:

PÉRDIDA POR AMPUTACIÓN:	
De uno o más dedos enteros del pie	Q. 200.00
De uno o más dedos de la mano (una falange entera por lo menos)	Q. 150.00
POR DISLOCACIÓN COMPLETA DE ARTICULACIÓN:	
Cadera	Q. 300.00
Rodilla (Exceptuando la rótula)	Q. 150.00
Hueso o huesos del pie (Exceptuando los dedos)	Q. 150.00
Tobillo	Q. 150.00
Muñeca	Q. 125.00
Codo	Q. 100.00
Hombro	Q. 75.00
Uno o más dedos del pie o la mano	Q. 25.00
POR FRACTURA COMPLETA DE HUESOS:	
Cráneo, ambos parietales	Q. 325.00
Muslo (fémur)	Q. 300.00
Brazo, entre el codo y el hombro (húmero)	Q. 300.00
Pelvis	Q. 250.00
Omóplato	Q. 200.00
Pierna (por la tibia o peroné)	Q. 200.00
Rótula	Q. 200.00
Clavícula	Q. 150.00
Antebrazo (por el cúbito o radio)	Q. 150.00
Pie (exceptuando dedos)	Q. 125.00
Mano (exceptuando dedos)	Q. 125.00
Mandíbula inferior (exceptuando el apófisis Alveolar)	Q. 75.00
Una o más costillas, dedos de la mano o dedos del pie	Q. 50.00

PARTE III. INDEMNIZACIÓN DOBLE.

Toda cantidad pagadera según la parte I y II, si está cubierta por la Póliza, será duplicada si las lesiones resultaren sufridas por el Asegurado en la siguiente forma:

a) Viajando como pasajero en un vehículo público de una empresa de transporte para el servicio de pasajeros; pero cualquier accidente o lesión, sea o no fatal, que sufra al abordar o bajarse de o estando en la plataforma, escalones o estribos de, tal vehículo, estarán cubiertos por una indemnización sencilla solamente;

b) Mientras viaje como pasajero en un ascensor dedicado exclusivamente al servicio de pasajeros exceptuando elevadores de minas;

c) Por derrumbe de las paredes exteriores, o incendio de un edificio si el Asegurado estuviere dentro al ocurrir el derrumbe o comenzar el incendio;

d) Por la explosión de una caldera de vapor; y

e) Por una descarga eléctrica atmosférica (rayo).

PARTE IV. GASTOS MÉDICOS.

Con base en lo estipulado en la carátula de la presente póliza, la Compañía se compromete a reembolsar de la manera y hasta el grado aquí previsto, los gastos médicos en que pudiera incurrir el Asegurado, debido a lesiones corporales ocasionadas como consecuencia de cualquier accidente, entendiéndose que tales lesiones sean causadas por medios accidentales, violentos y externos.

La Compañía pagará los gastos reales de los servicios que en seguida se expresan sin exceder de la suma asegurada especificada en la Carátula, estipulándose sin embargo, que la obligación de la Compañía cesará automáticamente al desaparecer los efectos de la lesión, ya sea por curación o fallecimiento que será cuando se cubra el valor de la suma principal del plan básico:

a) HOSPITALIZACIÓN. Alimentos y cuarto en el hospital o sanatorio, medicinas y otros gastos médicos no especificados.

b) ATENCIÓN MÉDICA. Los servicios de médicos, cirujanos, osteópatas o fisioterapistas legalmente autorizados, para ejercer su profesión.

c) ENFERMERÍA. Los servicios de enfermeras y/o enfermeros graduados o que tengan licencia para ejercer.

d) SERVICIO DE AMBULANCIA. Los gastos incurridos por el uso de ambulancia.

Ninguna indemnización será pagada con respecto a daño directo o indirecto, total o en parte, proviniendo o resultado de, o atribuible a daño intencional, asimismo, atentado de suicidio, defecto físico, orgánico o enfermedad.

Texto aprobado por la Superintendencia de Bancos, según Resolución No. 319-82 de fecha 2 de julio de 1982.