CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE VIDA COLECTIVO

CLÁUSULA 1: CONTRATO

Estas Condiciones Generales, la Solicitud, el Consentimiento, el Certificado Individual, la Carátula y los Anexos que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen, previa aceptación de las partes, constituyen el Contrato entre el Contratante, el Asegurado y Aseguradora Guatemalteca, Sociedad Anónima (en adelante denominada la Aseguradora).

CLÁUSULA 2: ESTIPULACIÓN LEGAL

El Contratante y el Asegurado, al recibir esta Póliza y el Certificado Individual, respectivamente, deben cerciorarse que concuerden con la Solicitud y el Consentimiento presentados a la Aseguradora, para los efectos de los primeros párrafos del artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala que dicen textualmente: "En los contratos cuyo medio de prueba consista en una Póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince días siguientes, el Contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último".

Al presente contrato de seguro, le son aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala, relacionadas con el contrato de seguro, las que prevalecerán sobre el contenido de este contrato de seguro.

CLÁUSULA 3: OBJETO DEL SEGURO

Mediante este Seguro la Aseguradora se compromete a cubrir el riesgo de muerte del asegurado por cualquier causa no excluida más adelante, y otros riesgos mencionados en los Anexos que formen parte del mismo, en caso de siniestro cubierto por esta Póliza.

CLÁUSULA 4: DEFINICIONES

Para los efectos de la presente Póliza y sujeto a los demás términos y condiciones de la misma, se entenderá por:

ACCIDENTE: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole la muerte, una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.

ANEXO: Al documento que, previo acuerdo entre las partes se adhiere y forma parte del Contrato de Seguro, modificando sus Condiciones Generales.

ASEGURADO: A la persona individual que a solicitud del Contratante y de acuerdo con el Consentimiento queda cubierta por este Seguro de Vida Colectivo y es la persona interesada en la traslación de los riesgos.

BENEFICIARIO: Es la persona que ha de percibir, en caso de siniestro, el producto del seguro.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Al documento que se emite a favor de la persona individual que se adhiere al Seguro de Vida Colectivo.

CONTRATANTE: A la persona individual o jurídica que celebra y mantiene un contrato de seguro colectivo con una Aseguradora, con el fin de asegurar a un grupo asegurable.

CONTRIBUTIVO: Se refiere a que, para obtener los beneficios de este Seguro, el miembro del Grupo deberá efectuar una contribución proporcional a la prima fijada y el término "No Contributivo" significará que el Contratante aporta el total de la prima.

DEDUCIBLE: Es la cantidad de dinero en la que participa el Asegurado en cada siniestro, la cual no es indemnizable.

GRUPO ASEGURABLE: Al conjunto de personas individuales que mantienen un vínculo laboral o interés común con el Contratante, previo e independiente de la celebración del Contrato de Seguro.

GRUPO ASEGURADO: Al conjunto de personas individuales que, satisfaciendo las características del grupo asegurable, están cubiertas por un contrato de seguro colectivo.

SEGURO COLECTIVO: Es un contrato de seguro que proporciona cobertura a un grupo asegurado.

SUMA ASEGURADA: A la cantidad máxima que pagará la Aseguradora al (los) Beneficiario(s) o al Asegurado, a consecuencia de los riesgos cubiertos de acuerdo con las estipulaciones consignadas en esta Póliza y en los Anexos que forman parte de la misma.

CLÁUSULA 5: COBERTURA BÁSICA: MUERTE POR CUALQUIER CAUSA NO EXCLUIDA EN LA POLIZA

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes de la muerte de cualquiera de los integrantes del Grupo Asegurado, ocurrido durante la vigencia de esta Póliza y mediante la presentación de la documentación legal correspondiente, pagará la Suma Asegurada a la persona o personas que, por su calidad de Beneficiarios, tengan derecho a recibirla.

CLÁUSULA 6: EXCLUSIONES

El contrato de seguro contenido en esta Póliza no cubre la muerte que ocurra en:

1. **Suicidio antes del segundo año de vigencia del Certificado.**
2. **Guerra declarada o no, invasión, actos de enemigos extranjeros, operaciones hostiles o bélicas (se haya declarado la guerra o no), terrorismo, guerra civil, actos de sedición, conmociones civiles que alcancen proporciones o tengan carácter de alzamiento popular, alzamiento militar, asonadas, rebeliones, revoluciones, poderes militares, o usurpados, ley marcial, y reclamaciones directas o indirectamente derivadas de la fisión o de la fusión nuclear, o de radiactividad.**

3. **Lesiones corporales causadas intencionalmente al Asegurado por: a) El (los) Beneficiario(s). b) Cualquier otra persona, como consecuencia de actos ilícitos cometidos por el Asegurado.**

CLÁUSULA 7: PAGO DE PRIMA Y PERÍODO DE GRACIA.

La prima es la retribución o precio del seguro y conforme a la ley, deberá pagarse por el Contratante en el momento de la celebración del contrato. No obstante, se conviene como pacto en contrario que la obligación del Contratante de pagar a la Aseguradora la prima será dentro de quince (15) 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 Contratante 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 documento de cancelación y la Aseguradora quedará relevada de cualquier responsabilidad, conforme con lo previsto en los artículos: 1278 y 1581 del Código Civil.

La prima devengada a prorrata, 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 Aseguradora como justiprecio de los servicios prestados por la Aseguradora durante el período en que el contrato estuvo vigente.

Queda entendido y convenido que, en caso de ocurrir un siniestro, la Aseguradora podrá exigir al Asegurado y/o Contratante que pague la totalidad de la prima del Asegurado los gastos como condición previa para que la Aseguradora entre a conocer su reclamo.

CLÁUSULA 8: SUICIDIO.

La Aseguradora estará obligada al pago de la Suma Asegurada estipulada aún en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si ocurre después de dos (2) años del inicio de la vigencia del Certificado Individual de Seguro. Si ocurriere antes, la Aseguradora únicamente está obligada a la devolución de las primas percibidas.

CLÁUSULA 9: VIGENCIA Y RENOVACIÓN

La Aseguradora asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual y termina en la fecha de fin de vigencia de la Póliza.
La Aseguradora podrá renovar esta Póliza automáticamente en las mismas condiciones en que ha sido suscrita, siempre que el Grupo Asegurado siga reuniendo los requisitos establecidos por la misma.

CLÁUSULA 10: BENEFICIARIOS

En caso de que la Aseguradora pague una indemnización por muerte de una o más personas bajo las coberturas de la presente póliza, dicha indemnización será pagada a los beneficiarios nombrados en el Consentimiento del Seguro, o en su defecto, a los herederos legales o al administrador del mortual nombrado judicialmente.

CLÁUSULA 11: LÍMITES DE EDAD Y EDAD INEXACTA

La edad mínima de ingreso es de 18 años. La edad máxima de ingreso y la edad máxima de terminación de beneficios serán indicadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Si antes de producirse un siniestro, se establece que la edad real de alguno de los miembros del Grupo Asegurado es mayor que la edad declarada, el Contratante deberá pagar la diferencia de prima entre ambas edades, por el año en que se establezca la inexactitud; pero si tal inexactitud se establece después de producido el siniestro, la Aseguradora cobrará al Contratante la diferencia de primas no percibidas.

Si la edad declarada es mayor que la verdadera, la Aseguradora reintegrará al Contratante el exceso percibido, ya sea en efectivo o como complemento de la próxima prima a percibir.

Cualquiera de los ajustes precedentes podrá realizarse, siempre que la edad real se encuentre dentro los límites de admisión establecidos en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

CLÁUSULA 12: INDISPUTABILIDAD

La Póliza será indisputable por omisión o inexacta declaración inmediatamente después de haber cumplido el segundo año de vigencia. En el caso de nuevos miembros del Grupo Asegurado, la indisputabilidad en cuanto a estos miembros será después de dos (2) años contados desde la fecha en que respectivamente quedan asegurados.

Como excepción en todo momento serán disputables los Seguros de cada miembro del Grupo Asegurado por inexactitud en la declaración de edad.

CLÁUSULA 13: OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Beneficiario perderá todo derecho de indemnización bajo esta Póliza, si el Contratante y/o Asegurado en el consentimiento o en cualquier otro documento que entregue a la Aseguradora consigna datos o circunstancias que fueren falsos o de mala fe que hicieran suponer una disminución del riesgo, induciendo a la Aseguradora a aceptar el riesgo, cuando de conocer tales circunstancias la Aseguradora hubiera rechazado la aceptación del Seguro. En este caso, la Compañía quedará relevada de toda responsabilidad.

CLÁUSULA 14: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Son obligaciones del Contratante:

a) Pagar a la aseguradora la prima de seguro con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
b) Recaudar de las personas del grupo asegurado la cantidad de la prima de seguro con la que contribuyen, con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
c) Informar, en la forma convenida, a la aseguradora:
    1. El ingreso al grupo asegurado de nuevas personas, adjuntando los consentimientos respectivos y demás documentación que le requiera la aseguradora;
    2. La separación definitiva de alguna persona asegurada del grupo asegurado;
    3. Cualquier situación de los asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza, así como las agravaciones esenciales que tenga el riesgo, que sean de su conocimiento; y,
    4. La terminación de su calidad como contratante.
d) Dar a conocer a la persona que se asegure, la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.

e) Entregar el certificado individual a cada persona del grupo asegurado, por el medio convenido.
f) No efectuar cargos adicionales al asegurado ni lucrar con la prima fijada por la aseguradora.

CLÁUSULA 15: ALTAS Y BAJAS DEL GRUPO ASEGURADO

15.1 Altas de Asegurados:

Las personas que cumplan los límites de edad establecidos por la Aseguradora podrán ingresar al Grupo Asegurado con posterioridad a las fechas de emisión o renovación de esta Póliza, siempre que mantengan relación con el Contratante. En este caso, la vigencia del seguro iniciará en la fecha que indique el Certificado Individual.

La Aseguradora cobrará al Contratante la parte de la prima que corresponda al tiempo que falte para concluir el período asegurado. La Prima por cada Asegurado, se determinará tomando en cuenta los días completos, a partir del día siguiente al que causó alta.

15.2 Bajas de Asegurados:

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejan de estar amparados por la presente Póliza desde el momento de dicha separación, quedando automáticamente sin validez alguna el Certificado Individual de seguro emitido a su favor por La Aseguradora. En este caso, la parte de la prima que resulte no devengada, será restituida al Contratante por La Aseguradora, para ser entregada al Asegurado, si procediere. La prima no devengada por cada Asegurado que cause baja se determinará tomando en cuenta los días que faltan para que termine el seguro, devengando La Aseguradora la prima correspondiente al día durante el cual suceda la baja.

CLÁUSULA 16: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O DEL BENEFICIARIO EN CASO DE SINIESTRO

Tan pronto como el Beneficiario o, en su caso, el Asegurado, tuviere conocimiento de la realización del siniestro, deberá comunicarlo a la Aseguradora. Salvo Pacto o disposición expresa en contrario, el aviso deberá darse por escrito y dentro de un plazo de diez (10) días. Este plazo no correrá sino en contra de quienes tuvieran conocimiento del derecho constituido a su favor.

CLÁUSULA 17: PAGO DEL RECLAMO

El (los) Beneficiario (s) tienen acción directa para requerir de la Aseguradora el pago de la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las condiciones establecidas en la Póliza.

Toda vez que se hayan practicado las investigaciones correspondientes, se encuentren completos los requisitos contractuales y legales del caso, así como la documentación que la Aseguradora requiera para tal efecto, y no exista desacuerdo en la liquidación e interpretación de las Cláusulas de esta Póliza, la Aseguradora pagará conforme a lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley de la Actividad Aseguradora.

Con el pago de la Suma Asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de La Aseguradora provenientes de cualquiera que sea la cobertura estipulada en la Carátula de la Póliza.

Todas las indemnizaciones cubiertas por la Aseguradora serán liquidadas al (los) Beneficiario (s) designados.

CLÁUSULA 19: PRIVILEGIO DE CONVERSION

La Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente del Grupo Asegurado, en cualquiera de los planes individuales de seguro en que opere, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora y haya estado asegurado en esta Póliza por lo menos un año. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo deberá presentar su solicitud por escrito a la Compañía, dentro del plazo de treinta (30) días calendario a partir de la fecha de su separación. La Suma Asegurada será igual o menor a la que se encontraba en vigor al momento de su separación. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima del seguro individual que correspondiere a la edad alcanzada en la fecha de su solicitud y a la Suma Asegurada.

No aplicará la Cláusula de Indisputabilidad de la nueva Póliza a las personas que tengan dos (2) o más años de estar aseguradas ininterrumpidamente bajo la presente Póliza.

CLÁUSULA 20: PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones derivadas de la presente Póliza prescribirán en dos (2) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y se denominará exclusión ordinaria.

En el caso de que el (los) beneficiario (s) no tuviera conocimiento de su derecho, la prescripción se consumará por el transcurso de cinco (5) años contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones del asegurador y se le denominara exclusión extraordinaria.

CLÁUSULA 20: PROCEDIMIENTO PARA RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda contienda que surja entre las partes a causa del siniestro o de la interpretación de las cláusulas de la presente Póliza, se resolverán en primer lugar por la vía conciliatoria entre el Asegurado y/o El Contratante y La Aseguradora. Y, en segundo lugar, si no fuese posible la solución por el medio descrito anteriormente, quedará abierta la vía jurisdiccional en los tribunales ordinarios competentes.

CLÁUSULA 21: MONEDA

Todos los pagos hechos por el Asegurado y/o El Contratante deben ser ejecutados en la moneda pactada en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual, sin necesidad de requerimiento o cobro alguno. Los pagos realizados por la Aseguradora serán en la misma moneda pactada con el Contratante.

CLÁUSULA 22: NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación relacionada con este seguro deberá presentarse por escrito a La Aseguradora en el domicilio de la misma indicado en la Carátula de esta Póliza o, en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado aquélla por escrito al Asegurado y/o El Contratante. Los comunicados que La Aseguradora deba hacer al Asegurado y/o El Contratante los realizará en el último domicilio del que haya tenido conocimiento.

CLÁUSULA 23: TERRITORIO

Salvo pacto en contrario, la Póliza sólo es exigible respecto de los siniestros ocurridos dentro del territorio nacional de la República de Guatemala.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

ANEXO – MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

Póliza No.

Fecha

ASEGURADORA GUATEMALTECA, S.A., hace constar que el presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

Cobertura:

A. MUERTE ACCIDENTAL

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes de la muerte a consecuencia de un accidente de cualquiera de los integrantes del Grupo Asegurado, ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual y mediante la presentación de la documentación legal correspondiente, pagará la Suma Asegurada a la persona o personas que, por su calidad de Beneficiarios, tengan derecho a recibirla.

B. DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

La Aseguradora pagará al asegurado si sufre la pérdida de alguno de los miembros o de los sentidos descritos en la tabla que más adelante se detalla, siempre y cuando sea a consecuencia de un accidente del Asegurado, dentro del ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha de ocurrencia del accidente y durante la vigencia de la presente póliza.

Para efectos de esta cobertura se define como accidente lo estipulado en el apartado de Definiciones de las Condiciones Generales de la Póliza.

Tabla:

Comprobado el accidente, la Aseguradora indemnizará al Asegurado el porcentaje de la suma asegurada establecido en la siguiente tabla:

100 %	En caso de pérdida total de la visión de ambos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;
50 %	Por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano, o de un pie, o por la sordera completa de ambos oídos, o por la pérdida del habla;
50 %	Por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;
35 %	Por la pérdida total de la visión de un ojo;

25 %	Por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;
20 %	Por la pérdida total del pulgar de una mano;
15 %	Por la sordera total completa de un oído;
5 %	Por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;
3 %	Por la pérdida total de un dedo del pie.

Se entiende por pérdida la amputación o la inhabilitación funcional completa y definitiva de los miembros antes detallados.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende: por pérdida de una mano, su separación en la articulación de la muñeca o arriba de ella; por pérdida de un pie, su separación en la articulación del tobillo o arriba de ella; por pérdida de los dedos, la separación de dos falanges completas cuando menos y por pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

Exclusiones:
Esta cobertura no se concederá si la muerte del Asegurado es debido directa o indirectamente, total o parcialmente como consecuencia de:

a) **Enfermedades, padecimientos o tratamiento médico u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean a consecuencia directa de un accidente.**
b) **Cualquier accidente ocurrido antes de la primera fecha de inicio vigencia de esta Póliza.**
c) **Cualquier Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo efectos alcohólicos o de cualquier droga o ansiolíticos, o en estado de perturbación mental o sonambulismo.**
d) **Ptomaínas o infecciones bacterianas, tetánicas o carbuncosas (con excepción de las infecciones piógenas que acontezcan simultáneamente y como resultado de una herida accidental).**
e) **Las insolaciones, congelaciones, congestión y otros efectos de la temperatura o presión atmosféricas, salvo que el Asegurado esté expuesto a ellas por consecuencia de un accidente cubierto por el seguro.**
f) **Envenenamiento de cualquier naturaleza (tragados, administrados, absorbidos o inhalados por accidente o de otra manera, voluntaria o involuntariamente).**
g) **Suicidio o cualquier intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
h) **Actos o hechos cometidos con armas de fuego, corto punzantes, contundentes o punzo cortantes, a excepción de los casos que se declare por la autoridad competente como víctima accidental de proyectil disparado con arma de fuego, salvo pacto contrario.**
i) **Riña cuando el Asegurado tome parte en ella, a excepción de si es en defensa propia.**
j) **Participación en tumultos o insurrecciones.**
k) **Prestar servicio militar o naval, en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrección.**

l) **Viajar o volar en cualquier aeronave o al descender de la misma, si el Asegurado es piloto o miembro de la tripulación o está dando o recibiendo cualesquiera clases de entrenamiento o instrucción o si tiene cualesquiera deberes a bordo de tal aeronave.**

m) **La participación en cualquier forma de navegación submarina.**

n) **Encontrarse en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o competencias de velocidad o resistencia.**

o) **Los sufridos por el Asegurado debido a actos de imprudencia, temeridad o negligencia grave, a juicio de la Aseguradora, tomando parte en carreras de velocidad o resistencia, en apuestas y en concursos de cualquier naturaleza, en ascensiones y viajes aeronáuticos de toda clase, paracaidismo, navegación submarina, boxeo o cualquier clase de lucha personal, acoso, derribo y encierro de reses bravas, y en general todo acto notoriamente peligroso o delictivo.**

p) **Accidentes ocurridos por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como: terremoto, inundación o erupción volcánica que se produzca en el territorio de la República de Guatemala.**

Límites de Admisión:
Las edades de contratación son las indicadas en el Certificado Individual.

Procedimiento en caso de Reclamación y Pago de la Indemnización
El aviso por escrito de la reclamación deberá realizarse en un plazo de diez (10) días hábiles a partir del día del accidente, mediante un formulario de reclamación que le provee la Aseguradora.
La indemnización se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de recibir la Aseguradora, la documentación correspondiente para acreditar el fallecimiento accidental del asegurado.

Terminación de la Cobertura
La cobertura de este Anexo terminará automáticamente en cualquiera de los siguientes casos, lo que ocurra primero:

a) Al pago de la totalidad de la suma asegurada de esta cobertura.
b) Por baja del Asegurado del grupo Asegurado.
c) Por terminación de la Póliza.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza o de sus Anexos, quedan vigentes sin ninguna alteración.

_____

Firma Autorizada

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

ANEXO – MUERTE ACCIDENTAL ESPECIAL

Póliza No.

Fecha

ASEGURADORA GUATEMALTECA, S.A., hace constar que el presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

Cobertura:

La Aseguradora pagará en caso de muerte del asegurado, a los beneficiarios designados en la póliza, o a falta de éstos a sus herederos legales o al administrador del mortual nombrado judicialmente, la Suma Asegurada indicada en el Certificado Individual, y adicional a la muerte accidental del Certificado Individual, si la misma ocurre:

1. A consecuencia que el Asegurado viaje como pasajero en un vehículo terrestre de servicio público, propulsado mecánicamente, siempre que el mencionado transporte pertenezca a una empresa debidamente autorizada para efectuar transporte de pasajeros, con un itinerario y ruta regular establecida. No se cubre si la muerte ocurre en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo o a consecuencia de ello.
2. A consecuencia que el Asegurado viaje dentro de un ascensor destinado al servicio público, no incluyendo ascensores en minas, en lugares subterráneos o en obras en construcción.
3. A consecuencia que se produzca un incendio en un salón de espectáculos públicos, hotel u otros edificios similares, de servicio público, siempre que el Asegurado se encontrare dentro de tales edificios al inicio del incendio

Límites de Admisión:

Las edades de contratación son las indicadas en el Certificado Individual.

Procedimiento en caso de Reclamación y Pago de la Indemnización

El aviso por escrito de la reclamación deberá realizarse en un plazo de diez (10) días hábiles a partir del día del accidente, mediante un formulario de reclamación que le provee la Aseguradora.

La indemnización se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de recibir la Aseguradora, la documentación correspondiente para acreditar el fallecimiento accidental del asegurado.

Terminación de la Cobertura

La cobertura de este Anexo terminará automáticamente en cualquiera de los siguientes casos, lo que ocurra primero:

a) Al pago de la totalidad de la suma asegurada de esta cobertura.
b) Por baja del Asegurado del grupo Asegurado.
c) Por terminación de la Póliza.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza o de sus Anexos, quedan vigentes sin ninguna alteración.

_____

Firma Autorizada

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

ANEXO – ENFERMEDADES GRAVES

Póliza No.

Fecha

ASEGURADORA GUATEMALTECA, S.A., hace constar que el presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

Cobertura:
Mediante el pago de una prima adicional la Aseguradora pagará en caso de que al Asegurado se le diagnostique una Enfermedad Grave la Suma Asegurada establecida en el Certificado Individual

CÁNCER

La presencia de uno o más tumores malignos cuyas características son el crecimiento incontrolado y la difusión de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal.
Se incluyen entre ellos los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfocitico crónica) los linfomas y la enfermedad de Hodgkin.

El diagnóstico de cáncer debe ser efectuado por un patólogo y la evidencia de malignidad debe ser respaldada por el análisis histológico.

Quedan excluidos los siguientes tumores:

- Tumores que presentan las características de carcinoma in situ (incluyendo la displasia de cuello uterino CIN-1, CIN-2 Y CIN-3) o que se describen histológicamente como premalignos o no invasivos.
- Cualquier cáncer en presencia de HIV, HPV y HHV.
- Todos los tumores de piel, incluidas las hiperqueratósis, los carcinomas basocelulares, los carcinomas de células escamosas y los melanomas de espesor máximo inferior a 1.5 mm, determinado por el examen histológico empleando el método de Breslow, a no ser que haya evidencia de metástasis.
- Tumores que no ponen en peligro la vida como tumores de próstata especificado histológicamente en la clasificación TNM como T1 (a) o T1 (b) pero no T1 (c) o de estadio equivalente o inferior en otra clasificación, los micro carcinomas papilares de tiroides o de vejiga de estado inferior a T2N0M0, leucemia de linfocitos crónica de estadio inferior al RAI I, la enfermedad de Hodgkin de estadio 1.

Para efectos de esta cobertura se define:

CIN-1	Neoplasia intraepitelial del cervix grado I.
CIN-2	Neoplasia intraepitelial del cervix grado II.
CIN-3	Neoplasia intraepitelial del cervix grado III.
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
HIV	Virus de inmunodeficiencia humana.
HPV	Virus del papiloma humano.
HHV	Virus del herpes humano.
TNM	Clasificación de estadio del cáncer de acuerdo a tumor, nódulos linfáticos y metástasis.
CK	Enzima cardíaca creatin fosfokinasa fracción MB, específica para lesión cardíaca.

INFARTO AL MIOCARDIO

La necrosis de una parte del músculo cardíaco como resultado de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva.

El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- Una hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización
- Presencia de dolores toráxicos típicos.
- Cambios relevantes y nuevos de las alteraciones electrocardiográficas diagnosticadas (ECG) por necrosis del miocardio o aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores estándar de laboratorio.
- Significativa elevación de al menos uno de los marcadores de lesión cardíaca (CK-MB, troponina).
- Presencia de disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección < 50%) comprobada por lo menos tres meses después del hecho.

DERRAME O HEMORRAGIA CEREBRAL

Inicio agudo de déficit neurológico focal debido a un accidente cerebrovascular que incluya la muerte del tejido cerebral, una hemorragia de un vaso intracraneal o una embolia originada en una fuente extracraneal. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo doce (12) semanas después del suceso. No se aceptarán reclamaciones antes de transcurrido ese tiempo.

Para los efectos de la cobertura se entenderá que el accidente vascular encefálico o cerebral ha sido diagnosticado por primera vez cuando no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la póliza o a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza, según corresponda.
Un especialista neurólogo debidamente autorizado por la Compañía debe comprobar la evidencia de la lesión neurológica permanente tras haber transcurrido un período de al menos ciento ochenta días (180) días a partir de la fecha del hecho. Los siniestros deben ser comprobados por técnicas de imagen como la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética nuclear.

Quedan excluidas las siguientes situaciones:

- Síntomas cerebrales de migraña o cefalea;
- Alteraciones isquémicas del sistema vestibular;
- Accidentes que conlleven cambios en la memoria o en la personalidad;
- Lesiones cerebrales debidas a traumatismo o hipoxia;
- Enfermedad vascular isquémica que afecta al ojo o al nervio óptico.
-

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Insuficiencia renal terminal que se presenta como una insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones a consecuencia de la cual hay que efectuar regularmente diálisis renal crónica.

Exclusiones:
Esta cobertura no se concederá si la enfermedad del Asegurado es debido directa o indirectamente, total o parcialmente como consecuencia de:

a) Intento de suicido o autolesión intencionada por parte del Asegurado.
b) Adicción al Alcohol o drogas
c) Episodios de isquemia transitoria y las alteraciones neurológicas consecutivas a traumatismo cefálico, a enfermedades intracraneanas ocupativas e infecciosas.
d) Enfermedades en conexión o en presencia de una infección del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA).
e) Enfermedades graves diagnosticadas durante un período de tres meses desde la fecha de inicio de la presente cobertura.
f) Enfermedad Grave sufrida por el Asegurado que ya existía en el momento de contratación del beneficio, conforme la Aseguradora lo demuestre fehacientemente.

Límites de Admisión:
Las edades de contratación son las indicadas en el Certificado Individual.

Procedimiento en caso de Reclamación y Pago de la Indemnización
El aviso por escrito de la reclamación deberá realizarse en un plazo de diez (10) días hábiles a partir del día del accidente, mediante un formulario de reclamación que le provee la Aseguradora.
La indemnización se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de recibir la Aseguradora, la documentación correspondiente para acreditar la enfermedad grave del asegurado.

Terminación de la Cobertura
La cobertura de este Anexo terminará automáticamente en cualquiera de los siguientes casos, lo que ocurra primero:
a) Al pago de la totalidad de la suma asegurada de esta cobertura.
b) Por baja del Asegurado del grupo Asegurado.
c) Por terminación de la Póliza.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza o de sus Anexos, quedan vigentes sin ninguna alteración.

_____

Firma Autorizada

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

ANEXO – INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Póliza No.

Fecha

ASEGURADORA GUATEMALTECA, S.A., hace constar que el presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo arriba identificada. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

Cobertura:
Si un Asegurado queda Incapacitado Total y Permanentemente a causa de una enfermedad o accidente que le impidan desempeñar completamente cualquier ocupación con remuneración o ganancia, conforme este Anexo y suministra debida prueba de que dicha incapacidad ha existido, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada de este Anexo.

Definición de Incapacidad Total y Permanente:
Se entiende por incapacidad total y permanente el estado de salud por el cual la persona asegurada se encuentre ininterrumpidamente impedida e inhabilitada, en forma absoluta, por un período continuo de ciento ochenta (180) días calendario, acorde con su capacidad, fuerza y formación teórica y práctica, para llevar a cabo cualquier ocupación o actividad lucrativa, como resultados de una enfermedad o accidente.

Límites de Admisión:
Las edades de contratación serán, desde los 18 años hasta los 60 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 65 años.

Exclusiones:
Esta cobertura no se concederá si la incapacidad del Asegurado es debido directa o indirectamente, total o parcialmente como consecuencia de:

a) La participación del Asegurado en una riña o reyerta
b) Lesiones causadas intencionalmente a sí mismo o tentativa de suicidio, ya sea que el Asegurado se encontrare en su sano juicio o demente
c) Servicio militar terrestre, aéreo o naval del Asegurado en tiempo de guerra, declarada o no, por su participación en revoluciones, insurrecciones, levantamientos militares, huelgas, motines, conmociones civiles o desordenes populares
d) Lesiones corporales que sufra el Asegurado causadas por explosión de artefacto bélico, por armas de fuego, por armas punzocortantes o contundentes
e) Encontrarse el Asegurado bajo los efectos del alcohol o de cualquier bebida embriagante, drogas o sonambulismo
f) La participación del Asegurado en competencias de velocidad en vehículos de cualquier naturaleza; o en la practica de paracaidismo o vuelo libre, de cualquier naturaleza
g) Encontrarse incapacitado total o permanentemente con anterioridad a la fecha de emisión del certificado individual

h) Cualquier incapacidad causada por lesión intencionalmente infligida a sí mismo, ya sea en estado de cordura o locura.

Prueba de Incapacidad

La Compañía podrá, cuando lo estime necesario, pero no mas de una vez al año, exigir al Asegurado que compruebe de manera fehaciente que la Incapacidad Total y Permanente continúa. Si el Asegurado se niega a hacerlo o aparece que está ya dedicado o en posibilidad de dedicarse a cualquier ocupación que le produzca remuneración o utilidad, cesará el beneficio que por esta clausula se concede y deberá el Asegurado reanudar el pago de sus primas, a partir de la que venza inmediatamente después de que aquello ocurra.

Terminación de la Cobertura

La cobertura de este Anexo terminará automáticamente en cualquiera de los siguientes casos, lo que ocurra primero:

a) Por pago de la totalidad de la suma asegurada de esta cobertura.
b) Al final de la fecha de vigencia, una vez que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de contratación de acuerdo con lo establecido a los límites de edad de esta cobertura.
c) Por baja del Asegurado del grupo Asegurado.
d) Por terminación de la Póliza.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza o de sus Anexos, quedan vigentes sin ninguna alteración.

_____

Firma Autorizada

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

ANEXO – EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS

Póliza No.

Fecha

ASEGURADORA GUATEMALTECA, S.A., hace constar que el presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

Cobertura:

La compañía por el presente Anexo conviene exonerar del Pago de Primas del Seguro de Vida al Contratante y/o Asegurado, si este último sufre una Incapacidad Total y Permanente, ya sea por accidente o enfermedad, de conformidad con las coberturas del Certificado Individual y las Condiciones Generales de la Póliza.

Definición de Incapacidad Total y Permanente:

Se entiende por incapacidad total y permanente el estado de salud por el cual la persona asegurada se encuentre ininterrumpidamente impedida e inhabilitada, en forma absoluta, por un período continuo de ciento ochenta (180) días calendario, acorde con su capacidad, fuerza y formación teórica y práctica, para llevar a cabo cualquier ocupación o actividad lucrativa, como resultados de una enfermedad o accidente.

Exclusiones:

Adicionalmente a las exclusiones de las Condiciones Generales de la Póliza, no se pagarán los beneficios conforme a este Anexo por cualquier incapacidad causada por lesión intencionalmente infligida a si mismo, ya se en estado de cordura o locura.

Límites de Admisión:

Las edades de contratación serán, desde los 18 años hasta los 60 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 65 años.

Terminación de la Cobertura

La cobertura de este Anexo terminará automáticamente en cualquiera de los siguientes casos, lo que ocurra primero:

a) Al pago de la totalidad de la suma asegurada de la cobertura básica.
b) Por baja del Asegurado del grupo Asegurado.
c) Por terminación de la Póliza.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza o de sus Anexos, quedan vigentes sin ninguna alteración.

Firma Autorizada

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

ANEXO – RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Póliza No.

Fecha

ASEGURADORA GUATEMALTECA, S.A., hace constar que el presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo arriba identificada. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

Cobertura

La Aseguradora pagará al Asegurado una renta diaria fija por cada día que el Asegurado permanezca internado en una Clínica u Hospital, debidamente autorizado, como consecuencia de una enfermedad o accidente.

Período de Carencia:

El período máximo por el cual se reconocerá la renta no excederá de cuarenta y cinco (45) días por año y será pagado a partir del tercer día de internación, es decir, la Aseguradora no efectuará desembolso alguno si la internación es igual o menor a dos (2) días.

Se considera día de internación al día que permanece el Asegurado en un centro hospitalario y/o de Salud.

Límite Geográfico:

La Clínica u Hospital debe estar ubicado dentro del territorio de la República de Guatemala.

Límites de Edad:

Las edades de contratación serán, desde los 18 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 70 años.

Exclusiones para esta cobertura:

Le son aplicables las exclusiones de las Condiciones Generales de la Póliza.

Procedimiento en caso de reclamación:

El aviso por escrito de la reclamación deberá realizarse en un plazo de diez (10) días hábiles a partir del inicio de la hospitalización, mediante un formulario de reclamación, la constancia de los días de hospitalización, y cualquier otro documento que la Aseguradora considere oportuno solicitar para la comprobación de la reclamación.

La indemnización se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de recibir la Aseguradora, la documentación correspondiente para acreditar el pago al asegurado.

Terminación de la Cobertura:

Esta cobertura finaliza:

a) Al final de la fecha de vigencia, una vez que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de contratación de acuerdo con lo establecido a los límites de edad de esta cobertura.
b) Al efectuar el pago total del número de días de cobertura.
c) Por baja del Asegurado del grupo Asegurado.

d) Por terminación de la Póliza.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza o de sus Anexos, quedan vigentes sin ninguna alteración.

_____

Firma Autorizada

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

ANEXO – SALDO DEUDA

Póliza No.

Fecha

ASEGURADORA GUATEMALTECA, S.A., hace constar que el presente Anexo modifica las Condiciones Generales en los siguientes términos:

DEFINICIONES:

Cobertura: La Aseguradora garantiza al Contratante el pago de los saldos insolutos que tengan los asegurados, al momento de su fallecimiento, sin exceder la suma asegurada máxima por persona, según condiciones particulares de cada póliza.

Beneficiario Irrevocable: Es el beneficiario con derecho adquirido a los beneficios procedentes de esta póliza de Seguro de Vida Colectivo. El Beneficiario Irrevocable es el Contratante de la Póliza, hasta por el saldo insoluto del crédito del deudor asegurado a su fecha de fallecimiento.

Suma asegurada: Es la cantidad máxima que pagará la Aseguradora al Beneficiario Irrevocable, a consecuencia del fallecimiento de uno de los integrantes del Grupo Asegurado. La Suma Asegurada disminuirá periódicamente conforme la (s) amortización efectuadas por el asegurado.

En ningún momento se reconocerán como suma asegurada, los intereses moratorios.

Límites de Admisión:
Las edades de contratación son las indicadas en el Certificado Individual.

Procedimiento en caso de Reclamación y Pago de la Indemnización:
El aviso por escrito de la reclamación deberá realizarse en un plazo de diez (10) días hábiles a partir del día del fallecimiento, mediante un formulario de reclamación que le provee la Aseguradora.

El Asegurador tendrá derecho a requerir todas las pruebas necesarias que considere conveniente para poder dar trámite a una reclamación, relativa a la cobertura de la póliza.

Exclusiones: No se otorgará cobertura y por lo tanto el Asegurador no tendrá ninguna responsabilidad en los siguientes casos:

1. Créditos en los que la periodicidad de pagos sea mayor de un año.
2. Créditos de deudores que no sean personas físicas.
3. Créditos que no puedan cubrirse en pagos periódicos, con excepción de los créditos de cuenta corriente.
4. Créditos que no sean reportados al Asegurador oportunamente.

Terminación de la Cobertura

La cobertura de este Anexo terminará automáticamente en cualquiera de los siguientes casos, lo que ocurra primero:

1. Por el pago del adeudo.
2. Porque el Deudor asegurado haya incurrido en mora, según periodo definido en la póliza.
3. Porque el adeudo sea cedido a otra persona.
4. Por la terminación de cobertura de la póliza.
5. En la fecha en que el Deudor asegurado cumpla la edad máxima estipulada en la caratula de la póliza.
6. Porque las primas no fueron canceladas en la fecha convenida.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza o de sus Anexos, quedan vigentes sin ninguna alteración.

_____

Firma Autorizada

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.