

## SEGURO COLECTIVO DE INDEMNIZACIÓN POR PADECIMIENTOS NOMBRADOS INDIVIDUAL Y/O FAMILIAR

### CONDICIONES GENERALES

#### DEFINICIONES

a. **Antigüedad.** Es la consideración del tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado cubierto cada Asegurado dentro de una póliza similar en La Compañía o en otra aseguradora y que La Compañía ha reconocido.

b. **Asegurado Titular.** Es aquella persona que firma como responsable, en el consentimiento para efectos de su propia cobertura y la de sus dependientes elegibles, si los hay y así lo solicita.

c. **Asegurados.** Son el Asegurado Titular y sus dependientes elegibles amparados.

d. **Beneficiarios.** Son aquellas personas que el Asegurado Titular haya designado para recibir las indemnizaciones que se deriven de este contrato en caso de su muerte.

e. **Beneficio Adicional.** Es una cobertura distinta a la otorgada por este Seguro, que a solicitud del Asegurado Titular se incluye en su Certificado. Las características de contratación para cada Beneficio Adicional aparecen en el anexo correspondiente. Ningún beneficio adicional estará en vigor si no se encuentra vigente este Seguro.

f. **Catálogo de Padecimientos Cubiertos.** Es la relación que se muestra en el anexo "A" de cada Certificado y que forma parte integrante de la Póliza, en donde se indica el monto con que

se indemnizará en caso de que se presente un padecimiento en algún asegurado. Este documento se denominará 'Catálogo de Padecimientos'. La indemnización prevista se le entregará al Asegurado Titular o a sus beneficiarios designados.

g. **Certificado Individual o Familiar.** Es el documento emitido por La Compañía donde hace constar quienes son los Asegurados cubiertos.

h. **La Compañía.** Aseguradora Guatemalteca, S.A.

i. **Contratante.** Es aquella persona individual o jurídica que contrata la póliza siendo responsable ante La Compañía de recaudar la prima del seguro en su totalidad.

j. **Dependientes Económicos Elegibles.** Serán considerados como dependientes elegibles del Asegurado Titular, para efectos de esta póliza, las siguientes personas:

i. El cónyuge o conviviente.

ii. Los hijos mayores de 90 días y menores de 19 años, solteros, que vivan con el asegurado titular y que económicamente dependan de él y no tengan ingresos por trabajo personal.

iii. Los hijos de una pareja de asegurados quedarán cubiertos a partir del quinto día de su nacimiento, siempre que el *inicio de la gestación* se haya dado posteriormente al inicio de la vigencia de la póliza, sin ningún otro requisito que el pago de la prima correspondiente.

k. **Edad.** Es la edad alcanzada efectivamente por cada Asegurado, que sirve para determinar la prima anual y el término de vigencia o de renovación de los beneficios sujetos a límites de edad. Las edades de elegibilidad serán desde los noventa días de nacido hasta los 60 años de edad y para los hijos de una pareja de asegurados, a partir del quinto día de su nacimiento. Los menores de edad necesitan el consentimiento de su representante legal. A partir de la quinta renovación consecutiva, la edad de elegibilidad se amplía a 64 años.

l. **Médico Colegiado.** Para efectos de esta póliza es una persona legalmente autorizada para practicar medicina y cirugía con título universitario, debidamente colegiada, siempre que no sea el Asegurado mismo ni alguno de los miembros de su familia hasta el tercer grado.

m. **Padecimiento Preexistente.** Aquel que al inicio de vigencia o rehabilitación de la cobertura:

- i. Ha sido diagnosticado con anterioridad sin importar si sus síntomas son o no evidentes y
- ii. Aquellos cuyos síntomas no pueden pasar inadvertidos.

n. **Seguro Adicional por fallecimiento.** Es el monto que recibirán los beneficiarios del Asegurado Titular cuando este fallezca.

El Asegurado Titular es el beneficiario de los Asegurados dependientes.

o. **Vigencia.** El inicio y término de vigencia de cada cobertura amparada por esta póliza, es a las cero horas de los días indicados en la carátula y en el certificado individual. El fin de vigencia de todas las coberturas amparadas en los certificados, coincidirá con el fin de vigencia de la póliza.

## CLÁUSULAS

### • COBERTURA

La Compañía pagará al Asegurado Titular la Indemnización estipulada en el *Catálogo de Padecimientos* anexo para el procedimiento al que se haya sometido o deba someterse el propio asegurado o uno de sus dependientes nombrados. La indemnización se pagará aplicando las notas que señala el propio catálogo y cuando haya sido recibido el Formulario de Reclamación que la compañía proporcione que incluye la declaración jurada del responsable de la clínica u hospital del tratamiento realizado o de un médico autorizado para ejercer la medicina que certifique la necesidad de realizar el procedimiento en caso de que no se haya realizado.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, La Compañía indemnizará a los beneficiarios con la suma indicada. El Asegurado Titular es el beneficiario único de los Asegurados Dependientes.

### • CANCELACIÓN DE COBERTURA

En cualquier momento que el Contratante lo solicite por escrito, La Compañía dará por terminada la cobertura de uno o más de los asegurados amparados devolviendo la prima no devengada valuada al final del mes en que ocurre la cancelación de la cobertura

exceptuando los derechos de emisión. La Compañía podrá dar por terminada la cobertura de todos los asegurados dando un aviso por escrito al Contratante. La cancelación será efectiva quince (15) días después de notificado el Contratante. Estas cancelaciones podrán ser sin expresión de causa.

- **CONTRATO.**

El contrato entre el Contratante y La Compañía queda integrado por:

- ✓ La solicitud y los consentimientos,
- ✓ Carátula,
- ✓ Condiciones generales,
- ✓ Los certificados y anexos que se emitan simultánea o posteriormente.

El Contratante, al recibir los documentos, debe cerciorarse que concuerden con la solicitud presentada a La Compañía, para los efectos de los dos 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.”

- **CONTROVERSIAS.**

Cualquier diferencia que surja con motivo de la aplicación de alguna de las cláusulas de estas condiciones generales será resuelta conciliatoriamente por las partes. Si ello no fuera posible, por los tribunales competentes de la capital de la República de Guatemala, a cuyo efecto el Asegurado y los beneficiarios renuncian expresamente el fuero de sus domicilios.

- **EXAMEN MÉDICO.**

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado cuando lo crea necesario mientras se encuentre pendiente una reclamación. Todos los gastos que estos exámenes originen serán cubiertos por La Compañía.

- **EXCLUSIONES.**

La Compañía no hará ningún pago que derive de:

1. Padecimientos preexistentes, según definición precedente.
2. Práctica de cualquier afición o deporte peligroso (durante el entrenamiento y la competencia) caza, automovilismo, motociclismo, aviación, buceo, boxeo, montañismo, hípica, toreo en cualquiera de sus formas, deportes que impliquen uso de armas, grandes alturas o velocidades.
3. Participación activa en actos delictivos, cuando no sea en legítima defensa.
4. Suicidio o intento de suicidio sin importar el estado mental del asegurado
5. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades, accidentes, servicios, o productos excluidos explícitamente en esta cláusula.

En general, la póliza excluirá padecimientos que no tengan un carácter fortuito o que existan antes de la contratación del seguro.

• **LESIONES NO CUBIERTAS.**

1. Lesiones originadas por participar activamente en actividades militares, o en actos de guerra, rebelión o insurrección y actos delictivos.
2. Lesiones originadas por cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de perturbación mental.
3. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte o competencia.
4. Lesiones que el Asegurado sufra cuando se encuentre bajo los efectos de drogas o estimulantes no recetadas por un médico colegiado.

• **INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN DE BENEFICIOS Y ASEGURADOS.**

En cualquier momento, durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar la inclusión, de beneficios adicionales, asegurados dependientes o incremento de suma asegurada. De aprobarlos La Compañía, emitirá un nuevo Certificado donde consten las coberturas, características y condiciones. La prima aplicable se calculará a prorrata desde el inicio de vigencia de las nuevas condiciones hasta la fecha de fin de vigencia, que siempre coincidirá con la del fin de vigencia de la póliza. En el caso de exclusiones o cualquier cambio que reduzca la prima, La Compañía devolverá la proporción de prima no devengada a la fecha de la modificación, exceptuando los derechos de emisión.

• **PAGO DE PRIMAS.**

El Asegurado Titular conviene en pagar hasta el día de su vencimiento la prima correspondiente a su Certificado mediante el mecanismo que tiene convenido con el Contratante. Las primas son anuales y pagaderas por anticipado; pueden contratarse pagos fraccionados en las modalidades que La Compañía ofrezca en la fecha de contratación o renovación de la Póliza. Se concede un período de gracia de treinta días para el pago de cualquier prima vencida, al finalizar dicho periodo queda sin cobertura sin necesidad de declaración alguna.

Es y queda convenida la condición resolutoria expresa, que si el Asegurado Titular deja de pagar la prima al vencer el periodo de gracia, la cobertura del Certificado quedará cancelada desde el día del vencimiento de la prima no pagada, sin necesidad de declaratoria judicial, ni de emisión de anexo de cancelación y La Compañía queda relevada de cualquier responsabilidad, de conformidad con lo previsto en los artículos 1278 y 1581 del Código Civil.

Queda entendido y convenido que en caso de reclamación, La Compañía podrá deducir del importe de la indemnización, el faltante para completar la prima anual del Certificado.

• **PRESCRIPCIÓN.**

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Si el Beneficiario o Beneficiarios no tuvieron 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 de La Compañía.

- **MONEDA.**

Todos los pagos derivados de la póliza se efectuarán en la moneda estipulada en la carátula en las oficinas de La Compañía, dentro de la República de Guatemala.

- **RECLAMACIONES.**

La notificación por escrito de un padecimiento por el cual se pueda formular reclamación, debe darse a La Compañía tan pronto como el Asegurado o el Beneficiario en su caso, tenga conocimiento de la eventualidad. El aviso deberá darse por escrito y dentro de un plazo de cinco días. Este plazo no correrá sino en contra de quienes tuvieran conocimiento del derecho constituido a su favor.

El aviso dado por o a nombre del Asegurado o del Beneficiario, ya sea a La Compañía o a cualquiera de sus agentes autorizados, con datos suficientes para identificar al Asegurado, será considerado como aviso de reclamación. Al recibir el aviso La Compañía suministrará al reclamante los formularios que acostumbra utilizar para la presentación de la prueba de pérdida.

El reclamante tendrá treinta (30) días calendario para recabar la información que se solicita en los formularios de prueba de pérdida. Si dichos formularios no fueron suministrados por la aseguradora dentro de los quince (15) días calendario siguientes al recibo del aviso de siniestro, se considerará que el reclamante ha cumplido todos los requisitos de la prueba de la pérdida.

Una vez recibida completa la documentación, La Compañía tendrá diez (10) días calendario para emitir una resolución sobre la reclamación presentada. En caso de requerir La Compañía de exámenes adicionales, el plazo de diez días

empezará a contar cuando éstos se hayan efectuado y el médico designado haya entregado su dictamen. La Compañía pagará la indemnización correspondiente o negará el pago a más tardar diez (10) días calendario después de tener completa la documentación.

Salvo disposición en contrario, todos los pagos que realice La Compañía se harán al Asegurado Titular o a sus Beneficiarios en caso de muerte del asegurado titular; en defecto del Beneficiario, la indemnización se pagará a sus herederos legales.

- **RECLAMACIONES POR FALLECIMIENTO.**

En el caso de un fallecimiento los beneficiarios deberán llenar el Formulario de Reclamación que la Compañía proporcione y adjuntar los documentos que ahí se solicitan, que incluyen:

1. Certificado del seguro original o copia.
2. Nombre completo del asegurado y documento oficial de identificación.
3. Certificado de defunción.
4. Acta o certificado de la autoridad que da fe del origen accidental del fallecimiento, si la hubiere.
5. Copia de documento de Identificación de los beneficiarios.

Una vez recibida completa la documentación, La Compañía tendrá diez (10) días calendario para emitir una resolución sobre la reclamación presentada. En caso de requerir autopsia el plazo de diez días empezará a contar cuando ésta se haya efectuado y el médico forense designado haya entregado su dictamen. La Compañía pagará la indemnización correspondiente o negará el pago a más tardar diez (10) días calendario después de tener completa la documentación.

Salvo disposición en contrario, todos los pagos que realice La Compañía se harán a los Beneficiarios.

- **EXCLUSIONES:**

Antes de dos años continuos de vigencia de la cobertura, este contrato NO ampara el fallecimiento del Asegurado ocasionado directamente por:

- ✓ Suicidio cualquiera que sea el estado mental en que se cometa.

Siempre quedarán excluidas:

- ✓ Enfermedades que con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia hayan sido diagnosticadas o se hayan manifestado a través de síntomas o signos que por su naturaleza no pueden pasar inadvertidos.
- ✓ Participación del Asegurado como sujeto activo en un acto delictivo.

- **RECLAMACIÓN FRAUDULENTE.**

En el caso de reclamación fraudulenta presentada por el reclamante, La Compañía quedará liberada de toda obligación con respecto al Certificado donde está el asegurado que la haya presentado.

Se considera reclamación fraudulenta la comprendida en alguno de los siguientes incisos:

- a) Cuando en apoyo de la reclamación, se hagan o utilicen declaraciones falsas;
- b) Cuando se empleen medios o documentos falsos, engañosos o dolosos;

c) Cuando el padecimiento haya sido voluntariamente causado por el(los) Asegurado(s), por el(los) beneficiario(s) o con su complicidad, cualquiera que haya sido su estado mental.

- **RECTIFICACIÓN DE EDAD.**

Si se comprobase que la edad real del Asegurado es mayor a la asentada en el Certificado, cualquier cantidad pagadera será la proporción entre la prima efectivamente pagada y la que habría aplicado utilizando los datos correctos.

Si la edad real está fuera de los límites de aceptación de la cobertura, la Compañía devolverá el importe pagado desde la última renovación o desde el inicio de vigencia si no ha habido renovación.

- **REHABILITACIÓN.**

Una cobertura cancelada por falta de pago podrá rehabilitarse mediante el pago del total de las primas pactadas que han quedado descubiertas. La Compañía emitirá un nuevo Certificado donde conste la fecha de la rehabilitación.

- **RENOVACIÓN.**

Al finalizar el plazo de vigencia de la cobertura, ésta podrá ser renovada automáticamente por La Compañía conforme a las tarifas y catálogo de padecimientos cubiertos en vigor en ese momento, manteniendo en lo posible las mismas condiciones de contratación.

Las edades para renovar son hasta los 60 años. Si el Asegurado cumple un mínimo de 5 años ininterrumpidos en la póliza, la renovación se hará hasta los 64 años de edad.