

ANEXO ASISTENCIA FUNERARIA | REPATRIACIÓN

Queda entendido y convenido por convenio expreso entre el contratante y la compañía de seguros, sujeto a los términos, exclusiones, cláusulas y condiciones contenidos en la póliza o en ella endosados, y no sujeto al pago de prima extra por parte del asegurado, se adhiere el presente anexo de servicio de **Asistencia Funeraria | Repatriación** sujeto a las condiciones de la póliza de seguro de la que forma parte y mediante el cual el beneficiario de la asistencia que para fines del presente Anexo, se define como la persona que tendrá derecho a los servicios que se describen a continuación bajo las condiciones contenidas en las siguientes cláusulas:

VIGENCIA: La vigencia del servicio de asistencia otorgado por el presente anexo es la misma del Certificado Individual, por lo que si por cualquier motivo el Certificado individual queda sin efecto, de igual manera cesan los beneficios otorgados en el presente anexo de manera automática. Para tener derecho al servicio de asistencia, el asegurado debe estar al día en sus pagos.

BENEFICIOS: La cobertura otorgada, consiste en una asistencia funeraria en caso de fallecimiento del beneficiario de la asistencia. Mediante la realización de una llamada se organizará la logística necesaria para la prestación del servicio funerario y repatriación si fuera el caso, las 24 horas y los 365 días del año. Sujetándose para ello a las condiciones estipuladas en el presente anexo. La asistencia incluye los siguientes servicios:

ASISTENCIA NACIONAL:

- A. Atención telefónica las 24 horas, 365 días del año.
- B. Asesoría telefónica de la documentación necesaria para el reclamo del seguro.
- C. Apoyo en gestión de trámites legales ante las autoridades competentes.
- D. Levantamiento del cuerpo en el lugar del fallecimiento.
- E. Servicio de tanatopraxia, para que la persona fallecida sea velada en un término no mayor a 24 horas.
- F. Ataúd de madera estándar, el cual cumple con las regulaciones de legales vigentes.
- G. Trasladar por vía terrestre el cuerpo a la sala de velación o en su caso al domicilio indicado por el familiar a nivel nacional, y, posteriormente, al cementerio indicado. El Proveedor, hará su mejor esfuerzo, para que el traslado sea directamente del, y, hacia los puntos señalados por el asegurado. Sin embargo, en los casos que por razones de fuerza mayor o desastres naturales no pueda llegar al destino final, el Proveedor, hará su mejor esfuerzo, de prestar el servicio hasta el lugar más cercano al destino final indicado por el requirente del servicio.
- H. Velación del cuerpo por 24 horas (Domicilio o sala de velación) dentro y fuera del área urbana.
- I. Servicios de alimentación en la sala de velación o domicilio conforme estándar básico.
- J. Decoración en las salas de velación o el lugar indicado, los cuales incluyen 2 arreglos florales laterales y 1 cubre cofre.
- K. Cubrir el costo de la celebración de servicio religioso, conforme lo solicite la familia.

ASISTENCIA DE REPATRIACION INTERNANCIONAL:

- A. Asesoría telefónica de la documentación necesaria para el reclamo del seguro.
- B. Asistencia telefónica las 24 horas, los 365 días del año.

- C. Apoyo en trámites legales y consulares para la repatriación de los seres a su país de origen.
- D. Trasladar el cuerpo, hacia Guatemala, desde el país de fallecimiento en cualquier parte del mundo.
- E. Recoger el cuerpo desde el sitio del fallecimiento.
- F. Proveer un féretro hermético para la repatriación del cadáver, el cual deberá, cumplir con los requisitos legales y/o administrativos indispensables para poder llevar a cabo el traslado del cuerpo.
- G. Funda de protección para el revestimiento del féretro para transporte aéreo.
- H. Embalaje especial para el transporte aéreo, del féretro.
- I. Transporte aéreo a Guatemala, del cuerpo.
- J. Traslado vía terrestre, hasta y desde el aeropuerto, realizar todos los trámites legales de aduana para obtener la entrega del cuerpo en los aeropuertos que correspondan.
- K. Servicio Funerario en Guatemala -Asistencia Nacional.

EXCLUSIONES: Quedan excluidos los servicios funerarios y repatriación por la participación del Afiliado en o derivado de: actos de guerra, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares, pandemia (Covid-19 tiene cobertura). Catástrofes naturales y homicidio culposo.

PROCEDIMIENTO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO: Para utilizar los servicios de Asistencia es condición indispensable que en caso de fallecimiento del asegurado de la asistencia que un familiar en primer grado de consanguinidad siga el siguiente procedimiento:

- A. Llamar al PBX 2317-8444, para solicitar el servicio en el momento del siniestro.
- B. El familiar procederá a suministrar al momento de la llamada telefónica, todos los datos necesarios para identificarlo como afiliado, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado:
 - a. Nombre completo del Asegurado.
 - b. Nombre completo y número telefónico del responsable (familiar en primer grado de consanguinidad).
 - c. Lugar exacto de donde se encuentra la persona fallecida
 - d. Acta de defunción o certificado médico legal.
- C. Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con la Asistencia. En este caso no se estará obligado a reembolsar al afiliado o sus beneficiarios dicho gasto.
- D. El servicio de Asistencia estará disponible, en todo el territorio de la república de Guatemala, las 24 horas y los 365 días del año.
- E. En todos los casos en los que el costo del servicio exceda el monto máximo por evento, indicado en el presente documento, el afiliado o beneficiario deberá cancelar con sus propios recursos el excedente de los costos a prestársele. En estos casos, se notificará al afiliado y/o beneficiario, previa y telefónicamente la totalidad de los costos que deberá asumir en el momento de la prestación del servicio, y hasta obtener autorización del afiliado y/o beneficiario, se enviará al proveedor a prestar el servicio.
- F. La asistencia se prestará el servicio únicamente si recibe la llamada o notificación sobre el fallecimiento de la persona afiliada, de un familiar comprendido dentro de los grados de ley.

G. En los casos en que según las normatividad o regulación únicamente un familiar dentro de los grados de ley del fallecido pueda realizar y gestionar los trámites de reclamo del cuerpo y/o trámites legales correspondientes, ante el Registro Nacional de las Personas, Policía Nacional Civil, Dirección General de Servicios de Salud y cualquier otra entidad o dependencia pública o privada que sea necesaria, el Proveedor únicamente podrá acompañar a hacer la diligencias, más no está facultado para actuar directamente ante dichas dependencias. El servicio prestado por el Proveedor no incluye trámites y pagos en el cementerio.

RESPONSABILIDAD: Ficohsa Seguros, S.A. en ningún momento se responsabiliza del pago de los servicios de asistencia que presten cualquier tipo de empresa y/o persona, autorizada o no, que no sean los coordinados directamente por la red de servicio a través de su centro de atención de llamadas descritas en el inciso de procedimiento para la prestación del servicio.

ANEXO INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Ficohsa Seguros, 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.

CLÁUSULA 1: BENEFICIO

Si un Asegurado queda Incapacitado Total y Permanentemente a causa de lesiones corporales o enfermedad que le impidan desempeñar completamente cualquier ocupación con remuneración o ganancia, mientras tenga menos de sesenta (60) años de edad y antes de la terminación de su Contrato de Seguro, conforme este Anexo y dentro de doce (12) meses después de la fecha en que el Contratante dejó de pagar las primas a su favor, suministra debida prueba de que dicha incapacidad ha existido ininterrumpidamente durante doce (12) meses por lo menos, la Compañía dará por terminado el Certificado Individual de dicho Asegurado y pagará la Suma Asegurada de este Anexo, en sesenta (60) pagos mensuales iguales. El primer pago se hará doce (12) meses después del comienzo de dicha incapacidad o tres (3) meses después de suministrar a la Compañía la debida prueba, lo que sea posterior.

CLÁUSULA 2: SUMA ASEGURADA

La Suma Asegurada Individual será la especificada en este Anexo, en la fecha en que comience la Incapacidad Total y Permanente. Conforme este Anexo, todos los pagos se harán mensualmente al Asegurado a razón de 18.12 por millar de la Suma Asegurada durante la continuación de la Incapacidad Total y Permanente.

CLÁUSULA 3: FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

Si el Asegurado falleciera después de que ha suministrado a la Compañía debida prueba de su incapacidad pero antes de que se le haya hecho pago alguno, la cantidad pagadera aplicable será la de su Seguro en vigor, especificada en este Anexo, al momento de su fallecimiento, pagada de una sola vez al Beneficiario nombrado.

Si el Asegurado falleciera después de haber recibido algún pago por Incapacidad Total y Permanente, pero antes de haber recibido la totalidad de los mismos, la Compañía pagará al Beneficiario nombrado, en una sola vez, el valor actual de los pagos que se encuentren pendientes a la fecha del fallecimiento, computados a razón de 3.5% de interés anual.

CLÁUSULA 4: CESE DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Si la Incapacidad Total y Permanente cesara antes de que se efectúen todos los pagos conforme este Anexo, la Compañía no hará ningún pago más, aplicándose las siguientes condiciones:

- a) Si el Asegurado es elegible bajo este Anexo, puede ser Asegurado por la Suma Asegurada especificada en el mismo, por la cual es elegible en ese momento, menos la cantidad total de pagos efectuados.
- b) Si el Asegurado no es elegible bajo este Anexo, tendrá el mismo derecho de conversión indicado en la Cláusula 19 de las Condiciones Generales de la Póliza. La Suma Asegurada se determinará con base en la Suma Asegurada Individual vigente al inicio

de la Incapacidad, menos las cantidades pagadas, como si el Seguro hubiera terminado por haber concluido su afiliación al Grupo Asegurable. Para ejercer este derecho, el Asegurado deberá presentar su solicitud por escrito a la Compañía, dentro del plazo de treinta (30) días calendario a partir de la fecha del cese de la incapacidad.

CLÁUSULA 5: PRUEBA DE INCAPACIDAD

La Compañía tendrá derecho, en cualquier momento, durante los primeros dos (2) años siguientes del comienzo de los pagos conforme este Anexo y después de dicho plazo, no más de una vez al año, de requerir prueba de la continuación de la Incapacidad Total y Permanente. Además, la Compañía tendrá derecho durante el período de pago de que un médico de su elección examine al Asegurado por intervalos razonables durante los primeros dos (2) años del período de pago y, después de eso, no más de una vez al año. El dejar de suministrar tal prueba o de someterse al examen médico dentro de los noventa (90) días calendario de la fecha solicitada, terminará inmediatamente los beneficios del presente Anexo.

CLÁUSULA 6: EXCLUSIÓN

No se pagarán los beneficios conforme a este Anexo por cualquier incapacidad causada por lesión intencionalmente infligida a sí mismo, ya sea en estado de cordura o locura.

CLÁUSULA 7: PAGO DE BENEFICIOS

Las indemnizaciones correspondientes a este Anexo se concederán si se presenta a la Compañía las pruebas de la Incapacidad Total y Permanente que sufra el Asegurado, durante la vigencia de este Anexo, y siempre que la edad del Asegurado esté comprendida dentro de los límites de edad estipulados en el mismo.

Los requisitos que deben presentarse a la Compañía para el pago de la indemnización, son los siguientes: Aviso de Siniestro, DPI del Asegurado y Certificación Médica. Cualquier otro documento que la Compañía considere necesario.

CLÁUSULA 8: LÍMITES DE EDAD

La edad mínima de ingreso es de 15 años y la edad máxima de renovación y límite de permanencia para este Anexo es de 59 años

CLÁUSULA 9: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

- a) A las doce horas del día en que el Asegurado cumpla los 60 años de edad.
- b) Por baja del Asegurado del grupo Asegurado.
- c) Por terminación de la Póliza.

CLÁUSULA 10: CONCURRENCIA DE COBERTURAS

Este Anexo es excluyente, bajo la Póliza, en caso de contratación del Anexo III Exoneración de Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente.

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. 1076-2014 de fecha 5 de agosto de 2014.

SEGURO COLECTIVO DE FRAUDE, ROBO Y EXTRAVÍO CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA – CONTRATO:

Estas Condiciones Generales, la Solicitud, Consentimiento / Certificado Individual, Declaraciones hechas por el Contratante, las Condiciones Particulares, 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 y Ficohsa Seguros, S.A., en adelante la Aseguradora.

CLÁUSULA SEGUNDA – ESTIPULACIÓN LEGAL:

El Contratante al recibir la póliza y el Asegurado, al recibir el Consentimiento-Certificado Individual debe cerciorarse que concuerde con lo solicitado a La Aseguradora, para los efectos de los primeros párrafos del artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala que dice 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”.

Se conviene que esta Póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República de Guatemala y le serán 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 TERCERA – DEFINICIONES:

1. ANEXO: Al documento que, previo acuerdo entre el Contratante y la Aseguradora se adhiere y forma parte de la Póliza, modificando y/o adicionando sus Condiciones Generales.
2. ASEGURADO: Persona individual que a solicitud del Contratante queda cubierta por este Seguro, con aprobación previa de la Aseguradora.
3. CONDICIONES PARTICULARES: Son aquellas estipulaciones, consentidas entre las partes, que recogen aspectos concretamente relativos al riesgo individualizado que se asegura.
4. CONTRATANTE: Persona individual o jurídica que celebra y mantiene este contrato de Seguro, con el fin de asegurar al grupo asegurable.
5. CONTRIBUTIVO: Al pago de la prima del seguro en la que el Asegurado tiene una participación proporcional a la prima fijada con El Contratante.

6. CUENTA DE CRÉDITO O DÉBITO: Registro contable en el cual se acumulan cargos por financiamientos o prestaciones de servicios a cargo del deudor, así como en donde se aplican los pagos o amortizaciones efectuadas a favor del Tarjetahabiente (en el caso de Tarjetas de Crédito), o bien, en el cual se acumulan cargos contra los fondos propios del Cuentahabiente (en el caso de Tarjetas de Débito).
7. NO CONTRIBUTIVO: Al pago de la prima del Seguro por parte de El Contratante por lo que el Seguro es sin costo alguno para el miembro del Grupo.
8. DEDUCIBLE: A la participación del Asegurado en la pérdida ocasionada por un siniestro, que se estipula en la póliza como una cantidad o porcentaje y que corre siempre por cuenta del Asegurado, cuyo importe ha de superarse para que se indemnice el siniestro cubierto.
9. FRAUDE: Engaño mediante el cual alguien produce un daño de carácter económico al Tarjetahabiente o Cuentahabiente, haciendo uso de la Tarjeta de Crédito o Débito y beneficiándose a sí mismo, bien sea para usurpar derechos o para eludir obligaciones legales.
10. GRUPO ASEGURABLE: Al conjunto de personas individuales que mantienen un vínculo o interés en común con el Contratante, previo e independiente de la celebración del contrato de seguro.
11. GRUPO ASEGURADO: Al conjunto de personas individuales que, satisfaciendo las características del grupo asegurable, estén cubiertas por la Póliza.
12. HURTO: A la sustracción efectiva de un bien asegurado, con ánimo de lucro, sin la autorización del titular y sin utilizar fuerza ni intimidación o violencia en las personas.
13. PHARMING: Riesgos excluidos en la presente póliza. Es cuando mediante la alteración del servidor de DNS de un proveedor de servicios de internet y del DNS del sistema operativo de la computadora de un usuario para lograr de alguna manera modificar el archivo host de la computadora del usuario, sin su consentimiento, quien finalmente luego de digitar las direcciones de internet en su navegador será redireccionado a una página de internet fraudulenta.
14. PHISHING: Riesgos excluidos en la presente póliza. Consiste en enviar un correo electrónico al asegurado, el cual proviene de un ente oficial, pero en realidad es falso, y en cuyo contenido se hace una solicitud expresa para actualizar la información confidencial perteneciente al asegurado, como el nombre, contraseña, número de tarjeta y PIN entre otros, los cuales terminan en los computadores de los estafadores.
15. PERÍODO DE EXTRAVÍO: Al lapso de tiempo que transcurre entre el momento en que un bien asegurado esté extraviado, perdido o robado y el momento en que es encontrado, en que es inhabilitado efectivamente para su uso o en que es devuelto a su legítimo propietario.
16. ROBO: Al acto que, sin la debida autorización y con violencia anterior, simultanea o posterior a la aprehensión, tomare cosa, mueble total o parcialmente ajeno.

17. SUMA ASEGURADA: A la cantidad máxima que pagará la Aseguradora a consecuencia de los riesgos cubiertos de acuerdo a las estipulaciones consignadas en esta Póliza.
18. SKIMMING: Robo de información de Tarjetas de Crédito o Débito utilizada en el momento de la transacción, con la finalidad de reproducir o clonar la Tarjeta de Crédito o Débito para su posterior uso fraudulento. Consiste en el copiado de la banda magnética de una Tarjeta de Crédito o Débito.
19. CLONACIÓN: Copiado del contenido completo de la banda magnética de la Tarjeta de Crédito o Débito para ser replicada en una tarjeta fraudulenta utilizada para crear transacciones no autorizadas por el Tarjetahabiente
20. CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO INDIVIDUAL: Al documento que se emite a favor de la persona individual que se adhiere al Seguro Colectivo y que contiene las principales Condiciones Generales de la Póliza y las condiciones particulares del Asegurado.
21. TARJETA DE CRÉDITO Y/O DÉBITO: Es la pieza plástica, con cinta magnética o dispositivo electrónico adherido a la misma, en la que se almacena la información necesaria y autorización requerida, para ser utilizada como instrumento financiero de acceso a una Cuenta de Crédito o Débito. Es emitido por el Contratante.
22. TARJETAHABIENTE: Es la persona individual titular de la Tarjeta de Crédito o Débito.

CLÁUSULA CUARTA –COBERTURA:

Esta póliza cubre el valor de las pérdidas sufridas por el Asegurado debido a cargos que le sean cargados y/o debitados y/o facturados fraudulentamente por parte de un tercero no autorizado a consecuencia de robo, hurto, pérdida y/o extravío de la Tarjeta de Crédito o Débito, sin exceder la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado Individual.

Los riesgos o transacciones cubiertas por la presente póliza serán y se ejecutarán según las siguientes condiciones, sin exceder en ningún caso la Suma Asegurada de la presente póliza:

Cargos hechos tanto dentro como fuera del país: siempre que la Tarjeta de Crédito o Débito haya sido emitida por la entidad Bancaria u Operador dentro de los límites geográficos indicados en la Carátula de la Póliza y/o Consentimiento-Certificado Individual.

Robo, Hurto y Extravío: se cubrirá el 100% de la(s) transacción(es) realizada(s) por persona(s) no autorizada(s), con la tarjeta perdida, robada, hurtada o extraviada, siempre que tal(es) transacción(es) haya(n) sido en un periodo de tiempo no mayor de cuarenta y ocho (48) horas antes de la recepción del reporte de pérdida, ante el Contratante.

Falsificación y/o clonación de la tarjeta: En caso de falsificación o utilización del número de alguna de la Tarjeta de Crédito o Débito del Asegurado, éste quedará eximido en su totalidad del pago de las transacciones fraudulentas que con ella se hiciera, y la Aseguradora asumirá la pérdida, dentro de los límites de la suma asegurada, siempre que la tarjeta no haya salido de la posesión del

tarjetahabiente y que las transacciones hayan sido realizadas mediante el empleo de un instrumento con un número de tarjeta correspondiente a una de las tarjetas de la cuenta de Crédito o Débito del Asegurado que haya sido impresa para simular una Tarjeta de Crédito o Débito válida sin serlo o que siéndolo haya sido mutilada o modificada con el propósito de defraudar. Bajo esta definición quedarían cubiertos los cargos efectuados fraudulentamente por tercero no autorizado que le sean cargados y/o debitados y/o facturados al asegurado por la compra de bienes y servicios que se realicen vía comercio electrónico (compras en internet), y siempre y cuando la Tarjeta de Crédito o Débito se encuentre en poder del Asegurado.

Cargos hechos mediante la utilización forzada de la tarjeta: por parte del Asegurado cuando ha mediado intimidación o cuando se ejerza sobre él la fuerza física o la de cualquier instrumento que sirva como arma o se haga uso de medios hipnóticos o de narcóticos tanto dentro como fuera del país.

Asalto en cajeros o agencias bancarias: Asalto en cajeros automáticos entendiéndose como tal el robo de los retiros en efectivo dentro, fuera o en un radio de 15 metros del cajero automático o agencia bancaria, por personas que usen agresión física o mediante intimidación contra la vida o integridad física del Asegurado. Cubre hasta 3 eventos por año.

CLÁUSULA QUINTA – EXCLUSIONES:

Queda entendido y convenido que esta póliza no cubre y que la Aseguradora no será responsable por los siniestros que sean consecuencia directa o indirecta de:

- a) Transacciones realizadas por el Tarjetahabiente, o por una persona autorizada por él, para hacer uso de su tarjeta, número de cuenta o número personal de identificación (PIN).
- b) Las pérdidas o daños que directa o indirectamente provengan de la infidelidad, dolo o mala fe, culpa grave del Contratante, entidad Bancaria, Operador o el Tarjetahabiente, sus empleados, beneficiarios o personas por quienes éstos sean civilmente responsables.
- c) Hurto, pérdida, extravío, así como falsificación o fraude, causado por dolo del Asegurado o infidelidad de una persona a quien se le haya confiado la tarjeta, número de cuenta o número personal de identificación (PIN).
- d) Robo de la identidad del Tarjetahabiente para riesgos no contemplados en las coberturas de la presente póliza, dentro de los que pueden ser mencionados el phishing y el pharming.
- e) Retiros en efectivo de cajeros a excepción de lo indicado en la Cláusula Cuarta de estas condiciones generales.
- f) Pérdida consecencial o costos financieros derivados del uso fraudulento, pérdida o extravío de la tarjeta.
- g) Pérdidas por tarjetas de Crédito o Débito que se extravíen en custodia de la entidad Bancaria o del servicio correo o postal.
- h) Pérdidas en las que el Asegurado haya sido indemnizado a través de otras Pólizas de seguros o por cualquier institución financiera.

- i) Pérdidas por el uso fraudulento de la Tarjeta de Crédito o Débito que ocurran con posterioridad al bloqueo que se haga en la entidad Bancaria u Operador.
- j) Pérdidas por el uso fraudulento debido a que el Asegurado proporcione de manera voluntaria la clave de la Tarjeta de Crédito o Débito o los elementos para la utilización de la Tarjeta de Crédito o Débito.
- k) Pérdida, daño, deterioro o gasto causado por lo que resulte de la fisión y/o fusión atómica o nuclear u otra reacción o fuerza o materia radioactiva.
- l) Pérdidas o daños que directa o indirectamente, inmediata o remotamente sean causados, acarreados o producidos en conexión o con motivo de hostilidades, acciones u operaciones bélicas o invasión de enemigo extranjero (haya o no declaración de guerra) o de guerra civil, revolución, rebelión, insurrección u otros hechos y delitos contra la seguridad interior del país, aunque no sean a mano armada; o bien de la administración y gobierno de cualquier territorio o zona en estado de sitio, de suspensión de garantías, bajo el control de autoridades militares o de acontecimientos que originen estas situaciones de hecho o de derecho o que de ellos se deriven directa o indirectamente, inmediata o remotamente de incendio directa o indirectamente relacionado con ellos o de cualquier tentativa a ellos como quiera que se originen; tampoco cubre pérdida o daño por cualquier arma de guerra que emplee la fisión y/o fusión u otra reacción atómica o nuclear en tiempo de paz o de guerra.
- m) Pérdidas o daños de ninguna naturaleza que, directa o indirectamente, sea ocasionado por o resulte de o sea a consecuencia de cualquiera de los hechos siguientes, a saber: Motín de fuerzas armadas; conmoción civil que asumiere las proporciones de o llegase a constituir un levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, poder militar o usurpado, o cualquier acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en conexión con cualquier organización con actividades dirigidas al derrocamiento por la fuerza, del gobierno de hecho o de derecho o al influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia. En cualquier acción judicial, litigio u otro procedimiento en que la Aseguradora sostenga que, en virtud de las estipulaciones de esta Condición, la pérdida o daño reclamado no esté amparado por este seguro, la obligación de comprobar y el cargo de la prueba de que tal pérdida o daño si está amparado recaerán sobre el Asegurado.
- n) Pérdidas que el Asegurado llegara a estar obligado civilmente a pagar a título de daño y/o perjuicios a causa de lesiones corporales o daños a la propiedad ajena, ni la Aseguradora estará obligada a defenderlo ni a costear su defensa y en consecuencia no ampara las costas y gastos legales imputables o incurridos por el Asegurado en su propia defensa si todas estas surgen como consecuencia directa o indirecta de la imposibilidad de generar, procesar cálculos y/o información correctas, cualquiera que sea su tipo, y/o por el fracaso, incapacidad para operar, procesar datos y/o información sin error, o por sus consecuencias, causadas por o a través de cualquier procesador electrónico de datos, equipo de cómputo o programas, (software), cerebros electrónicos de cualquier tipo, donde quiera que estos puedan estar instalados, debido al incorrecto registro, incorrecto manejo, al no reconocimiento y/o no procesamiento antes, durante o después del año dos mil (2000) en la información de fechas o en cualquier otro campo procesador de datos que se relacione directa o indirectamente con estos.

CLÁUSULA SEXTA – EL CONTRATANTE Y SUS OBLIGACIONES:

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 las Consentimiento Certificado individuales 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 Consentimiento-Certificado Individual a cada persona del grupo asegurado y, en su caso, la constancia de contratación del seguro, por el medio convenido.
- f) No efectuar cargos adicionales al asegurado sobre la prima fijada por La Aseguradora.

CLÁUSULA SÉPTIMA – INGRESOS Y SEPARACIONES DEL GRUPO ASEGURADO

- a) **ALTAS DE ASEGURADOS.** Los tarjetahabientes que cumplan los requisitos 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 cuando se entregue la Tarjeta de Crédito y/o Débito a El Asegurado o en la fecha que indique el Consentimiento-Certificado Individual, cualquiera de las dos la que sea anterior. La prima será cobrada en forma proporcional a los días de cobertura vigente desde la fecha del alta del asegurado y hasta la terminación del seguro.
- b) **BAJAS DE ASEGURADOS.** Los tarjetahabientes 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 Consentimiento-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 OCTAVA – PAGO DE PRIMA Y PERÍODO DE GRACIA:

Pago de Prima:

La prima deberá pagarse a la Aseguradora en las oficinas de ésta, en el momento de la celebración del contrato, por lo que se refiere al período del seguro, salvo pacto en contrario.

Si el pago no ha sido efectuado, el contrato cesará en sus efectos automáticamente a partir del día siguiente al vencimiento del período de pago, sin necesidad de declaratoria judicial ni de aviso de cancelación, y la Aseguradora quedará relevada de cualquier responsabilidad.

En caso de siniestro, la Aseguradora deducirá de la indemnización pagadera al Asegurado (o al Acreedor Prendario), el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

Período de Gracia:

El Contratante dispone de un período de gracia de treinta (30) días calendario para el pago de la prima inicial y la prima de renovación en cada aniversario de la Póliza, si el pago no se efectúa dentro de dicho período, el Contrato terminará en sus efectos automáticamente. En caso de siniestro durante el período de gracia, la Aseguradora, de ser el caso, deducirá de la indemnización pagadera al Asegurado, el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de esta no pagadas por el Asegurado, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

CLÁUSULA NOVENA – VIGENCIA Y RENOVACIÓN

La Aseguradora asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento-Certificado Individual y termina en la fecha fin de Vigencia del Consentimiento-Certificado Individual.

Al finalizar el plazo de vigencia podrán ser renovados automáticamente por La Aseguradora conforme a las tarifas y las sumas aseguradas de cada cobertura en vigor al momento de cada una de las renovaciones, siempre dentro de los límites de aceptación de cada cobertura.

La fecha fin de la Póliza termina en la fecha fin del último Consentimiento-Certificado Individual.

CLÁUSULA DÉCIMA – REHABILITACIÓN

En caso de que el Contrato de Seguro hubiere cesado por falta de pago de Primas, el Contratante o Asegurado podrá proponer la rehabilitación del Contrato, sujeto al análisis y aceptación de Aseguradora, y de acuerdo con las condiciones estipuladas por la Aseguradora para dicha rehabilitación.

CLÁUSULA DÉCIMOPRIMERA – TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

La cobertura de la Consentimiento-Certificado Individual finaliza:

- a) A solicitud de la Aseguradora y/ o el Asegurado. En este caso, podrán dar por terminado el contrato anticipadamente, sin expresión de causa. El aviso de la terminación deberá darse por escrito a la otra parte con quince (15) días de anticipación. La Aseguradora devolverá la prima no devengada, menos los gastos e impuestos.
- b) Al finalizar el plazo de vigencia de la Consentimiento-Certificado Individual.
- c) Al finalizar el plazo de vigencia de la Póliza.
- d) Al efectuar el pago total de la Suma Asegurada correspondiente por esta cobertura.
- e) Falta de pago de la prima después del período de gracia.
- f) Separación del Grupo Asegurado.

CLÁUSULA DÉCIMOSEGUNDA – OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES:

Toda omisión, declaración falsa o inexacta por parte del Asegurado acerca de cualquier circunstancia, que aminoren el concepto de gravedad del riesgo o cambien el objeto del mismo, darán lugar a la terminación del contrato conforme lo indicado en los Artículos 908 al y 911 del Código de Comercio de Guatemala.

En tales casos, la Aseguradora tiene el derecho de hacerse reintegrar, por el Asegurado o por quien sea culpable de las declaraciones inexactas, las cantidades que la misma hubiese satisfecho por indemnización y gastos de toda clase, desde el día en que tuvo lugar la falsa declaración o reticencia.

CLÁUSULA DÉCIMOTERCERA – OBLIGACIONES DEL ASEGURADO Y/O CONTRATANTE EN CASO DE SINIESTRO:

Aviso del Siniestro

- a) El Contratante, o el Asegurado, al tener conocimiento de la ocurrencia de una pérdida o daño debe denunciarlo tan pronto tenga conocimiento de ello a la Aseguradora por cualquier medio, confirmándolo por escrito tan pronto como sea practicable. El plazo para dar el aviso de siniestro no deberá exceder de cinco (5) días hábiles desde la fecha en que ocurrió el siniestro o desde que el Asegurado que tuvo conocimiento del mismo.
- b) El Contratante, o el Asegurado, debe denunciar los hechos ocurridos a la autoridad competente que corresponda. En caso de delitos contra la propiedad se debe avisar al Ministerio Público o la institución cuyos fines es velar por el estricto cumplimiento de las Leyes del País.
- c) Si el aviso de siniestro no es presentado dentro del plazo indicado, de forma dolosa para evitar o desvirtuar la valoración de los hechos y circunstancias, la Aseguradora estará facultada para dejar sin efecto el reclamo.
- d) El Contratante, o el Asegurado, está en la obligación de trasladar toda la información del reclamo a la Aseguradora para su debido proceso. La Aseguradora está obligada a procesar el reclamo, siempre y cuando el evento acontezca durante la vigencia del contrato y el Asegurado esté incluido en el registro de asegurados.

Trámite del Reclamo

Una vez dado el aviso de siniestro descrito anteriormente, el Asegurado tiene un plazo de treinta (30) días calendario para formalizar el reclamo, proporcionando a la Aseguradora cuantos detalles estén a su alcance con respecto a la causa y extensión de tal pérdida o daño como también a la cuantía aproximada de la pérdida.

El Contratante, o el Asegurado, debe enviar a la Aseguradora la reclamación formal por escrito detallando la siguiente información:

- a) En caso de ser necesario la Aseguradora solicitará al Contratante una carta donde exprese: solicitud de la indemnización indicando el monto de la pérdida, la fecha de ocurrencia del evento, y una impresión del registro de bloqueo de la tarjeta, así como la documentación que permita certificar las transacciones indicadas.
- b) En caso de robo, extravío de la tarjeta o fraude sobre la misma en el extranjero, la Aseguradora le podrá requerir al Contratante el aporte de la copia de la denuncia efectuada por el Asegurado ante la autoridad correspondiente y fotocopia completa del documento de identidad del Asegurado.

- c) Carta firmada por el Asegurado explicando los hechos ocurridos para determinar la causa, forma, lugar, tiempo, magnitud de los daños y cualquier otra característica relevante del siniestro o en su defecto, llenar el formulario de reclamación brindado a través del Contratante.
- d) Manifestar si existen otros seguros que cubran el siniestro ocurrido; en caso afirmativo, deberá brindarse detalle.
- e) Copia del documento que identifique al Asegurado como son el documento de identidad de la persona física, así como las calidades del mismo.
- f) Cualquier otra información que la Aseguradora requiera para establecer la cuantía o cobertura del Reclamo.

En adición, en ausencia de cualquier documento o información relativa al siniestro el Asegurado podrá aportar cualquier documento o información que sea reconocida en derecho como válida para determinar la ocurrencia del siniestro y comprobar sus características cualitativas y cuantitativas.

El incumplimiento demostrado de estas obligaciones que afecte, de forma significativa, la posibilidad de la Aseguradora de constatar circunstancias relacionadas con el evento y estimar la pérdida liberará a esta de su obligación de indemnizar.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA – PAGO DEL RECLAMO

Toda reclamación será liquidada al Asegurado a través del Contratante dentro de los diez (10) días siguientes a partir de la aceptación de pruebas satisfactorias de acuerdo a la cláusula anterior.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA – AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

El asegurado durante la vigencia del seguro deberá dar aviso por escrito a la aseguradora, a más tardar el día hábil siguiente de que tenga conocimiento de cualquier agravación esencial, considerada ésta como aquellos hechos importantes para la apreciación del riesgo asegurado que de conocerlos la aseguradora, hubiera celebrado el seguro en condiciones diferentes.

Si se omite dicho aviso, se procederá conforme a lo establecido en los artículos 909 y 912 del Código de Comercio de Guatemala.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA – PRESCRIPCIÓN:

Todos los derechos y acciones que deriven de esta Póliza prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA – AVISOS Y NOTIFICACIONES:

Toda notificación entre la Aseguradora y el Contratante y/o asegurado deberá hacerse por escrito o por cualesquiera medios que se hayan pactado entre las partes a los últimos domicilios registrados en la póliza, y es obligación de las partes notificar cualquier cambio de domicilio durante la vigencia de la misma.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA - OTROS SEGUROS:

Si al ocurrir un siniestro que origine una reclamación al amparo de esta póliza, existiere uno o más seguros sobre los mismos bienes, La Aseguradora estará obligada a responder solamente en la proporción que resulte a cargo de la presente póliza en relación a la totalidad de los seguros.

CLÁUSULA DÉCIMONOVENA - SUBROGACIÓN DE DAÑOS:

La Aseguradora se subrogará hasta el límite de la cantidad pagada en todos los derechos y acciones que por causa del daño sufrido correspondan al asegurado, excepto en el caso de que, sin haber sido intencional el siniestro, el obligado al resarcimiento fuese el cónyuge, un ascendiente o descendiente del asegurado.

La aseguradora quedará liberada de sus obligaciones en la medida en que, por actos u omisiones del asegurado, se le impida subrogarse en los derechos que éste tendría de exigir el resarcimiento del daño.

El Asegurado prestará a la Aseguradora todos los auxilios y le proporcionará todos los informes que pueda, sin costo alguno para la Aseguradora, y le suministrará con razonable prontitud aquellos informes que la Aseguradora pueda exigirle, a fin de que ésta tome las medidas que estime convenientes.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – RECUPERACIÓN DE CARGOS FRAUDULENTOS:

En caso de recuperación de cargos realizados por personas no autorizadas, que hayan sido indemnizados por la Póliza, el monto recuperado deberá ser reintegrado a la Aseguradora por el Contratante.

CLÁUSULA VIGÉSIMOPRIMERA – COMPETENCIA:

Los interesados con renuncia del fuero de sus respectivos domicilios se someten expresamente para todo evento de litigio proveniente de esta póliza, a los Tribunales ordinarios competentes de la Ciudad de Guatemala.

CLÁUSULA VIGÉSIMOSEGUNDA - MONEDA:

Todos los pagos realizados por el Asegurado, Contratante y la Aseguradora, deben ser ejecutados en la moneda estipulada en la Carátula de la Póliza.

CLÁUSULA VIGÉSIMOTERCERA - TERRITORIALIDAD

A menos que se estipule de otra manera en esta póliza, este seguro se aplica a cualquier Tarjeta de Crédito y/o Débito en uso, que haya sido emitida en la República de Guatemala por el Contratante, para su utilización en cualquier parte del mundo.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1266-2018 del 24 de Julio del 2018, registró que no prejuzga sobre el contenido del mismo

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1: CONTRATO

Estas Condiciones Generales, la Solicitud, el Consentimiento, la Declaración de Salud, 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 Seguros Alianza, S.A. (en adelante denominada la Compañía).

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 Compañía, 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”.

Queda entendido y convenido que esta Póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República de Guatemala.

CLÁUSULA 3: OBJETO DEL SEGURO

Mediante este Seguro la Compañía se compromete a cubrir los riesgos mencionados en estas Condiciones Generales y 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:

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

ASEGURADO: A la persona individual que a solicitud del Contratante y de acuerdo al Consentimiento queda cubierta por este Seguro de Vida Colectivo.

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 capaz de celebrar la contratación de la Póliza con el consentimiento de los miembros del Grupo Asegurable.

GRUPO ASEGURADO: Al conjunto de personas que, satisfaciendo las características del Grupo asegurable, están cubiertas por este Seguro de Vida Colectivo.

GRUPO ASEGURABLE: Al conjunto de personas individuales que tienen un vínculo o interés en común con el Contratante, independiente de la celebración del Contrato de Seguro y que forman parte del Grupo especificado en la Solicitud del Seguro.

PERÍODO DE ELEGIBILIDAD: Se refiere al número de días calendario, estipulado en la Carátula de la Póliza, contado a partir de la fecha en que un miembro pasa a formar parte del Grupo asegurable y puede presentar su Consentimiento a la Compañía para formar parte del Grupo Asegurado, sin necesidad de presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias.

PAGO CON CONTRIBUCIÓN: Cuando el Contratante y los Asegurados contribuyen con un porcentaje de la prima para el pago de la misma.

PAGO SIN CONTRIBUCIÓN: A la prima que es pagada íntegramente por el Contratante.

PRIMA TOTAL: A la suma de las primas individuales anuales de todos los miembros del Grupo Asegurado, calculadas a la edad computable en las fechas de vigencia o renovaciones de la Póliza.

PRIMA PROMEDIO: Al cociente de dividir la prima total entre la Suma Asegurada de todos los miembros del Grupo Asegurado, expresándose el resultado en términos de tarifa por millar de Suma Asegurada. La prima promedio se aplicará a todos los referidos miembros, tendrá efectividad durante el período de vigencia de la Póliza y como límite el aniversario de la fecha en que se calculó. Esta prima será aplicada a los nuevos miembros que ingresaren al Grupo después de haberse emitido o renovado la Póliza, y a los que se separen definitivamente del mismo.

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

PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD: A todos los documentos incluyendo pero no limitado al formulario de Declaración de Salud, informes médicos, exámenes médicos y cualquier otra información que la Compañía requiera, para conocer el estado de salud de una persona que solicite su inclusión en la Póliza.

ACCIDENTE: Hecho que deriva de una fuerza externa, fortuita, violenta e involuntaria (accidental), con independencia o exclusión de cualquier otra causa, que produce una lesión corporal, de la que exista evidencia en forma de contusión o herida visible en la parte exterior de cuerpo. También se consideran como accidente, los casos de muerte por inmersión y aquellos otros en que la muerte haya sido causada por lesión interna, si esta es revelada por una autopsia.

CLÁUSULA 5: COBERTURA BÁSICA

Al recibir la Compañía pruebas fehacientes del fallecimiento 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: SUICIDIO

La Compañía 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 de celebrado el Contrato y Certificado Individual de Seguro. Si ocurriere antes, la Compañía únicamente está obligada a la devolución de las primas percibidas.

CLÁUSULA 7: EDAD

7.1 Límites de Edad:

Los límites de edad quedarán estipulados en la Carátula de la Póliza. La edad mínima de ingreso es de 15 años.

7.2 Declaración Inexacta de la Edad:

La edad del Asegurado será calculada de acuerdo con la fecha de nacimiento consignada en su Documento Personal de Identificación (DPI) o en el Pasaporte para el caso de extranjeros.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía sólo podrá dar por terminado el Contrato si la edad real estuviere fuera de los límites de admisión fijados

CLÁUSULA 8: 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 9: DECLARACIONES FALSAS

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

CLÁUSULA 10: PAGO DE PRIMA

El Contratante, en representación del Grupo Asegurado, debe pagar a la Compañía en las oficinas de esta, la prima estipulada en la Carátula de la Póliza, en el momento de la celebración del Contrato, por lo que se refiere al período del seguro, salvo pacto en contrario, se podrán pactar pagos semestrales, trimestrales y mensuales, aplicando el recargo correspondiente a la prima total.

Si el pago no ha sido efectuado, el Contrato cesará en sus efectos automáticamente a partir del día siguiente del vencimiento del pago o al día siguiente del vencimiento del período de gracia, según

aplique, sin necesidad de declaratoria judicial ni de aviso de cancelación, y la Aseguradora quedará relevada de cualquier responsabilidad.

El pago de la prima puede efectuarse bajo las siguientes formas: Sin Contribución y Con Contribución.

Cuando la Suma Asegurada de cada miembro del Grupo Asegurado sufra variación al iniciarse cada período asegurable o dentro del período asegurado, la Compañía determinará la prima individual, multiplicando la tarifa que corresponda por la Suma Asegurada.

Si al formalizarse el Seguro del Grupo se considera que durante la vigencia del mismo existe posibilidad de ingreso al Grupo de determinado miembro o miembros, al realizarse dicho ingreso únicamente deberá cobrarse la prima a prorrata, partiendo de la base de:

- a) La prima promedio establecida a cada inicio del período asegurado del Grupo.
- b) La fecha de aceptación del ingreso al Grupo Asegurado.
- c) El tiempo que falte para concluir el período asegurado.
- d) La Suma Asegurada que cubra durante dicho período parcial.

Si un miembro del Grupo Asegurado estuviera obligado a contribuir al pago de la prima y no lo hiciera, el Contratante tiene el derecho a solicitar la baja del mismo del Grupo Asegurado.

CLÁUSULA 11: PERÍODO DE GRACIA

El Contratante dispone de un período de gracia de treinta (30) días calendario para el pago de la prima inicial y la prima de renovación en cada aniversario de la Póliza, si el pago no se efectúa dentro de dicho período, el Contrato cesará en sus efectos automáticamente. En caso de siniestro durante el período de gracia, la Compañía, de ser el caso, deducirá de la indemnización pagadera al Asegurado o al (los) Beneficiario(s), el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de esta no liquidadas por el Asegurado, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

En el caso de pagos fraccionados, el Contratante no dispondrá del citado período de gracia para los pagos fraccionados subsecuentes.

CLÁUSULA 12: RENOVACIÓN

La Compañía renovará 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. En cada renovación se aplicarán las tarifas correspondientes, según la edad alcanzada por cada miembro del Grupo Asegurado.

CLÁUSULA 13: VIGENCIA

13.1 Vigencia de la Póliza:

Es el período de tiempo previsto en la Póliza durante el cual surten efectos las coberturas. Dicho período comienza a las doce (12) horas del día de inicio y termina a las doce (12) horas del día de finalización de la vigencia de la Póliza.

13.2 Vigencia del Certificado Individual:

La Compañía asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual, la cual se hará constar en el mismo y termina el día de la finalización de la vigencia de la Póliza o por la baja del Asegurado de acuerdo a la estipulado en la Cláusula 16.2 “Bajas de Asegurados”. Dicho período comienza a las doce (12) horas del día de inicio y termina a las doce (12) horas del día de finalización de la vigencia del Certificado.

CLÁUSULA 14: BENEFICIARIOS

El Asegurado y solamente él debe nombrar a uno o a más Beneficiarios designándolos en el Consentimiento, incluyendo el porcentaje a distribuir a cada uno de ellos.

En caso de que algún Beneficiario falleciere antes o simultáneamente con el Asegurado, la parte que le corresponda acrecerá a favor de los demás Beneficiarios sobrevivientes en partes iguales, y si todos hubiesen fallecido, la prestación convenida se hará a favor de los Herederos Legales del Asegurado.

El Asegurado tiene derecho en cualquier momento de cambiar de Beneficiarios y deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, para que dichos cambios surtan efecto.

CLÁUSULA 15: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Son obligaciones del Contratante:

- a) Suscribir la Solicitud y remitirla a la Compañía, juntamente con los Consentimientos de los integrantes del Grupo.
- b) Pagar a la Compañía el total de la prima de la Póliza, lo que implica también la recaudación del porcentaje con que, en su caso, contribuyan al pago los miembros del Grupo.
- c) Comunicar a las personas elegibles al Seguro los criterios para fijar la Suma Asegurada y solicitarles que llenen el respectivo Consentimiento para el Seguro, así como de informar a los Asegurados sobre los aspectos que sean de su competencia y que le hayan sido notificados por la Compañía.
- d) Entregar los Certificados Individuales a los miembros del Grupo Asegurado.
- e) Dar a conocer al personal que se asegure la necesidad de declarar exactamente la edad y las consecuencias de no proporcionar la información correspondiente.
- f) Informar inmediatamente y por escrito a la Compañía, adjuntando los documentos respectivos, en cuanto a:
 - 1) Los nuevos ingresos al Grupo.
 - 2) Las separaciones definitivas del Grupo.
 - 3) Cualquier situación de los Asegurados que ya no se ajuste a alguna de las Cláusulas de la Póliza.
 - 4) Propuestas de modificación de las Sumas Aseguradas, a reserva de lo que la Compañía decida al respecto.
- g) En caso de que el Contratante concluya sus obligaciones para con el Grupo Asegurado, deberá notificarlo inmediatamente a la Compañía y esta a su vez podrá rescindir el Contrato dentro de los treinta días (30) calendario siguientes a la fecha en que recibió la notificación y sus obligaciones terminarán treinta días (30) calendario después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a este la prima no devengada.

CLÁUSULA 16: ALTAS Y BAJAS DEL GRUPO ASEGURADO

16.1 Altas de Asegurados:

Cada miembro elegible que se encuentre en servicio activo y que haya llenado su Consentimiento, en el formulario aprobado por la Compañía, para participar en el plan de Seguros y que acuerde pagar las contribuciones requeridas, si corresponde, quedará Asegurado, sujeto a las estipulaciones que se indican a continuación:

- a) Si el Consentimiento lo presenta a la Compañía en la fecha en que es elegible o antes, será Asegurado desde dicha fecha de elegibilidad.
- b) Si el Consentimiento lo presenta a la Compañía dentro del período de treinta (30) días calendario en que es elegible, será Asegurado desde la fecha de la Solicitud.
- c) Si el Consentimiento lo presenta a la Compañía después del fin del período de treinta (30) días calendario siguiente al primer día en que es elegible, o después de la terminación de su cobertura individual por falta de pago de cualquiera de las contribuciones requeridas, el miembro deberá presentar pruebas de asegurabilidad, antes de que pueda ser Asegurado. Si la Compañía determina que dichas evidencias son satisfactorias, el miembro será Asegurado a partir de la fecha en que la Compañía así lo comunique. Cualquier miembro que deba presentar pruebas de asegurabilidad como condición para ser Asegurado y cuya afiliación con el Contratante cese sin que dicha evidencia haya sido presentada, continuará sujeto a los mismos requisitos de asegurabilidad si es miembro nuevamente.

Un miembro es activo cuando se encuentra formando parte, legalmente, del Grupo Asegurable y que no se encuentre incapacitado o limitado por cualquier causa para efectuar sus labores diarias.

En cualquiera de los casos, la Compañía podrá exigir pruebas de asegurabilidad satisfactorias, a toda persona que solicite su ingreso a la Póliza si fuere mayor de 50 años de edad o con Sumas Aseguradas superiores a los Q50,000.00 (Cincuenta mil Quetzales exactos) o su equivalente en Dólares de los Estados Unidos de Norteamérica.

La Compañía cobrará al Contratante la parte de la prima que corresponda al tiempo que falte para concluir el período asegurado. La Prima por cada miembro asegurado, se determinará tomando en cuenta meses completos, a partir del mes siguiente al que causó alta.

16.2 Bajas de Asegurados:

Las coberturas particulares de un Asegurado conforme esta póliza cesaran automáticamente:

- a) Si perdiere su calidad de miembro elegible para el Seguro.
- b) Por concluir su afiliación al Grupo Asegurable.
- c) Si caduca esta Póliza.
- d) Si el Asegurado deja hacer en su oportunidad cualquier contribución requerida.
- e) En la edad indicada en la Póliza.

En cualquiera de estos casos, la parte de la prima que resultare no devengada será restituida al Contratante por La Compañía, quien, si procede, la devolverá a la persona que se retira del seguro. La prima no devengada por cada miembro asegurado que cause baja, se determinará tomando en cuenta meses completos, devengando La Compañía la prima correspondiente al mes durante el cual causó la baja.

CLÁUSULA 17: AVISO DE SINIESTRO

Tan pronto como el Beneficiario o, en su caso, el Asegurado, tuviere conocimiento de la realización del siniestro, deberá comunicarlo a la Compañía. Salvo Pacto o disposición expresa en contrario, el aviso deberá darse por escrito y dentro de un plazo de cinco (5) días. Este plazo no correrá sino en contra de quienes tuvieran conocimiento del derecho constituido a su favor.

CLÁUSULA 18: PAGO DE BENEFICIOS

El (los) Beneficiario (s) o el Asegurado, según sea el caso, tienen acción directa para requerir de la Compañía 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 y no exista desacuerdo en la liquidación e interpretación de las Cláusulas de esta Póliza, la Compañía 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 Compañía provenientes de cualquiera que sea el beneficio estipulado en el Certificado Individual.

Todas las indemnizaciones cubiertas por la Compañía serán liquidadas al (los) Beneficiario (s) designados o al Asegurado, según corresponda.

Los documentos que deben presentarse a la Compañía para el pago del Seguro de Vida, son los siguientes:

Del Asegurado (fallecido):

Original del Certificado Individual, Certificación de Nacimiento, DPI, Certificado de Defunción, Certificación de la Funeraria que prestó el servicio y, si procede, Certificación Médica o Informe Médico Forense o Informe de Necropsia Médico Legal. En caso de Muerte Accidental: Además de lo anterior, Informe de los Bomberos, Policía o Ministerio Público. Cualquier otro documento que la Compañía considere necesario.

De los Beneficiarios:

Aviso de Siniestro debidamente autenticado (Un (1) Aviso por cada Beneficiario), fotocopia del DPI. Cualquier otro documento que la Compañía considere necesario.

CLÁUSULA 19: PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

La Compañía 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 Compañía 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 Compañía la prima 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

Todos los derechos y acciones que deriven de esta Póliza prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y si el (los) Beneficiario (s) no tiene 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 de la Compañía.

CLÁUSULA 21: RESOLUCIÓN DE ASUNTOS LITIGIOSOS

El Contratante, el Asegurado, el (los) Beneficiario (s) y la Compañía, renuncian al fuero de sus respectivos domicilios y se someten expresamente a los tribunales competentes de la Ciudad de Guatemala, para todo litigio proveniente del Contrato.

CLÁUSULA 22: MONEDA

Todos los pagos realizados por el Asegurado, Contratante y la Compañía, deben ser ejecutados en la moneda estipulada en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual.

CLÁUSULA 23: NOTIFICACIONES

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a la Póliza, deberá hacerse mediante comunicación escrita, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal de la Compañía o a la dirección del Contratante que conste en la Póliza, según sea el caso.