

ANEXO ASISTENCIA DE SALUD

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 de Salud** 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 de salud que incluye atención médica telefónica y presencial con médicos Generales, Ginecólogo y Pediatra, así como servicios de laboratorios. Mediante la realización de una llamada se organizará la logística necesaria para la prestación del servicio. Sujetándose para ello a las condiciones estipuladas en el presente anexo.

ASESORIA MEDICA TELEFONICA.

Asistencia de consultas médicas telefónicas ilimitadas las 24 Horas, los 365 días del año, con médico General para el asegurado y sus dependientes registrados, coordinado a través del número de la cabina de asistencia indicado en el presente anexo.

CONSULTAS MÉDICAS

La Asistencia cuenta con consultas médicas presenciales ilimitadas para el asegurado o sus dependientes registrados con los siguientes especialistas: Médico General, Ginecólogo y Pediatra.

Los servicios de pediatría serán proporcionados, cuando así lo requieran los dependientes registrados menores de trece (13) años de edad.

La coordinación de citas médicas con médico General, Ginecólogo o Pediatra deben espaciarse con 48 horas de ser requeridas con un médico de la misma especialidad.

EXAMENES DE LABORATORIO

Se brinda cobertura para aquellos exámenes de laboratorio que sean indicados por los médicos de la red proveedora y coordinados a través del teléfono indicado en este documento en la sección de procedimiento para la prestación del servicio.

Los exámenes de laboratorio tienen un máximo de hasta tres eventos al año por persona asegurada y dependiente.

Los exámenes de laboratorio que cuentan con cobertura de esta asistencia son los siguientes: Examen completo de orina, cultivo de orina, examen completo de heces, glucosa pre, glucosa post y hematología completa. Adicional se incluye 1 examen de Papanicolaou al año para la asegurada o la esposa del asegurado.

PRECIOS ESPECIALES

Cuando el asegurado necesite servicios médicos adicionales no incluidos en el servicio indicado anteriormente, como por ejemplo, exámenes de laboratorio adicionales, radiografías, ultrasonidos, o consultas y tratamientos con especialistas odontológicos, oftalmológicos, cirugías, o en los casos donde sea necesario la intervención de médicos especialistas, tales como anesthesiólogos, cardiólogos, cirujanos, cirujanos de colon y recto, coló-proctólogos, dermatólogos, endocrinólogos, fisioterapistas, gastroenterólogos, ginecólogos, hematólogos, internistas, nefrólogos, neumólogos, neurocirujanos, nutricionistas, obstetras, oncólogos, otorrinolaringólogos, patólogos, proctólogos, psicólogos, reumatólogos, traumatólogos, urólogos y otros especialistas no mencionados, los asegurados tendrán derecho a que se les brinde precios especiales que ya han sido negociados con proveedores de la red coordinados a través del procedimiento para la prestación del servicio del presente anexo. Adicional se cuenta con precios con descuento para exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas con proveedores de la red.

PROCEDIMIENTO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO: Para utilizar los servicios de Asistencia es condición indispensable que en caso de necesitar la asistencia de salud se siga el siguiente procedimiento:

- A. Llamar al teléfono de cabina 2317-8430, para solicitar el servicio de la asistencia médica.
- B. El asegurado o dependiente procederá a suministrar al momento de la llamada telefónica, los siguientes datos para identificarlo como afiliado:
 - a. Nombre completo del Asegurado o dependiente
 - b. Número de Póliza y Certificado
 - c. DPI del asegurado
- C. Indicar el servicio de asistencia que desea utilizar.
- D. El servicio de consultas médicas telefónicas está disponible 24 horas y los 365 días del año.
- E. Las consultas médicas presenciales se coordinarán de acuerdo a la disponibilidad del médico especialista de la red en horas hábiles, de lunes a viernes de ocho de la mañana a seis de la tarde y los días sábados de ocho de la mañana a doce del mediodía.
- F. La atención de exámenes de laboratorios se coordinarán de acuerdo a la disponibilidad de los centros de diagnóstico de la red en horas hábiles, de lunes a viernes de ocho de la mañana a cinco de la tarde y los días sábados de ocho de la mañana a doce del mediodía.

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.

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 aplicaran 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 recisión 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 perdiera 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.

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