

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

CLÁUSULA 1: CONTRATO

Estas Condiciones Generales, la Solicitud, el Consentimiento, la Declaración de Salud, el Certificado Individual, la Carátula de la Póliza 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 Ficohsa Seguros, S.A. (en adelante denominada la Aseguradora).

CLÁUSULA 2: ESTIPULACIÓN LEGAL

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

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

CLÁUSULA 3: OBJETO DEL SEGURO

Mediante este Seguro la Aseguradora se compromete a cubrir 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:

4.1 Accidente

Toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el Asegurado, independientemente de cualquier otra causa por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.

4.2 Año Calendario

Al período de doce (12) meses consecutivos que comienza en el día 01.01 del año de vigencia de la Póliza y termina el 31.12 del año de vigencia de la Póliza.

4.3 Asegurado

A la persona individual que a solicitud del Contratante y que perteneciendo al Grupo Asegurable queda cubierta por este seguro de Gastos Médicos Colectivo.

4.4 Beneficios

A los servicios médicamente necesarios, suministros, cuidados o tratamientos, que por causa de una enfermedad o lesión son prescritos, realizados u ordenados por un médico y/o un proveedor de servicio médico.

4.5 Cirugía

A una forma de diagnóstico invasivo, o al tratamiento de una enfermedad o lesión mediante técnicas manuales o instrumentales realizadas por un médico, mientras el paciente se encuentra bajo los efectos de anestesia local o general.

4.6 Cobertura

Al conjunto de beneficios descritos en esta Póliza.

4.7 Contratante

En el texto de esta Póliza, se entenderá como Contratante a la persona individual o jurídica que celebra y mantiene un Contrato de seguro colectivo con la Aseguradora, con el fin de asegurar a un Grupo Asegurable.

4.8 Contributivo

El término Contributivo significará que, para obtener los beneficios de este Seguro, el miembro del Grupo deberá aportar una parte o la totalidad de la prima fijada y el término No Contributivo significará que el Seguro es sin costo alguno para el miembro del Grupo y el Contratante aporta el total de la prima.

4.9 Convivientes

A las parejas que no estén casadas ni declaradas unidas legalmente, quienes vivan y compartan una vida en común. Deben cumplir las siguientes condiciones: ser ambos mayores de dieciocho (18) años de edad y compartir la misma vivienda al menos por doce (12) meses consecutivos, todo lo cual deberá demostrarse fehacientemente a satisfacción de la Aseguradora.

4.10 Cónyuge

A la persona con quien el Asegurado ha contraído matrimonio, válido en la jurisdicción donde se efectuó dicho matrimonio, y por las leyes guatemaltecas.

4.11 Deducible

Es la cantidad que un asegurado y/o sus dependientes debe de cubrir de los gastos médicos elegibles bajo la Póliza, para que la cobertura empiece a ser pagadera y en ningún caso será reembolsable por la aseguradora.

4.12 Enfermedad

Se entenderá por enfermedad, toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

4.13 Gastos Médico Razonable y Acostumbrado

Significará un gasto por atención médica debido a lesión o enfermedad, el cual se considere justo y hasta el límite acostumbrado, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad en que es suministrado.

4.14 Grupo Asegurable

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

4.15 Grupo Asegurado

Al conjunto de personas que, satisfaciendo las características del Grupo Asegurable, están cubiertas por este Contrato de seguro colectivo.

4.16 Hospital

El término "Hospital" significa, para los efectos de esta Póliza, una institución organizada de acuerdo con la ley, que cuenta con instalaciones para proporcionar servicios a personas enfermas o heridas, inclusive instalaciones para diagnóstico y cirugía, que brinda atención durante veinticuatro (24) horas diarias bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras, legalmente autorizados para ejercer.

Los asilos de ancianos, los hogares para convalecientes y enfermos crónicos y las casas de reposo no se consideran hospitales.

4.17 Hospitalización

Significará la reclusión de una persona que esté registrada como paciente en un hospital según se definió anteriormente, por lo cual incurra en un gasto diario por concepto de cuarto y alimentación.

4.18 Incapacidad

Significará una enfermedad o lesión corporal por accidente que necesite tratamiento por un médico autorizado. Todas las enfermedades o lesiones corporales accidentales que ocurran simultáneamente o sean ocasionadas o debidas a las mismas causas o causas similares, serán consideradas como una sola incapacidad. Si una incapacidad es debida a causas que son las mismas o similares a las causas de una incapacidad anterior (incluyendo complicaciones que resultaren de ella), la incapacidad será considerada como una continuación de la incapacidad anterior y no como una nueva y diferente incapacidad.

4.19 Participación del Asegurado (Coaseguro)

Es el porcentaje de los gastos médicos elegibles que corresponde pagar al Asegurado y que no son reembolsables en ningún momento por esta Póliza.

4.20 Límite de Participación del Asegurado (Límite de Coaseguro)

Es el límite máximo a pagar por parte del Asegurado por concepto de Participación del Asegurado, durante un año calendario.

4.21 Médico

Designa únicamente a un doctor o cirujano titulado en medicina o su equivalente, que esté legalmente establecido y autorizado en el país donde presta sus servicios.

4.22 Operación Quirúrgica

(1) Operación con incisión, (2) la sutura de una herida, (3) el tratamiento de una fractura, (4) la reducción de una luxación, (5) radioterapia (excluyendo terapia con isótopos radioactivos si se utilizan en lugar de la extracción quirúrgica de un tumor), (6) electro cauterización, (7) procedimientos endoscópicos para diagnóstico o terapia,

4.23 Padecimiento Pre-existente. Es aquella cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura de seguro, independientemente de que la persona haya o no tenido conocimiento del diagnóstico, y/o que exista un diagnóstico médico previo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido.

4.24 Padecimiento Congénito

A cualquier enfermedad, defecto físico, trastorno orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirida en forma hereditaria o que estaba presente en el momento del nacimiento, independientemente de que sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste posteriormente.

4.25 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 Aseguradora requiera, para conocer el estado de salud de una persona que solicite su inclusión en la Póliza.

4.26 Suma Asegurada: para efectos de esta Póliza se denominará como Máximo Vitalicio o el monto máximo estipulado para cada beneficio.

CLÁUSULA 5: COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

La Aseguradora reembolsará al Asegurado y/o Dependientes Asegurados los gastos médicos incurridos, que sean razonablemente necesarios, acostumbrados y a consecuencia de lesión corporal y accidental o por tratamiento médico de una enfermedad. Los beneficios amparados en esta Póliza son los estipulados en el Cuadro de Coberturas de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual que forman parte de esta Póliza. Cualquier beneficio para el cual no aparezca cantidad alguna en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual anotadas por la Aseguradora, indicará que tal beneficio no está cubierto por la Póliza.

El término **Gastos Médicos** significa: los gastos en que incurra un Asegurado por razón de enfermedad o accidente, de acuerdo con las condiciones estipuladas por esta Póliza. Tales gastos deben ser por concepto de tratamiento, servicios y medicamentos ordenados por un médico colegiado, y siempre que no estén excluidas expresamente en la Cláusula 8 “Exclusiones” de estas Condiciones Generales. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado, o que sean cargados por persona o institución que por su naturaleza o relación con el Asegurado no acostumbre o deba hacer tales cargos. Ni se pagará gasto alguno en exceso de la cantidad que usualmente se acostumbra reconocer por el servicio o medicamento de que se trate. Se considerará que un gasto cubierto está incurrido en la fecha de suministro del servicio o de la compra de las medicinas.

CLÁUSULA 5.1: BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN

Si un Asegurado incurre en gastos que requiera reclusión en un hospital, los gastos cubiertos incluirán cargos hechos por:

1. Atención hospitalaria por habitación privada, semiprivadas durante su internamiento recomendado y aprobado por un médico autorizado, pero sin exceder el beneficio máximo diario estipulado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2. Todos los cargos razonables y acostumbrados hechos por otros servicios médicos, así como medicamentos suministrados por el hospital durante su internamiento y que sean necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado.
3. Anestesia y administración en un hospital.
4. Servicio de ambulancia terrestre para el transporte al hospital local más cercano donde pueda ser suministrado el tratamiento, siempre y cuando no excedan del límite establecido en la Carátula de la Póliza y /o Certificado Individual.

CLÁUSULA 5.2: BENEFICIOS DE HONORARIOS DE CIRUGÍA Y HONORARIOS POR ANESTESIA

1. Los Honorarios del médico por cirugía y tratamiento médico, conforme lo razonablemente necesario y acostumbrado.
2. Cuando efectuado un procedimiento quirúrgico, otro sea necesario incidentalmente y deba ser practicado a través de la misma incisión o en el mismo orificio natural del cuerpo o en el mismo campo operatorio, el pago será únicamente por el procedimiento mayor.
3. El valor del beneficio de Cirugía incluye los honorarios por consultas normales preoperatorias, investigación y preparación del paciente Asegurado, el procedimiento operatorio, el cuidado total post-operatorio prestado por el cirujano, mientras el Asegurado esté recluido en el hospital y el cuidado por convalecencia subsiguiente a la salida del hospital.
4. Honorarios médicos por servicios dentales suministrados por un médico, dentista o cirujano dental, legalmente apto para ejercer tal profesión, por el tratamiento de lesiones accidentales ocurridas durante la vigencia de esta Póliza, causadas a los dientes naturales por medios externos y violentos, dentro de los seis (6) meses subsiguientes al accidente.
5. Los honorarios de médicos anestelistas, conforme a lo razonablemente necesario y acostumbrado.

CLÁUSULA 5.3: BENEFICIOS AMBULATORIOS

La Aseguradora reembolsará al Asegurado:

1. Los gastos incurridos por el Asegurado como paciente externo del hospital, así como cuentas por servicios clínicos, inclusive exámenes de diagnóstico, laboratorio y radiología.
2. Los honorarios por servicios privados de enfermería, fuera de hospital, suministrados por una enfermera graduada que no tenga ninguna clase de parentesco con el Asegurado ni resida en el

hogar del mismo Asegurado, siempre y cuando sea a consecuencia de una incapacidad por la cual el Asegurado se encontrase recluido y durante su reclusión el médico tratante recomendaré la asistencia de una enfermera especial, sujeto a los máximos establecidos en la Carátula de la Póliza.

CLÁUSULA 5.4: BENEFICIOS POR VISITAS MÉDICAS

Los gastos por Consultas o visitas médicas proporcionado por un médicos en su clínica particular o en la casa del Asegurado, necesarias a consecuencia de enfermedad o accidente cubierto bajo la Póliza.

CLÁUSULA 5.5: OTROS BENEFICIOS

La Aseguradora reembolsará los gastos en que el Asegurado incurre por concepto de los servicios y medicamentos siguientes:

1. Drogas y medicinas adquiridas, contra receta médica, en una droguería o farmacia autorizada.
2. Gastos por transfusiones de sangre y plasma sanguíneo.
3. Gastos originados por consumo de oxígeno.
4. Gastos de análisis de laboratorio, o de estudios de rayos X, ultrasonido, resonancia magnética, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para el diagnóstico o tratamiento de la incapacidad.
5. Alquiler de silla de ruedas, muletas, cama de hospital.
6. Gastos originados por tratamiento de quimioterapia, radio o de terapia radiactiva.

CLAÚSULA 6: COBERTURA MATERNIDAD Y CONTROL DEL NIÑO SAÑO

CLÁUSULA 6.1: MATERNIDAD

Mediante el pago de una prima adicional y siempre que esté indicado en el Cuadro de Coberturas de la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual, quedará cubierto:

Maternidad, con un período de espera de once (11) meses, para Aseguradas Titulares y o cónyuges o convivientes dependientes del Asegurado Titular, limitado a parto normal u operación cesárea, hasta el límite máximo estipulado en el Certificado Individual y recién nacidos.

Cubre los gastos incurridos por tratamientos pre-natales y post-natales; Hospitalización: Honorarios del Médico o Cirujano que realizó el Procedimiento Quirúrgico; exámenes de diagnóstico, Laboratorios y Medicamentos, ocasionados exclusivamente por la Asegurada Titular o la Cónyuge del Asegurado Titular. Cubre a Aseguradas empleadas solteras. No cubre Hijas Dependientes.

El pago por este Beneficio disminuye el Máximo Vitalicio Contratado.

CLÁUSULA 6.2: CONTROL DEL NIÑO SANO

Salvo pacto in contrario, y siempre que esté indicado en el Cuadro de Coberturas de la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual quedará cubierto el control pediátrico y vacunas, hasta el cumplimiento de los cinco (5) años, hasta el límite máximo establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual para este beneficio.

CLÁUSULA 7:

7.1 COBERTURA DE COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO

Salvo pacto en contrario, y siempre que esté indicado en el Cuadro de Coberturas de la Carátula de la Póliza y Certificado Individual quedará cubierto los gastos erogados por las complicaciones del recién nacido hasta el límite máximo establecido en el Cuadro de Coberturas de la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual para este beneficio.

La complicación del recién nacido cubre tratamientos suministrados al recién nacido antes de salir del hospital por enfermedad contraída después del nacimiento,. Este beneficio aplicará si la madre ha estado asegurada bajo el beneficio de maternidad y el parto sea cubierto por la Póliza. Se cubren casos únicamente en personas nacidas dentro de la cobertura de la Póliza.

Se pagarán gastos por reclusión hospitalaria al momento del parto, otorgando al recién nacido con complicaciones cobertura inmediata durante los primeros veintiocho (28) días de edad o hasta que el monto indicado en el Cuadro de Coberturas se agote; lo que suceda primero.

Se cubren gastos únicamente en personas nacidas dentro de la cobertura de la Póliza.

7.2 COBERTURA DE CONDICIONES CONGENITAS

Salvo pacto en contrario, y siempre que esté indicado en el Cuadro de Coberturas de la Carátula de la Póliza y Certificado Individual quedará cubierto los gastos erogados por Condiciones Congénitas hasta el límite máximo establecido en el Cuadro de Coberturas de la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual para este beneficio y una vez por maternidad.

Este beneficio aplicara únicamente a personas nacidas dentro dela cobertura de la Póliza y que la maternidad haya sido elegible.

CLÁUSULA 8: EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre gastos médicos resultantes de:

8.1 Padecimientos pre-existentes a la fecha en que se inicia la vigencia de esta Póliza con respecto a cada Asegurado. Pre-existencia es una enfermedad cuyos síntomas aparecieron antes de que la cobertura del Asegurado y/o sus Dependientes cobrara vigencia y un

accidente es Pre-existente si ocurrió antes de que la cobertura del Asegurado cobrara vigencia. Los padecimientos congénitos también se consideran como pre-existentes.

Las exclusiones a que se refiere el párrafo anterior no serán aplicables después del número de días de cobertura continua sin incurrir en gastos médicos por tales incapacidades, indicados en el Cuadro de Coberturas de la Carátula de la Póliza y Certificado Individual, siempre y cuando los padecimientos pre-existentes o congénitos hayan sido declarados previa a la entrada en vigencia de la cobertura correspondiente y no le hayan sido excluidos expresamente de tal cobertura.

8.2 Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueren sus manifestaciones clínicas.

8.3 Afecciones propias del embarazo, abortos, amenaza de aborto, partos prematuros o partos normales o anormales, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio excepto las consignadas a continuación:

8.3.1 Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazo extrauterino (ectópico).

8.3.2 Los estados de fiebre puerperal.

8.3.3 Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica.

8.4 Gastos relacionados con maternidad de cualquier hija dependiente.

8.5 Padecimientos que resulten a consecuencia de alcoholismo o toxicomanía, drogadicción o cualquier vicio y/o su tratamiento.

8.6 Tratamiento dental, alveolares o gingivales, excepto cuando sean a consecuencia de un accidente que ocurra mientras la persona se encuentra asegurada, y que el tratamiento sea suministrado dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a tal accidente. La presente exclusión no aplicará cuando haya sido solicitada e incluida dicha cobertura por medio del cobro de la prima adicional y se haga constar por medio de un anexo emitido para tal efecto.

La cirugía maxilofacial en general, la Cirugía Ortognatica para el tratamiento de las Hiperplasias, Hipoplasias del maxilar superior e inferior, la disfunción de la articulación temporomandibular, así como todas las anomalías congénitas, hereditarias o adquiridas durante el crecimiento. También se excluye cualquier tratamiento relacionado directa o indirectamente con ortodoncia.

8.7 Intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad ocurrida durante la vigencia de esta Póliza.

8.8 Todos los gastos por tratamiento médico o quirúrgico prestados al Asegurado y/o Dependientes como consecuencia de no poder concebir por medios naturales, control natal, menopausia, obesidad, bajo peso, talla corta, acné, impotencia sexual, calvicie, apnea del sueño así como cualquiera de sus manifestaciones y/o complicaciones.

8.9 Tratamientos médicos y/o quirúrgico de cualquier tipo para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratómetros, queratoplastia, queratotomía radial, y tratamientos similares para corregir la visión . Exámenes rutinarios de la vista anteojos, lentes de contacto.

8.10 Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos y los quirúrgicos no aceptados por la ciencia médica o procedimientos naturales, incluyendo medicina natural, medicina alternativa, homeopática y acupuntura y todos aquellos de carácter experimental.

8.11 Curas de reposo o convalecencia, curas en custodia, períodos de cuarentena o aislamiento, honorarios por reconocimientos médicos o chequeos generales, exámenes de laboratorio o de diagnóstico que no estén relacionados, ni sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad.

8.12 Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en sanatorio u hospital.

8.13 Lesiones que el Asegurado y/o Dependientes sufra en servicio militar de cualquier clase: actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución, motín, huelgas, conmoción civil, terrorismo y energía nuclear.

8.14 Los gastos que sean a consecuencia de riña o actos delictuosos en que participe directamente el Asegurado y/o Dependientes como actor, homicidio intencional, suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

8.15 Lesiones que el Asegurado y/o Dependientes sufra cuando viaje como ocupante de cualquier automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, incluyendo motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor. Tampoco cubre esta Póliza, las lesiones que sufra el Asegurado y/o Dependientes a

consecuencia de la práctica de alpinismo, paracaidismo, clavado aéreo o cualquier tipo de deporte de aviación como parapente o velideltismo.

8.16 Lesiones que el Asegurado y/o Dependientes sufra cuando viaje como piloto, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio regular de pasajeros.

8.17 Reembolso de Gastos Médicos, Hospitalarios o Quirúrgicos prestados al Asegurado y/o Dependientes en virtud de cualquier ley de Seguro Social u otra prestación a que tenga derecho el Asegurado y/o Dependientes, directa o indirectamente. Sin embargo, el Asegurado y/o Dependientes voluntariamente puede desistir de cualquier programa.

8.18 Todos los gastos en que incurra el Asegurado y/o Dependientes debido a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en exceso del máximo indicado en el Cuadro de Coberturas de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual

8.19 Lesiones deportivas cuando éstas ocurran mientras el Asegurado y/o Dependientes las realice con calidad de profesional o federado.

8.20 En general todos los gastos que no sean necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado y/o Dependientes incluyendo servicios de peluquería y barbería, compra o alquiler de equipos para la comodidad personal como aire acondicionado, calefacción, deshumidificadores, humidificadores, vaporizadores, televisores, radio, equipos para hacer ejercicios y similares.

8.21 Gastos de Televisión, teléfono, bolsa de ingreso al hospital, banda de identificación, accesorios higiénicos, ropa o accesorios, pañales para bebe y/o adulto, shampoo, estuches para presión arterial, colchones antialérgicos, almohadas ortopédicas, glucómetro, y cualquier accesorio que no sea para la recuperación de la salud.

CLÁUSULA 9: CONCURRENCIA DE COBERTURAS

Los beneficios descritos en estas Condiciones Generales no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el cual cualquier Asegurado pueda estar cubierto. Cuando algún Asegurado esté cubierto también por otras Pólizas que contengan las mismas coberturas que las del presente Contrato, los beneficios del mismo se reducirán a una cantidad igual al complemento que resulte para que el pago total de las indemnizaciones conjuntas sea igual al 100% de los beneficios aquí estipulados. Si únicamente esta Póliza estipula la concurrencia de beneficios, los beneficios serán pagaderos primeramente por todos los demás planes concurrentes. Si el Asegurado goza de beneficios similares a los aquí descritos e incurre en gastos médicos, la forma de pago será como sigue:

9.1 El plan que cubra al Asegurado Principal como miembro del Grupo determinará sus beneficios con prioridad a cualquier plan que cubra a dicha persona como Dependiente.

9.2 La persona que esté asegurada como Dependiente de forma simultánea en dos Pólizas distintas se dará prioridad a la Póliza cuyo Asegurado Principal sea hombre.

9.3 Si de los dos anteriores Incisos no se pudiere establecer un orden de prioridad, el plan que haya cubierto al Asegurado por más tiempo determinará los beneficios.

9.4 En caso de que los derechos o beneficios concurrentes sean provistos por una Póliza Individual de Seguro, el seguro individual determinará los beneficios.

CLÁUSULA 10: PAGO DE PRIMA Y PERÍODO DE GRACIA

El Contratante, en representación del Grupo asegurado, debe pagar a la Aseguradora 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 de treinta días (30), según aplique, sin necesidad de declaratoria judicial ni de aviso de cancelación, y la Aseguradora quedará relevada de cualquier responsabilidad.

CLÁUSULA 11: DETERMINACIÓN DE PRIMAS POR PAGAR

La prima que debe pagarse por los beneficios proporcionados por esta Póliza se determinará multiplicando el número de participantes en cada tipo de clasificación por la tarifa correspondiente. El total de las sumas así calculadas constituirá la prima, la cual deberá pagarse anticipadamente en el primer día hábil del mes.

Los ajustes que resulten a las primas por cualquier cambio en el tipo de clasificación de un miembro Asegurado, se harán efectivos en la fecha del cambio, si ésta coincide con la fecha de vencimiento de primas; si no, en la fecha subsiguiente de vencimiento de primas

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 tarifa 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.

Cuando la prima es No Contributiva, es decir que los miembros del Grupo no aporten para cubrir la prima, el Grupo asegurado deberá estar formado por la totalidad del Grupo Asegurable.

Cuando la prima es Contributiva debe asegurarse como mínimo el 75% del Grupo Asegurable. En ningún caso el Grupo asegurado debe estar formado por menos de diez (10) personas.

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 12: LÍMITES DE EDAD Y EDAD INEXACTA.

La Aseguradora no aceptará el ingreso a esta Póliza de ninguna persona mayor de la edad de terminación especificada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual. En los casos de renovación, la Póliza podrá estar en vigor hasta un límite de edad, establecido en la Carátula.

Si a consecuencia de la inexacta declaración, la edad real del Asegurado al tiempo de la celebración o en su caso, de la renovación del Contrato del Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente Póliza quedarán nulos y sin ningún valor para con el Asegurado y la Aseguradora reintegrará al Contratante la totalidad de la prima, menos los Gastos de Emisión que hubiere pagado por el Asegurado.

La Aseguradora se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados.

CLÁUSULA 13: OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

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

CLÁUSULA 14: GRUPO ASEGURABLE Y GRUPO ASEGURADO

Se entenderá por Grupo Asegurable el grupo que está constituido por todas las personas que pertenezcan formalmente al grupo al que representa el Contratante y que reúnan todos los requisitos para ser asegurados mediante esta Póliza. El Grupo asegurado lo integran personas que perteneciendo al Grupo Asegurable y que habiendo dado su Consentimiento, aparecen inscritos en el Registro de Asegurados que forma parte de esta Póliza.

Los miembros que ingresan al Grupo Asegurable posteriormente a la celebración del Contrato y que hubieran presentado a la Aseguradora su Consentimiento dentro de los treinta (30) días calendario siguiente de su fecha de elegibilidad estipulada en la Carátula de la Póliza, quedarán Asegurados sin exigencias de asegurabilidad, si están en servicio activo.

La Aseguradora podrá exigir pruebas de asegurabilidad a los miembros del Grupo Asegurable que presenten su Consentimiento después de treinta (30) días calendario de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo asegurado. En este caso quedarán asegurados desde la fecha de aceptación por la Aseguradora.

CLÁUSULA 15: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Son obligaciones del Contratante:

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

El Contratante que concluya sus obligaciones para con el Grupo Asegurado, debe notificarlo por escrito a La Aseguradora, en un término que no exceda de quince (15) días, desde la fecha en que finalizaron sus obligaciones.

CLÁUSULA 16: ELEGIBILIDAD DE ASEGURADOS

Se refiere al número de días calendario estipulado en la Carátula de la Póliza ,contados a partir de la fecha en que un miembro pasa a formar parte del Grupo Asegurable, en que puede presentar su Consentimiento a la Aseguradora de Seguros para formar parte del Grupo asegurado, sin necesidad

de presentar pruebas de asegurabilidad. Trascurridos treinta (30) días calendario a partir del fin del periodo de elegibilidad, deberá suministrar pruebas satisfactorias de asegurabilidad y quedará a criterio de la Aseguradora la aceptación o no del miembro dentro del Grupo asegurado. También serán elegibles los miembros nuevos que cumplan con lo anterior desde la fecha de su ingreso al Grupo.

La clasificación de miembros elegibles se describe en la Descripción del Grupo Asegurado de la Carátula de la Póliza.

CLÁUSULA 17: ALTAS Y BAJAS DEL GRUPO ASEGURADO

17.1 Altas de Asegurados:

Cada miembro elegible que se encuentre en servicio activo con el Contratante y que haya llenado su Consentimiento, en el formulario aprobado por la Aseguradora, para adherirse al 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 Aseguradora en la fecha en que es elegible o antes, será asegurado desde dicha fecha de elegibilidad.
- b) Si el Consentimiento lo presenta a la Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora determina que dichas evidencias son satisfactorias, el miembro será asegurado a partir de la fecha en que la Aseguradora 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 Aseguradora podrá exigir pruebas de asegurabilidad satisfactorias, a toda persona que solicite su ingreso a la Póliza cuando así lo considere o si fuere mayor de 50 años de edad.

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

17.2 Terminación de la Cobertura Individual de un Asegurado:

El Certificado Individual 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 se cancela esta Póliza por cualquier causa.
- 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 Aseguradora, 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 Aseguradora la prima correspondiente al mes durante el cual causó la baja.

CLÁUSULA 18: DEPENDIENTES ELEGIBLES

El término “DEPENDIENTES” se referirá solamente a:

18.1 Cónyuge legítimo de un Asegurado, o el o (la) Conviviente, y se haya incluido como Dependiente en el Consentimiento.

18.2 Los hijos solteros del Asegurado, hijastros o hijos legalmente adoptados que estén comprendidos entre las edades especificadas en el Certificado Individual, a condición de que sean solteros y tengan el mismo domicilio permanente que el Asegurado y sean estudiantes a tiempo completo en una institución educativa acreditada. Dichos hijos deberán depender del Asegurado para su sostenimiento y estar registrados en los archivos del Contratante.

CLÁUSULA 19: DEPENDIENTES ASEGURADOS

Cualquier miembro Asegurado podrá incluir al Seguro a sus Dependientes elegibles:

19.1 En la fecha en que se asegura conforme esta Póliza siempre que en tal fecha tenga Dependientes conforme las estipulaciones de este Seguro, o

19.2 En el día en que por primera vez asuma responsabilidades por Dependientes que cumplan con las condiciones de esta Póliza.

Los miembros Asegurados conforme esta Póliza, que se encuentren en cualquiera de las situaciones indicadas en los Incisos (18.1) y (18.2) de la Cláusula anterior, pueden optar si se inscribirán o no para el Seguro de Dependientes.

Cuando un Asegurado decida inscribir a sus Dependientes para dicho Seguro, se obliga a declarar cualquier cambio posterior que ocurriere de tales Dependientes.

El Seguro para los Dependientes de un Asegurado entrará en vigor:

19.3 Si el Asegurado tiene uno o más Dependientes en la fecha efectiva de su Seguro, el Seguro de dichos Dependientes entrará en vigor en la misma fecha.

19.4 Si el Asegurado asume responsabilidad por uno o más Dependientes después de la fecha efectiva de su Seguro, tales Dependientes quedarán asegurados automáticamente en la fecha en que el Asegurado los declare y efectúe cualquier contribución aplicable que resulte del cambio, si lo hubiere, de su categoría de inscripción. Sin embargo, si la Solicitud es presentada después de un período de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que se asumió responsabilidad por uno o más Dependientes, éstos deberán presentar a la Aseguradora pruebas satisfactorias de buena salud. La Aseguradora se reserva el derecho de aprobar o rechazar dicha solicitud.

19.5 Si la Solicitud para el Seguro de Dependientes la hace el Asegurado vencido el plazo de treinta (30) días calendario, a que se refiere el numeral anterior o la hace después de que la cobertura individual hubiese terminado por falta de pago de la contribución requerida, estos deberán presentar a la Aseguradora pruebas satisfactorias de asegurabilidad. La Aseguradora se reserva el derecho de aprobar o rechazar dicha solicitud.

CLÁUSULA 20: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DE DEPENDIENTES

El Seguro de un Dependiente conforme esta Póliza terminará automáticamente en la fecha en que:

20.1 Termina el Seguro del Asegurado del cual es Dependiente, según esta Póliza.

20.2 El Dependiente Asegurado cese de ser elegible como Dependiente, conforme esta Póliza.

20.3 Se cancele esta Póliza por cualquier causa.

20.4 El Asegurado deje de pagar cualquier contribución a que esté obligado.

20.5 En la edad indicada en esta Póliza.

CLÁUSULA 21: EXTENSIÓN DE BENEFICIOS

No obstante las disposiciones de las Cláusulas 17.2 y 20 de las estas Condiciones Generales “Terminación de la cobertura individual de un Asegurado” y “Terminación de la cobertura individual de Dependientes”, respectivamente, los beneficios bajo el presente Contrato continuarán siendo pagaderos, siempre y cuando los gastos médicos incurridos correspondan a un siniestro originado antes de la fecha de terminación de la cobertura individual de un Asegurado o de un Dependiente. Sin embargo, esta extensión de beneficios será sólo por treinta (30) días calendario contado a partir de la fecha en que el Asegurado o Dependiente terminaron su cobertura.

CLÁUSULA 22: DEDUCIBLE Y PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO Y COPAGO

Todos los reembolsos sujetos a Deducible se harán después de aplicar la cantidad de deducible indicada en el Cuadro de Coberturas de la Carátula de la Póliza. Adicionalmente en los beneficios sujetos a la participación del Asegurado, participará en los gastos cubiertos con el porcentaje indicado como Participación del Asegurado establecido en el Cuadro de Coberturas de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

El Deducible se aplicará a los gastos médicos cubiertos por cada Asegurado durante un (1) año calendario. Los gastos cubiertos incurridos durante los meses de octubre, noviembre y diciembre, podrán ser utilizados para satisfacer el Deducible del siguiente año calendario. Se considera que los gastos están incurridos en la fecha de suministro del servicio o de la compra de las medicinas o artículos.

Adicionalmente, el Asegurado pagará por su cuenta, para cierta tipología de gastos incurridos con algunos de los proveedores de la red contratada por la Aseguradora. Estos copagos deberán ser claramente definidos y estipulados dentro del Cuadro de Coberturas de la Caratula de la Póliza y en el Certificado Individual.

CLÁUSULA 23: BENEFICIO MÁXIMO VITALICIO

El Beneficio Máximo Vitalicio es la suma asegurada que representa el límite de responsabilidad máximo de la Aseguradora por cada Asegurado y está indicado en el Cuadro de Coberturas de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual a que tiene derecho un Asegurado en concepto de reembolso durante toda su vida, el cual se irá agotando en la medida que se le hacen reembolsos pero que puede restituirse de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula 24 siguiente. No obstante de lo anterior, los Asegurados Dependientes podrán continuar asegurados después de que el Asegurado haya agotado su propio Beneficio Máximo Vitalicio.

CLÁUSULA 24: RESTABLECIMIENTO DEL BENEFICIO MÁXIMO VITALICIO

Si a consecuencia de los reclamos presentados, un Asegurado o Dependiente ha recibido en beneficios el 50% del Beneficio Máximo Vitalicio, la Aseguradora puede restablecer el Beneficio Máximo Vitalicio cuando haya permanecido como Miembro Asegurado ininterrumpidamente durante un mínimo de seis (6) meses y no haya incurrido en gastos médicos durante el mismo período y sujeto a que suministre a la Aseguradora la evidencia satisfactoria de asegurabilidad con certificación médica que no está imposibilitado por accidente o enfermedad para desempeñar cualquiera de sus ocupaciones habituales.

CLÁUSULA 25: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

25.1 Aviso de Siniestro

El aviso escrito de un caso sobre el cual pueda establecerse una reclamación deberá ser entregado prontamente a la Aseguradora, dentro de los treinta (30) días calendario siguiente de haber ocurrido.

25.2 Prueba de Reclamación

Al recibir tal aviso, la Aseguradora suministrará los formularios para la presentación de la prueba de reclamación. Los formularios deben llenarse y devolverse a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días calendario siguiente a la fecha de haber sido suministrados.

De conformidad con el Artículo 897 del Código de Comercio, la Aseguradora tendrá derecho a exigir del Asegurado, toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro, por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

Si el Asegurado Principal o el Dependiente no cumplen con las obligaciones de dar aviso del siniestro en los términos del Artículo 896 del Código de Comercio, la Aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que hubiere correspondido si el aviso se hubiere dado oportunamente, de conformidad con el Artículo 914 (Omisión de aviso) del mismo Código.

25.3 Exámenes

La Aseguradora tendrá el derecho y oportunidad, por medio de su representante médico, de examinar a la persona del Asegurado, cuando y tantas veces como lo crea necesario mientras esté pendiente de pago una reclamación según la presente Póliza; así mismo, en caso de muerte, se reserva el derecho y se le dará oportunidad de solicitar exámenes al cuerpo del Asegurado y de que se practique la autopsia o necropsia cuando la ley lo permita.

CLÁUSULA 26: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

26.1 Pago de Reclamación

Los beneficios serán pagaderos al Asegurado o a sus Beneficiarios según corresponda a la cobertura. La Aseguradora pagara conforme lo estipulado en el artículo 34 de la ley de la actividad aseguradora.

26.2 Procedimientos Legales

Ninguna acción legal podrá ser presentada contra la Aseguradora para lograr el pago de una reclamación, a menos que haya transcurrido un término mayor de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha en que la prueba de reclamación haya sido suministrada de acuerdo con los requisitos de la Póliza. Tampoco podrá presentarse ninguna acción legal después de transcurridos dos (2) años contados desde la fecha del acontecimiento que dio origen a la reclamación.

CLÁUSULA 27: AGRAVACIÓN DEL RIESGO

En caso de que se verificara una agravación del riesgo del grupo asegurado, al recibirse la notificación respectiva por parte del Contratante (quien tendrá la obligación de reportar cualquier agravación de riesgo en las actividades del personal Asegurado), la Aseguradora podrá ajustar la prima de seguro, previo acuerdo mutuo y aceptación escrita por parte del Contratante. El incremento de prima se hará efectivo:

- a. A partir del primer día del mes siguiente a la notificación de agravación de riesgo efectuada por el Contratante.
- b. En la fecha de renovación de la Póliza, si así lo considerara oportuno la Aseguradora y así lo hubiera convenido con el Contratante.

CLAUSULA 28: SUBROGACIÓN

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 caso de que, sin haber sido intencional el siniestro, el obligado al resarcimiento fuese el cónyuge, un ascendiente o un descendiente del Asegurado. Si el daño fuese indemnizado solo en parte, la Aseguradora podrá hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente. 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.

CLÁUSULA 29: NOTIFICACIONES

Las solicitudes de rehabilitación de esta Póliza, cambio de forma de pago de la prima y en general, toda clase de avisos, notificaciones e informaciones que se relacionen con este Contrato de Seguro,

deberán ser enviadas directamente por el Contratante y, si fuera el caso, este lo hará del conocimiento de los Asegurados, a las oficinas centrales de la Aseguradora en la Ciudad de Guatemala.

En consecuencia, queda entendido que los Intermediarios de Seguros de la Aseguradora no están autorizados para recibir comunicaciones de ninguna clase.

CLÁUSULA 30: RENOVACIÓN

Esta Póliza se considerará renovada, por período de un (1) año, si dentro de los últimos treinta (30) días calendario de vigencia de cada período, alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito, de su voluntad de darla por terminada. El pago de la prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Aseguradora, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación los Asegurados cuya edad, a la fecha en que se produce la renovación, estén fuera de los límites establecidos en esta Póliza.

CLÁUSULA 31: TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA Y REHABILITACIÓN

Esta Póliza terminará automáticamente al vencimiento del período de gracia de cualquier prima, excepto la primera, la cual deberá ser pagada en la fecha en que se presente la Solicitud de Seguro, de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 10 " Pago de Prima y Periodo de Gracia" de las Condiciones Generales de la presente Póliza.

Si en cualquier aniversario de la Póliza o en cualquier fecha posterior de vencimiento de primas, los Asegurados conforme esta Póliza son: a) menos de diez (10) en número o (b) son menos del 75% de aquellos que originalmente fueron elegibles para el Seguro, la Aseguradora podrá dar por terminada esta Póliza, previo aviso escrito al Contratante, con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha en que deba surtir efecto la mencionada terminación.

Esta Póliza no aplica la rehabilitación.

CLÁUSULA 32: PRESCRIPCIÓN

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

Si el Beneficiario 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 del Asegurador.

CLÁUSULA 33: MONEDA

Todos los pagos hechos por el Contratante y/o Asegurado deben ser ejecutados en la moneda pactada en la Carátula de la Póliza, sin necesidad de requerimiento o cobro alguno.

CLÁUSULA 34: TERRITORIO

Los gastos médicos cubiertos por esta Póliza son en territorio centroamericano o mundial, conforme lo indicado en el Cuadro de Coberturas de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

CLÁUSULA 35: PROCEDIMIENTO PAR LA RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

El Contratante, el Asegurado, el (los) Beneficiario (s) y la Aseguradora, 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 de Seguro.

CLÁUSULA 36: JURISDICCIÓN:

La legislación aplicable a la presente póliza se regirá bajo la legislación de la República de Guatemala.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1341-2017 del veintinueve de noviembre de dos mil diecisiete.