



Compañía de Seguros, S.A.

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE CÁNCER Y/O ENFERMEDADES GRAVES COLECTIVO

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA.- CONSTITUCIÓN DEL CONTRATO

Estas condiciones generales, la solicitud, la Carátula de la Póliza, el Consentimiento Individual, el Certificado Individual, y los Anexos que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen, previa aceptación del Asegurado, constituyen el contrato entre el Contratante y ASSA Compañía de Seguros, S.A. (en adelante denominada la Aseguradora).

CLÁUSULA SEGUNDA.- ESTIPULACIÓN LEGAL

El Contratante y el Asegurado, al recibir esta Póliza deben cerciorarse que concuerde con la Solicitud presentada 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"***.

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

CLÁUSULA TERCERA.- RENOVACIÓN

El Contrato podrá renovarse por mutuo consentimiento de las partes, por períodos anuales consecutivos y bajo las condiciones en que se convenga, siempre que el Asegurado lo solicite por escrito, dentro de los 30 días calendario antes del vencimiento, lo acepte la Aseguradora y se paguen las primas correspondientes.

CLÁUSULA CUARTA.- DEFINICIONES

Para efectos de la presente póliza se entenderá por:

Accidente: Al evento súbito, inesperado y específico que produzca al Asegurado una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (excepto en el caso de ahogamiento o lesión interna revelada por examen médico) o que le produce un daño físico, siempre que dicho evento sea producido por la acción directa o violenta de causas externas.

**ASISA**

Compañía de Seguros, S.A.

Asegurado: A la persona individual mayor de dieciocho (18) años de edad y menor de sesenta y cinco (65) años de edad, que reside en la República de Guatemala, y que queda cubierta por este seguro a solicitud del Contratante y conforme a su Consentimiento Individual.

Beneficiario: Al Asegurado, quien, en vida será el único Beneficiario de la Póliza o a sus beneficiarios designados en caso de su fallecimiento.

Biopsia: La remoción de tejido vivo del cuerpo para la realización de un examen detallado, análisis microscópico o de diagnóstico.

Caratula de la Póliza: Al documento que muestra los beneficios de la cobertura y las condiciones particulares que el Contratante de la Póliza ha adquirido con la Aseguradora.

Contratante: A la persona individual o jurídica que celebra y mantiene la presente póliza seguro colectivo con la Aseguradora, con el fin de asegurar un grupo elegible.

Diagnóstico: A la conclusión definitiva realizada por un médico basada en pruebas concretas, bajo la definición de una enfermedad crítica particular, o en ausencia de pruebas específicas, basada en estudios radiológicos, clínicos, histológicos o pruebas de laboratorio aceptables para la Aseguradora. Todo diagnóstico debe ser respaldado o certificado por un médico designado por la Aseguradora, quien podrá basar su opinión en la evidencia médica presentada por el asegurado o cualquier evidencia adicional requerida.

Enfermedad: A la condición física caracterizada por una desviación fisiológica del estado saludable normal.

Enfermedad grave: A cualquier condición médica especificada en las condiciones generales de la Póliza, cuyo diagnóstico se haya realizado en una fecha posterior al período de espera.

Evidencia Patológica: Se refiere a toda la documentación y resultados de exámenes que demuestren el diagnóstico positivo. Para que dicha documentación o evidencia patológica sea aceptada bajo los términos de esta póliza, la misma debe contener la fecha (mes, día y año) y ser firmada y sellada por un médico especialista para la interpretación y lectura. Un diagnóstico de cáncer o de enfermedad grave sin las pruebas correspondientes no será considerado como evidencia válida para la sustentación del reclamo.

Fecha efectiva de la Póliza: A la fecha en que entran en vigor las coberturas después del período de espera.

Grupo asegurable: Es el 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.

Grupo asegurado: Es el conjunto de personas que satisfaciendo las características del grupo asegurable, están cubiertas por esta póliza de seguro colectivo.

Guerra: La guerra es un conflicto, generalmente armado, en el que intervienen dos o más partes. Se aplica a una lucha o enfrentamiento armado entre países o grupos de personas, los cuales incluyen guerra civil, revolución e invasión.



Compañía de Seguros, S.A.

Lesión: Al daño físico identificable en el cuerpo de la persona asegurada que es causado por un accidente única e independientemente de cualquier otra causa y no resultado de enfermedad (es).

Médico: Al profesional de la medicina debidamente titulado y autorizado para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios.

Metástasis: Es el proceso de propagación o transferencia de células cancerosas de un órgano o tejido a otro, localizado fuera del tumor primario.

Miembro de la familia inmediata: A toda persona que sea hermano(a), cuñado(a), hijo(a), nieto(a), abuelo(a), sobrino(a), padre, madre, padrastro, madrastra, cónyuge del asegurado.

NSTEMI: Infarto al miocardio sin elevación del segmento ST.

Periodo de espera: Al número de días indicados en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual dentro del cual no operan las coberturas.

Certificado Individual: Al documento que muestra los beneficios de la cobertura y las condiciones particulares que el Contratante de la póliza ha adquirido con la Aseguradora.

SIDA: El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Este término se aplica a los estadios más avanzados de la infección por el Virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.

El VIH infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando no puede cumplir su función natural de lucha contra las infecciones y enfermedades.

Sitio Primario: Se refiere al lugar donde el primer cambio maligno tuvo lugar relacionado con ese cáncer en particular.

Suma Asegurada: Al monto de beneficio contratado e indicado en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual, y es el valor máximo a pagar por una o varias enfermedades que sean diagnosticadas de manera concurrente.

CLÁUSULA QUINTA.- COBERTURAS

La Aseguradora se compromete a pagar al Asegurado o Beneficiario las cantidades expresamente señaladas en la Carátula de la presente Póliza, conforme las coberturas allí señaladas, en caso que a la persona designada como Asegurado le sea diagnosticada por primera vez, durante la vigencia del contrato de seguro, Cáncer y/o alguna de las enfermedades graves que a continuación se señalan, en los términos y condiciones previstos para cada enfermedad y hasta la suma asegurada estipulada expresamente en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual.

Para efecto de Cáncer y de todas las enfermedades graves, será necesario que:

1. El Asegurado sufra de Cáncer y/o de una enfermedad grave mencionada y definida en esta Póliza.



2. El Diagnóstico se haga por primera vez durante la vigencia de la póliza y posterior al período de espera.
3. La póliza haya estado vigente desde su fecha efectiva.
4. Los malestares o síntomas, hayan iniciado después del período de espera durante la vigencia de la póliza.
5. La persona asegurada sobreviva por un tiempo mayor al período de sobrevivencia establecido, posterior al diagnóstico de la enfermedad.

Si la condición No. 4 indicada arriba no se cumple, la Aseguradora devolverá a la persona asegurada todas las primas pagadas bajo esta Póliza hasta un máximo de doce (12) meses de prima sin intereses y la Aseguradora estará libre de responsabilidad y pago del beneficio.

La Aseguradora a su propio costo, tiene el derecho y oportunidad de solicitar la realización de exámenes al Asegurado, con la frecuencia razonablemente requerida durante el trámite e investigación del reclamo bajo esta Póliza; e inclusive, una autopsia en caso de muerte, de conformidad con lo establecido en la ley.

La Aseguradora se obliga a cubrir el Cáncer y/o las enfermedades graves detalladas a continuación, excepto por los casos excluidos descritos.

5.1 COBERTURA DE CÁNCER

Para efectos de este seguro, será considerado Cáncer la presencia de células malignas con multiplicación y crecimiento desmedido que puedan agruparse en un tumor y posteriormente invadir por contigüidad o por metástasis (dispersión) a otros tejidos u órganos. Esto incluye entre otras, leucemia, linfomas, melanomas y enfermedad de Hodgkin.

El diagnóstico debe ser respaldado por evidencia histopatológica de malignidad y confirmado por oncólogo o patólogo.

Diagnóstico: En Caso de Cáncer el diagnóstico debe ser efectuado por un médico certificado en la práctica de anatomía patológica o patología osteopática. Para el diagnóstico de Cáncer, la evidencia debe basarse en un examen microscópico de tejidos fijos (biopsia) o preparaciones del sistema hemático. Un diagnóstico de Cáncer debe basarse únicamente en el criterio aceptado de malignidad después de un estudio de la arquitectura histocitológica o patrón del tumor bajo sospecha, tejido o muestra. La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar a su costa el examen de evidencia patológica por un médico de su elección.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS:

Además de las exclusiones generales descritas en la cláusula décima de esta Póliza, la enfermedad de Cáncer tendrá las exclusiones específicas siguientes:

Pre-existencia: En caso de haberse diagnosticado a la persona asegurada la presencia de células anormales en el órgano por el cual reclama, antes del inicio de la vigencia de la Póliza o durante el período de espera.



Premalignidad: Tumores descritos histológicamente como pre-malignos, no-invasivos o como cáncer in-situ, incluyendo pero no limitándose a: Carcinoma - in - situ de senos, displasia cervical, lesiones de bajo o de alto grado como NIC I, NIC II y NIC III (Neoplasia Intracervical) y Lesiones por VPH (Virus Papiloma Humano).

Piel y Tejidos Blandos: Hiperqueratosis, cáncer de piel de células basales o de piel escamosa, y melanomas de menos de 1.5 mm de grosor en la escala de Breslow o menos de Nivel 3 en la escala de Clark, a menos que haya evidencia de metástasis.

Metástasis: Cáncer en órganos afectados por metástasis, no originados en el sitio primario.

Cáncer Prostático y Micro carcinoma: Cáncer prostático descrito histológicamente según la clasificación TNM de T1a o T1b, cáncer prostático según otra clasificación equivalente o menor, T1N0M0 micro carcinoma papilar de tiroides de menos de 1 cm de diámetro, micro carcinoma papilar de la vejiga, y leucemia linfática crónica menor a etapa 3 de RAI.

Cáncer Consecuencial al VIH: Todo tumor en la presencia de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

5.2 COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES:

Para efectos de este seguro, serán consideradas Enfermedades Graves, las que cumplan con las condiciones de las definiciones siguientes:

5.2.1 Infarto al Miocardio (Primer ataque cardiaco):

Para efectos de la presente Póliza, el infarto al miocardio corresponde a la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona respectiva; no incluyendo NSTEMI. El diagnóstico definitivo deberá estar soportado con tres o más de las siguientes condiciones, las cuales son consistentes con un nuevo ataque cardiaco:

- a. Historial de dolores torácicos o historia de dolor atípico del pecho antes del infarto, pero no antes de fecha de efectividad de la póliza.
- b. Alteraciones recientes en electrocardiogramas demostrando infarto.



Compañía de Seguros, S.A.

- c. Elevación de las enzimas cardíacas creatinina - quinasa MB y troponina T (CK-MB).
- d. Elevación de la troponina (T ó I).
- e. Presencia de una reducción inferior al 50% en la fracción de eyección del ventrículo izquierdo después de transcurridos como mínimo tres meses del evento cardíaco.

5.2.2 Accidente Cerebrovascular:

Para efectos de la presente póliza, se entenderá como cualquier evento cerebrovascular incluyendo infarto del tejido cerebral, hemorragia subaracnoidea y cerebral, embolia y/o trombosis cerebral. Este diagnóstico debe ser soportado por todas las condiciones siguientes:

- a. Evidencia de daño neurológico permanente confirmado por un neurólogo cuya duración sea mayor a seis (6) semanas después del evento; y
- b. Resultados de Imágenes por Resonancia Magnética, Tomografía Computarizada, u otras técnicas de diagnóstico por imágenes fiables consistentes con el diagnóstico de un nuevo accidente cerebrovascular.

Quedan excluidos los siguientes eventos:

- a. Ataque isquémico transitorio;
- b. Daño cerebral debido a un accidente, infección, vasculitis y enfermedades inflamatorias;
- c. Enfermedad vascular que afecta el ojo o el nervio óptico y desórdenes isquémicos del sistema vestibular.

5.2.3 Insuficiencia Renal Crónica:

Para efectos de la presente póliza la Insuficiencia Renal Crónica corresponde al fallo total e irreversible de ambos riñones, que trae como consecuencia la necesidad de efectuar permanentemente diálisis renal o un trasplante de riñón.

5.2.4 Cirugía Arterio-Coronaria:

Para efectos de la presente póliza, es el proceso de cirugía de corazón abierto para corregir la obstrucción o estrechamiento de una o más arterias coronarias con injertos de derivación. El diagnóstico de la cirugía debe ser respaldado por evidencia angiográfica de obstrucción coronaria que comprometa el miocardio. El procedimiento debe ser considerado médicamente necesario por un cardiólogo consultor.

Quedan excluidos, de esta cobertura, la Angioplastia, y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole", y procedimientos láser similares.

5.2.5 Insuficiencia severa de órganos vitales (Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Riñón o Médula Ósea) que ameriten trasplante:



Compañía de Seguros, S.A.

Trasplante de Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Riñón o Médula Ósea, como consecuencia de un daño irreversible de alguno de estos órganos.

Se encuentra cubierto el trasplante de médula ósea humana utilizando células madre hematopoyéticas precedida de una ablación total de médula ósea.

Quedan excluidos de esta cobertura, cualquier otro tipo de Trasplantes de Célula Madre.

El diagnóstico y la recomendación o la conveniencia de trasplante deben realizarse por lo menos por dos (2) médicos especialistas, uno de los cuales será seleccionado por la Aseguradora.

5.2.6 Parálisis Total:

Para efectos de la presente póliza, la parálisis total es la pérdida completa del uso funcional de al menos dos brazos o dos piernas o un brazo y una pierna, como consecuencia de enfermedad o lesión.

El diagnóstico y la determinación de que la pérdida del uso es permanente debe ser realizado por un médico. La parálisis debe ser continua y permanente de por lo menos doce (12) meses consecutivos desde el inicio de la parálisis.

Transcurridos los mencionados doce (12) meses se requerirán pruebas documentadas del incidente o enfermedad que ocasionó la parálisis para iniciar el trámite del reclamo.

Se entenderá por pruebas documentadas a los resultados de los exámenes físicos y de diagnóstico, incluyendo interpretaciones escritas del médico que puedan adjuntarse al reclamo en original o en copias autenticadas.

Quedan excluidas de esta cobertura, las heridas o daños autoinflingidos.

Límite de las Coberturas:

El total a pagar por la Aseguradora por Cáncer y/o cualquier enfermedad grave amparada no podrá exceder el 100% de la suma asegurada contratada, independientemente del Cáncer o del número de enfermedades graves sufridas. La Aseguradora no tendrá responsabilidad adicional por ningún Cáncer y/o enfermedad grave una vez que el 100% de la suma asegurada haya sido pagada al asegurado o a sus beneficiarios, según corresponda, pues la póliza será cancelada.

CLÁUSULA SEXTA.- PERÍODOS

Período de Espera:

La presente póliza cuenta con un periodo de espera de ciento ochenta (180) días calendario contados a partir de la aceptación del Asegurado al seguro.

**asisa**

Compañía de Seguros, S.A.

Si dentro de dicho período el asegurado es diagnosticado con alguna de las enfermedades indicadas con anterioridad, o se practica exámenes en los cuales es diagnosticado con alguna de las enfermedades cubiertas, no recibirá indemnización alguna por este seguro.

Período de Supervivencia:

Se estipula un período de supervivencia de quince (15) días calendario, por tanto, la Aseguradora no pagará ningún beneficio si el Asegurado fallece dentro de los quince (15) días siguientes de haber sido diagnosticado con Cáncer o una enfermedad grave cubierta por la póliza.

Este período de supervivencia no aplica para la cobertura de Parálisis.

CLÁUSULA SÉPTIMA.- EDAD**Límites:**

Cada una de las coberturas está sujeta a los siguientes requisitos de ingreso y permanencia en cuanto a la edad del asegurado:

Edad de ingreso: La comprendida entre los dieciocho (18) y los sesenta (60) años de edad.

Edad de Permanencia: La cobertura cesa al cumplimiento de los sesenta y cinco (65) años de edad.

En el caso de que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia durante la vigencia del presente contrato o sus renovaciones, se conviene expresamente que el seguro continuará vigente sólo hasta la finalización de la vigencia indicada en el Certificado Individual.

Comprobación:

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse en forma fehaciente, antes de que la Aseguradora efectúe cualquier pago en relación con la presente Póliza. Si la comprobación se hiciera en vida del Asegurado, la Aseguradora lo hará constar en esta Póliza y no exigirá nuevas pruebas de edad para efectuar el pago.

Si la edad real del asegurado estuviere dentro de los límites fijados por la Aseguradora y como consecuencia de la declaración inexacta de su edad, se hubiere establecido una prima menor o mayor, la suma asegurada a pagarse será la que corresponda al importe de prima que la Aseguradora hubiere asegurado, según las tarifas vigentes al celebrarse el contrato y de acuerdo con la prima efectivamente pagada.

Lo anterior también aplicará si la comprobación de la edad real ocurre después del fallecimiento del asegurado, al momento de liquidar el seguro a los beneficiarios.



Compañía de Seguros, S.A.

Si de la mencionada comprobación resultase que la edad verdadera del Asegurado en el momento de la celebración del contrato se encontraba fuera de los parámetros de elegibilidad de éste, la Aseguradora podrá dar por terminado el contrato. En este caso, el Asegurado tendrá derecho a la devolución de las primas desde su primer pago hasta la fecha en la que la Aseguradora descubra la causal de nulidad.

Los cálculos a que se refiere la presente condición se efectuarán aplicando las Tarifas que hayan estado en vigor en el momento de la celebración del contrato.

CLÁUSULA OCTAVA.- DECLARACION INEXACTA

Cualquier omisión e inexactitud, en las manifestaciones hechas por el Asegurado resultará en la terminación del contrato de seguro de conformidad con lo que al respecto establecen los artículos 880, 881 y 908 del Código de Comercio de Guatemala.

CLÁUSULA NOVENA.- CARENIA DE RESTRICCIONES

La presente Póliza carece de restricciones respecto a ocupación, viajes y calidad de vida de los Asegurados.

CLÁUSULA DÉCIMA.- EXCLUSIONES GENERALES

No habrá lugar a pago alguno bajo cualquiera de las coberturas, cuando el cáncer y/o la enfermedad grave que sufra el Asegurado, sea anterior a la contratación del seguro, o tengan su causa, consistan en, o sean consecuencia, directa o indirecta, total o parcial, de una Condición Pre-existente, entendiéndose esta como cualquier cáncer y/o enfermedad que sufra el asegurado previo a la fecha de su incorporación a la presente Póliza, bajo la cual:

Recibió medicamento, tratamiento médico o fue recetado,

Experimentó malestares o síntomas, que por su gravedad cualquier persona hubiese necesitado consultar a un médico.

Tuvo advertencia médica o consultó a un médico.

Se practicó o le recomendaron exámenes para su diagnóstico.

Asimismo, en el caso que:

El asegurado fuere diagnosticado con el Cáncer o la misma enfermedad grave antes de la fecha efectiva de la Póliza.

El asegurado fallece previo al período de sobrevivencia.

El asegurado posea anomalías congénitas y todo lo que se relacione, directa o indirectamente con ellas.

Por cualquier clase de enfermedad que no sea de las expresamente señaladas en la presente póliza.



Compañía de Seguros, S.A.

Adicionalmente, no existirá pago de beneficio si:

El asegurado sufre lesiones mientras se encuentra practicando deportes extremos.

El asegurado se encuentra viajando en contra de una prescripción médica.

El asegurado presenta Infección oportunista o neoplasma maligno, si en el momento de la enfermedad o del accidente, tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere cero-positivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Las infecciones oportunistas incluyen, pneumocystis carinii, sarcoma de Kaposi, linfoma del sistema nervioso central y/u otra malignidad como causa de diagnóstico de cáncer y/o enfermedad grave ante la presencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

El asegurado sufre lesiones o padecimientos causados por fisión o fuerza radioactiva o química, ya sea en tiempo de paz o de guerra.

Cualquier acto de guerra, actos de enemigos extranjeros, hostilidades, rebelión.

Se determina suicidio o cualquier intento del mismo así como heridas intencionales.

Se descubre existencia de un acto voluntario y/o temerario del asegurado que incremente el riesgo que se está asegurando.

Existe daño sustancial mientras la persona asegurada cometa algún acto delictivo o de naturaleza criminal.

El asegurado es diagnosticado con psicosis, trastornos o desórdenes de sueño, desórdenes mentales o nerviosos, ansiedad o depresión.

El asegurado se encuentra viajando a bordo de una aeronave militar o como piloto en cualquier aeronave.

El asegurado es diagnosticado de alguna enfermedad de las cubiertas por este seguro, y dicho diagnóstico es efectuado por un médico de la familia inmediata del asegurado.

El diagnóstico efectuado por herbolarios, acupunturistas, homeópatas y otros prestadores de servicios de salud, cualquiera que sea su denominación y que no ostente la calidad de médico conforme a su definición legal.

Se comprueba estado de Alcoholismo, drogadicción, uso de narcóticos o estupefacientes y tratamientos para los mismos.

La Aseguradora no será responsable de proporcionar cobertura o hacer pago alguno si el realizarlo podría ser una violación de alguna de las leyes o regulaciones de sanciones económicas que expondría a la Aseguradora a una penalidad estipulada bajo cualquier ley o regulación de sanciones.



CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA.- INDISPUTABILIDAD

La póliza será indisputable por omisión o inexacta declaración, inmediatamente después de haber cumplido dos (2) años de vigencia contados a partir de la Fecha de inicio de vigencia de la misma.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA.- BENEFICIARIO(S)

El asegurado será, en vida, el único Beneficiario de la Póliza o sus beneficiarios designados en caso de su fallecimiento.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA.- PRIMA

a. Forma de cálculo:

En la fecha de inicio y en cada aniversario de esta Póliza, se establecerá la prima anual correspondiente al Asegurado, de acuerdo con las tarifas vigentes de la Aseguradora.

b. Condiciones de pago:

Las primas deberán pagarse en las oficinas de la Aseguradora.

c. Período de gracia:

El Asegurado dispone de un período de gracia de treinta (30) días calendario para el pago de la prima inicial en cada aniversario de la Póliza, si el pago no ha sido efectuado, el contrato cesará en sus efectos automáticamente. En el caso de pagos fraccionados, el Asegurado dispondrá del citado período de gracia para los pagos fraccionados subsecuentes. En caso de siniestro, La Aseguradora deducirá de la indemnización pagadera al Asegurado o al Beneficiario, el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no pagadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

Si la Póliza termina durante o al final del período de gracia, el contratante será responsable ante la Aseguradora por el tiempo que la póliza estuvo en vigor durante el período de gracia.

d. Período de caducidad:

Vencido el período de gracia, la Póliza quedará cancelada, pero el asegurado dispondrá de tres (3) meses para rehabilitar la Póliza, pagando las primas vencidas.

Transcurrido este último plazo, el derecho a rehabilitar la Póliza caducará automáticamente.

Si la Póliza termina durante o al final del período de gracia, el Contratante será responsable ante la Aseguradora por el tiempo que la Póliza estuvo en vigor durante el período de gracia.



Compañía de Seguros, S.A.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA.- OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.

- a) Pagar a la aseguradora la prima total.
- b) Recaudar de las personas del grupo asegurado la proporción de la prima con la que contribuyen.
- 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; 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.
- f) No efectuar cargos adicionales al asegurado sobre la prima fijada por la aseguradora.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - INSPECCIÓN

La Aseguradora queda facultada para practicar las inspecciones que fueren necesarias, relacionadas con la presente Póliza, durante el curso del seguro o en caso de siniestro.

Si el Asegurado o Beneficiario impidieran el ejercicio de esta facultad, con fines fraudulentos, la Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones.

CLÁUSULA DECIMA SEXTA - AVISO Y PRUEBA DEL SINIESTRO

Aviso del Siniestro:

Tan pronto el Asegurado tuviere conocimiento del siniestro, deberá comunicarlo por escrito a la Aseguradora, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes; si por algún motivo el Asegurado se viere imposibilitado a presentar el aviso de siniestro a la Aseguradora, éste podrá ser presentado por los familiares del Asegurado y en tal caso corresponderá a la Aseguradora verificar la condición del asegurado al momento de efectuado el aviso.



Prueba del Siniestro:

La comprobación del siniestro se hará presentando a la Aseguradora la documentación correspondiente, en los formularios que ésta proporcione para tal fin, de conformidad con las instrucciones contenidas en ellos.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA.- FALTA DE AVISO

Si el Asegurado y/o Beneficiario(s) no cumple(n) con la obligación de avisar del siniestro en los términos establecidos en esta póliza o en las disposiciones legales respectivas, la Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones, si:

- a. Se omite el aviso del siniestro a fin de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias;
- b. Con el fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente los hechos referentes al siniestro que pudiese excluir o restringir sus obligaciones;
- c. Con igual propósito, no se le remite oportunamente la documentación referente al siniestro.

CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA.- INDEMNIZACIÓN

La suma asegurada es pagadera una sola vez; la cobertura se limita al diagnóstico de la enfermedad únicamente, por lo que garantiza el pago de la suma asegurada en el momento en que la enfermedad es diagnosticada y la Aseguradora confirma su procedencia, (excepto por la cirugía arterio coronaria cuyo beneficio será pagado en el momento en que ésta es recomendada por el médico especialista). Para la parálisis el diagnóstico debe realizarse transcurridos doce (12) meses después de que se inicie la incapacidad y solo a partir de esta fecha se podrá hacer el pago.

La Aseguradora al comprobar que procede la reclamación por Cáncer y/o Enfermedad Grave se obliga a liquidar la suma asegurada dentro de los diez (10) días hábiles de haber recibido la documentación requerida por la Aseguradora de acuerdo a la Cláusula Décima Sexta.

Si la muerte del Asegurado ocurre después de haber transcurrido el período de sobrevivencia y antes de que la Aseguradora haya comprobado el derecho a la indemnización por el reclamo presentado por Cáncer y/o Enfermedad Grave, se aceptará por parte de la Aseguradora, dicho derecho de indemnización e implicará liquidar la Suma Asegurada.

Si el Asegurado muriera antes que la Aseguradora haya comprobado el derecho a indemnización, debido a otra causa que no sean las enfermedades cubiertas por esta póliza, ninguna cantidad será pagada bajo este Seguro.

El pago de la Suma Asegurada se hará una única vez, independientemente que el asegurado haya sufrido una o más de las enfermedades cubiertas. Una vez realizado el pago de la Suma Asegurada, se cancela inmediatamente la póliza.



Compañía de Seguros, S.A.

CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA.- COMUNICACIÓN

Toda solicitud o comunicación a la Aseguradora, relacionada con la presente Póliza, deberá hacerse por escrito a las oficinas de la misma. Los intermediarios de seguro no tienen facultad para recibir comunicaciones o solicitudes a nombre de la Aseguradora. Las comunicaciones que la Aseguradora deba hacer al Contratante, al Asegurado o a sus causahabientes, las enviará por escrito a la última dirección declarada por el Asegurado.

CLAUSULA VIGÉSIMA.- PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este Contrato, prescriben en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Se estará supeditado además a lo que al respecto dispone el Código de Comercio de Guatemala.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA.- COMPETENCIA

Cualquier diferencia que surja en la interpretación o aplicación de las cláusulas de esta Póliza deberá ser resuelta conciliatoriamente por las partes. Si ello no fuere posible, los tribunales de la Ciudad de Guatemala serán los únicos competentes para conocer la controversia y, en consecuencia, el Asegurado renuncia al fuero de cualquier otro domicilio que pudiera corresponderle, distinto al declarado.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA.- MONEDA

Todos los pagos hechos por el Asegurado deben ser ejecutados en la moneda establecida en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual. A su vez, es obligatorio para la Aseguradora atender el cumplimiento de sus compromisos en el mismo tipo de moneda.

"Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue aprobado por la Superintendencia de Bancos, según Resolución No. 1513-2014 de fecha 16 de Abril de 2014"