

**PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO PARA GASTOS MÉDICOS DE EMPLEADOS Y DEPENDIENTES
COBERTURA COMPRENSIVA NO OCUPACIONAL**

NOTA:

ESTA PÓLIZA NO CUBRE:

1. Lesión corporal alguna causada por accidente o enfermedad resultante de la ocupación del empleado asegurado o de sus dependientes;
2. Indemnizaciones, prestaciones o servicios pagados o suministrados por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), EN EL CASO DE QUE EL Asegurado o sus dependientes, estando cubiertos por esta Póliza, optaren por ser atendidos por dicho instituto.

EMITIDO POR: _____

PATRONO: _____

DOMICILIO: _____

NÚMERO DE PÓLIZA: _____

Plazo de vigencia del Contrato:

- a. Fecha de aceptación de la póliza: _____
- b. Fecha en que se inicia: _____
- c. Fecha en que termina: _____

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. (en adelante denominada la Compañía), en consideración a la solicitud para esta Póliza, las solicitudes individuales, si las hubiere, y al pago anticipado de primas según se estipula más adelante,

CONVIENE EN PAGAR

A los empleados asegurados del patrono que arriba se indica, los beneficios estipulados en esta Póliza de conformidad y con sujeción a los términos de la misma. La Póliza entra en vigor en fecha de iniciación arriba indicada. Las primas son pagaderas por el patrono en cantidades determinadas como más adelante se estipula. La primera prima vence en la fecha en que se inicia la aceptación de la Póliza y las primas subsiguientes, durante la continuación del seguro, vencerán mensualmente el primer día de cada mes.

Las condiciones expuestas en las páginas siguientes forman parte integrante de esta Póliza.

EN TESTIMONIO DE LO CUAL, ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. emite la presente Póliza, en la ciudad de Guatemala, a los _____ días del mes de _____ de _____.

"Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos, según Resolución No.35-71, de fecha dieciséis de febrero de 1971"

Representante Apoderado**CONDICIONES GENERALES****CONTRATO - INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA**

La póliza, la solicitud del patrono adherida a ella y las solicitudes individuales, si las hubiere, de las personas aseguradas constituyen el contrato completo entre las partes contratantes. Todas las manifestaciones hechas por el patrono o por las personas aseguradas serán, al no existir fraude, consideradas como declaraciones y no como garantías y ningún testimonio o declaración, invalidará el seguro, ni será usado en defensa de una reclamación conforme la misma, a no ser que esté contenida en una solicitud escrita.

La validez de la póliza no será impugnada, excepto por la falta de pago de las primas, después que haya estado en vigor durante un año contado a partir de la fecha de emisión. Ninguna declaración hecha por cualquier persona asegurada según la póliza, referente a su asegurabilidad, se utilizará para impugnar la validez del seguro, salvo dentro del primer año de vigencia contado a partir de la fecha de su emisión o de la fecha en que entró en vigor el seguro individual de dicha persona, de cualquiera de estas fechas, la que sea posterior y siempre que tal declaración conste en la solicitud de seguro o en cualquier otro documento firmado por el patrono o el asegurado.

La póliza se puede enmendar en cualquier momento, por medio de solicitud escrita del patrono aceptada por la Compañía, sin necesidad del consentimiento de los asegurados o beneficiarios, pero tal modificación no perjudicará reclamación alguna que haya ocurrido con anterioridad. La póliza se puede enmendar para terminar la cobertura otorgada a empleados en cualquier localidad, por cualquiera o todos los anexos de la póliza, por motivo de guerra. Dicha modificación tendrá efecto en la fecha en que la Compañía lo comunique al Patrono. Ningún agente está autorizado para cambiar o enmendar esta póliza, para renunciar a cualquier condición o restricción contenida en la misma, para prorrogar el período de pago de primas, ni comprometer a la Compañía por medio de promesa o representación. Ninguna modificación a esta póliza será válida a menos que exista un endoso firmado por el representante apoderado de la Compañía o una modificación, a ese efecto, firmada por el contratante de la póliza y por el representante apoderado de la Compañía.

Siempre que en esta póliza se utilice un pronombre personal en el género masculino se considerará que incluye el género femenino también, a menos que el contexto indique claramente lo contrario.

Se conviene que esta póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República de Guatemala. Queda también establecido que la 12:01 hora nacional en la República de Guatemala, será considerada la hora efectiva con respecto de cualquier fecha referida en la póliza.

COMPAÑIAS ASOCIADAS

Para todos los efectos de la póliza, los empleados de las compañías, corporaciones, firmas o individuos subsidiarios o afiliados con el Contratante, según se detallan más abajo, (denominadas aquí compañías asociadas) se considerarán empleados del patrono y el servicio a cada una de dichas compañías asociadas, se considerará como servicio al patrono. Se pueden añadir compañías asociadas adicionales a dicha lista con el consentimiento por escrito de la Compañía. Si cualquier compañía asociada cesara de comprenderse en esta sección, la póliza se considerará terminada en la fecha del mencionado cese, con respecto de todos los empleados de dicha compañía asociada, salvo aquellos que al día siguiente a tal cese, continúen siendo empleados del contratante o de alguna

otra compañía asociada, dentro de las clases de empleados elegibles para el seguro conforme la póliza. El patrono comunicará a la Compañía, por escrito cuando una compañía asociada deje de ser subsidiaria o afiliada del mismo.

CARNET DE IDENTIDAD

La Compañía emitirá al patrono, para entregar a cada persona asegurada conforme la presente, una tarjeta de identidad, indicando que dicha persona participa del plan.

REGISTROS E INFORMES

El patrono mantendrá un registro de las personas aseguradas conforme la póliza, que contenga, por cada persona, la información general y demás datos particulares de cada una de ellas, que se consideren esenciales para el seguro. El patrono enviará periódicamente a la Compañía, en los formularios proporcionados por ésta, la información referente a las personas elegibles para el seguro, que pueda considerarse razonablemente necesaria para la administración del seguro y para la determinación de los tipos de prima. Todos los registros del patrono que tengan o puedan tener relación con el seguro estarán a disposición de la Compañía para su inspección en los días y horas hábiles de trabajo. Cualquier error cometido al llevarse estos registros no invalidará aquel seguro que estuviere legalmente en vigor, ni continuará aquel seguro que legalmente hubiere terminado, pero al conocerse el error se hará, si fuere necesario, el ajuste de prima correspondiente.

PRIMAS

Las primas correspondientes al seguro otorgado conforme esta póliza serán pagaderas por el patrono en la oficina u oficinas de la Compañía que ésta indique, por escrito, al patrono en su oportunidad. Las primas vencerán y serán pagaderas según se especifica en la primera página de esta póliza; sin embargo, por mutuo acuerdo entre el patrono y la Compañía, se puede modificar el modo de pago, mediante el ajuste correspondiente, con el fin de convenir en pagos anuales, semestrales, trimestrales o mensuales, según el caso.

La prima correspondiente a esta póliza será igual a la suma de las primas parciales estipuladas en los anexos de la misma. Las primas a cobrar se basarán en las tasas estipuladas en cada anexo. Queda entendido y convenido que la Compañía sólo podrá variar las tasas de prima en la fecha aniversario de la Póliza, previo aviso al patrono con treinta días de anticipación; pero podrá alterar dichas tasas, en cualquier momento en que se modifique la cobertura.

PERÍODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

Se concederá un periodo de gracia de 31 días, sin cobro de interés, para el pago de la prima estipulada para esta póliza en cualquier fecha de vencimiento excepto la primera. Si no se abona la prima antes de la expiración del periodo de gracia, la póliza terminará al final de dicho periodo de gracia. Sin embargo, si el patrono hiciera petición anticipada, por escrito, para que la terminación de la póliza tuviera efecto en una fecha determinada entre el fin del periodo para el cual se han pagado las primas y el fin del periodo de gracia, la póliza terminará en la fecha solicitada.

Si la póliza termina durante o al final del periodo de gracia, el patrono será responsable ante la Compañía por el pago de una prima en proporción al tiempo que la póliza ha estado en vigor durante dicho periodo de gracia.

MONEDA

Todos los pagos de primas y pérdidas relacionados con esta póliza deberán ser efectuados en Quetzales, moneda oficial de la República de Guatemala.

BENEFICIOS

Si un empleado o dependiente, mientras esté asegurado conforme esta póliza, incurre en gastos médicos cubiertos, por lesión corporal accidental o por tratamiento médico de enfermedad que no resulte de su trabajo, la Compañía pagará el _____% de los gastos médicos cubiertos que excedan la cantidad deducible indicada en la Sección III, hasta un pago máximo de Q_____ (excepto los cargos por atención psiquiátrica en el hospital, que están limitados a un pago máximo de Q_____). No obstante, los primeros Q_____ de gastos de Hospitalización cubiertos, se pagarán íntegramente por la Compañía.

DEFINICIÓN DE HOSPITAL

El término "Hospital" significará una institución organizada de acuerdo con la ley, que cuenta con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios a personas enfermas o heridas, inclusive instalaciones para diagnóstico y cirugía, durante las veinticuatro horas diarias, bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras.

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

SECCIÓN I - GASTOS CUBIERTOS

El término "gastos cubiertos" significa los gastos en que incurra un empleado asegurado por razón de enfermedad propia o de sus dependientes asegurados, en concepto de tratamiento, servicios y medicamentos ordenados por un médico colegiado, según se detalla más abajo y siempre que no estén excluidas expresamente en la Sección II - Exclusiones. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos, aquellos que no sean razonablemente necesarios para el cuidado médico del asegurado o sus dependientes asegurados, ni se pagará gasto alguno en exceso de la cantidad que usualmente deba reconocerse por el servicio o medicamento de que se trate. Se considera que un gasto cubierto está incurrido en la fecha de suministro del servicio o de la compra de las medicinas.

Los gastos cubiertos incluirán cargos hechos por:

- 1) Pensión hospitalaria por habitaciones semiprivadas o en pabellón hasta VER CUADRO DE BENEFICIOS diarios, en un hospital reconocido. Sin embargo, el reembolso por habitaciones privadas estará limitado al 80% del costo diario sin exceder de VER CUADRO DE BENEFICIOS.
- 2) Todos los cargos por otros servicios y medicamentos suministrados por atención médica en el hospital.
- 3) Anestesia y su administración.
- 4) Servicio de ambulancia para el transporte al hospital local.
- 5) Honorarios del médico por cirugía y tratamiento médico, excluidos tratamientos dentales a excepción del tratamiento especificado en el párrafo siguiente.

- 6) Servicios dentales suministrados por un médico, dentista o cirujano dental por el tratamiento de lesiones accidentales, causadas a los dientes naturales, por medios externos y violentos, dentro de los seis meses subsiguientes al accidente (tal tratamiento incluirá reemplazo de dichos dientes naturales dentro del período especificado), o por cirugía dental que necesite reclusión en un hospital durante un mínimo de 18 horas.
- 7) Gastos causados como paciente externo del hospital y cuentas por servicios clínicos, inclusive exámenes de laboratorio y radiología.
- 8) Honorarios por servicios privados de enfermería, en el hospital, suministrados por una enfermera graduada que no sea pariente del asegurado ni resida en el hogar del mismo.
- 9) Los otros servicios y medicamentos siguientes:
- 10) Oxígeno y alquiler del equipo para su administración, exámenes de laboratorio y Rayos X (excluidos los servicios dentales suministrados por médico dentista o cirujano dental, que no sean los indicados en el inciso 6); tratamiento por Rayos X, por radio o por otras sustancias radioactivas; tratamiento de fisioterapia, por una persona calificada que no sea familiar o pariente del asegurado.
- 11) Drogas y medicinas suministradas, contra receta médica, por una droguería o farmacia autorizada; Vendajes quirúrgicos; Sangre y Plasma sanguínea; Miembros y ojos artificiales, necesitados por lesión corporal accidental o enfermedades que ocurran mientras el individuo está asegurado por esta póliza; Enyesados, entablillados, bragueros, abrazaderas y muletas; Alquiler de silla de ruedas, cama de hospital o pulmón de hierro.

SECCIÓN II - EXCLUSIONES

Los gastos cubiertos no incluirán pagos hechos por:

- 1) **Gastos incurridos a consecuencia de enfermedad Ocupacional.**
- 2) **Gastos incurridos a consecuencia de accidentes de trabajo del individuo asegurado.**
- 3) **Lesión causada a sí mismo, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales, siempre que, en el primer caso dicha lesión sea voluntariamente causada.**
- 4) **Lesión o enfermedad que resulte a consecuencia de insurrección o de guerra, declarada o no, o de participación voluntaria en motines, huelgas o conmociones civiles.**
- 5) **A) Cualesquiera gastos de atención psiquiátrica a pacientes externos; y
B) Los gastos de atención psiquiátrica a pacientes internos, que excedan del máximo especificado en la Sección de Beneficios.**
- 6) **Cargos por transporte del paciente o del miembro de la familia que lo acompañe, así como los viáticos de tal acompañante, excepto cargos
por servicios de ambulancia al hospital local, o los gastos de vida del miembro de familia que esté atendiendo al paciente.**
- 7) **Reembolso de Gastos Médicos, Hospitalarios o Quirúrgicos prestados al asegurado en virtud de cualquier Ley de Seguro Social u otro programa patrocinado por el Gobierno, si el asegurado, no**

obstante estar cubierto por esta Póliza, hiciere uso de tales servicios; pero en el entendido que en cualquier momento podrá recurrir a los beneficios cubiertos por esta póliza.

8) Cualquier tratamiento al cual el individuo asegurado tenga derecho sin pago o en el cual los gastos se reembolsan por cualquier otro plan colectivo de seguros para el cual el patrono hace contribuciones, (sin embargo, esta exclusión es aplicable solamente en la medida que se preste el tratamiento o se reembolsen los gastos bajo tal plan).

9) Cirugía o tratamiento cosmético a menos que sea necesitado por lesión accidental que ocurra mientras el asegurado esté cubierto bajo esta póliza.

10) Embarazo, incluyendo el parto, aborto espontáneo u operación Cesárea, excepto:

- a) Por complicaciones que requieran operación interabdominal, o
- b) Por servicios mientras esté recluida en el hospital por cualquier toxemia debida al embarazo.

11) Gastos de exámenes médicos generales, tratamiento dental rutinario, exámenes de la vista, anteojos y aparatos para el oído.

12) Tratamiento de alcoholismo crónico o de adicción a drogas.

13) Curas de reposo, convalecencia, curas en custodia, o períodos de cuarentena o aislamiento.

14) Tratamiento de cualquier incapacidad que se hubiera originado antes de la fecha de vigencia de la cobertura del asegurado; sin embargo, esta exclusión no será aplicable después de tres meses de cobertura continua sin incurrir en gastos médicos por dicha incapacidad.

SECCIÓN III - CANTIDAD DEDUCIBLE:

Se aplicará un deducible de_ (Q._____) a los gastos médicos cubiertos por cada asegurado durante un año calendario. Los gastos cubiertos incurridos durante los meses de octubre, noviembre y Diciembre, que sean utilizados para satisfacer el deducible de ese año, pueden ser aplicados para satisfacer el deducible del siguiente año calendario.

Se considerará que los gastos están incurridos, en la fecha de suministro del servicio o de la compra de las medicinas o artículos.

SECCIÓN IV - ACCIDENTE:

En caso de un accidente en el cual más de un miembro de una familia asegurada sufra lesiones, solamente un deducible será aplicable al total de los gastos médicos incurridos.

SECCIÓN V - BENEFICIO MÁXIMO:

El beneficio máximo es la acumulación de las sumas pagaderas durante la vida de cada asegurado, hasta un monto de Q_____ en exceso de esta suma, no se pagarán más beneficios, excepto si ocurre el restablecimiento del beneficio máximo, de acuerdo con lo estipulado en la Sección VI. No obstante, los dependientes elegibles podrán continuar asegurados después que el empleado haya agotado su propio beneficio máximo.

SECCIÓN VI - RESTABLECIMIENTO DEL BENEFICIO MÁXIMO:

Si a consecuencia de los reclamos presentados, un empleado ha recibido cualquier beneficio o un dependiente ha recibido un mínimo de Q.1,000.00, la Compañía puede restablecer el beneficio máximo en las condiciones siguientes:

- a) Si es empleado, que haya laborado ininterrumpidamente durante un mínimo de seis meses y no haya incurrido en gastos médicos durante el mismo período.
- b) Si es dependiente, se suministre a la Compañía la evidencia satisfactoria de asegurabilidad, con indicación de que no está imposibilitado por accidente o enfermedad para desempeñar cualquiera de sus ocupaciones habituales.

ELEGIBILIDAD DE EMPLEADOS

Serán elegibles los empleados que laboren permanentemente, con jornada completa, que se encuentren en las categorías cubiertas y sean aceptados por la Compañía. También serán elegibles los empleados de nuevo ingreso, desde la fecha en que principien a desempeñar sus labores de manera continua.

EMPLEADOS ASEGURADOS

Cada empleado elegible que haga solicitud por escrito al patrono, en un formulario aprobado por la Compañía, para participar en el plan de seguros y que acuerde pagar las contribuciones requeridas, quedará asegurado, sujeto a las estipulaciones que se indican a continuación:

- A)** Empleados elegibles en la fecha efectiva de esta póliza:
- 1) Si la solicitud la hace el empleado en la fecha en que es elegible o antes, será asegurado desde dicha fecha de elegibilidad, siempre que el número de empleados de su clasificación inscritos sea del 75% o más de los empleados elegibles de dicha clasificación.,
 - 2) Si la solicitud para participar la hace el empleado dentro del período de 30 días en que es elegible y se encuentra trabajando a tiempo completo, será asegurado desde la fecha de solicitud.
 - 3) Si la solicitud para participar la hace el empleado después del fin del período de 30 días siguientes al primer día en que es elegible y está trabajando a tiempo completo, o la hace después de la terminación del seguro por falta de pago de cualesquiera de las contribuciones requeridas, el seguro del empleado no entrará en vigor sino hasta tres meses después de la fecha en que se inscribe.

B) Empleados elegibles después de la fecha efectiva de esta póliza:

1. Si un empleado se inscribe para el seguro en o antes de su fecha de elegibilidad, quedará asegurado desde la fecha de elegibilidad.
2. Si un empleado se inscribe para el seguro después de su fecha de elegibilidad, su seguro no entrará en vigor sino hasta tres meses después de la fecha en que se inscribe.

TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL DE EMPLEADOS

El seguro del empleado conforme esta póliza cesará automáticamente: (a) si su empleo termina por concluir su contrato de trabajo, (b) si cesa de ser miembro de las clases de empleados elegibles para el seguro por esta póliza, (c) si caduca esta póliza, (d) si el empleado deja de hacer, en su oportunidad, cualquier contribución requerida, o (e) en la fecha de la jubilación del empleado.

Sin embargo, si un empleado está incapacitado o si se le hubiere concedido una licencia o fuere despedido temporalmente, o si fuere contratado basándose en jornada parcial, será considerado como empleado de tiempo completo hasta que el patrono, (usando un criterio que no permita una selección individual) discontinúe el seguro del empleado, notificándolo así a la Compañía, o suspendiere el pago de las primas por el seguro de dicho empleado, pero en ningún caso, el seguro de tal empleado continuará por más de treinta días, contando a partir del final del mes en el cual se produzca dicha incapacidad, licencia, despido o empleo de jornada parcial.

ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTES

El término "dependiente" se referirá solamente a: (a) al cónyuge legítimo de un empleado asegurado, o la esposa de hecho que esté reconocida como tal en los archivos del patrono, y (b) los hijos solteros de un empleado, hijastros, e hijos legalmente adoptados que sean mayores de 14 días y menores de 19 años de edad, que vivan en el hogar del empleado o se encuentren ausentes por razón de estudios, o hasta los 23 años de edad a condición de que sean solteros y tengan el mismo domicilio permanente que el empleado, y sean estudiantes a tiempo completo en una institución educativa acreditada. Dichos hijos deberán depender del empleado para su sostenimiento y estar registrados en los archivos del patrono.

Si cualquier persona definida como dependiente es también elegible como empleado, dicha persona no será elegible como dependiente.

Cuando ambos cónyuges, viviendo en el mismo hogar, estén asegurados como empleados, los hijos serán elegibles solamente como dependientes del esposo.

DEPENDIENTES ASEGURADOS

Cualquier empleado será elegible para el Seguro de Dependientes: (a) en la fecha en que se asegura conforme esta póliza, siempre que en tal fecha tengan dependientes que sean elegibles conforme las estipulaciones de este seguro, o (b) en el día en que por primera vez asuma responsabilidad por dependientes elegibles en la forma ya indicada; de cualquiera de las dos fechas, la que fuere posterior. Los empleados asegurados conforme esta póliza,

que se encuentren en cualquiera de las situaciones indicadas en los incisos (a) y (b) del párrafo anterior, pueden elegir si se inscribirán o no para el Seguro de Dependientes.

Cuando un empleado decida inscribirse para dicho seguro debe declarar a todos sus dependientes elegibles y conviene en declarar cualquier cambio en la clasificación de tales dependientes.

El seguro para los dependientes de un empleado se hará efectivo como sigue:

- 1) Si el empleado tiene uno o más dependientes en la fecha efectiva de su seguro como empleado conforme esta póliza, el seguro de dichos dependientes entrará en vigor en tal fecha.
- 2) Si el empleado 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 empleado los declare y efectúe cualquier contribución aplicable que resulte del cambio, si lo hubiere, de su categoría de inscripción.
- 3) Si la solicitud para el Seguro de Dependientes, la hace el empleado después del fin del período de 30 días siguientes al primer día en que es elegible para tal seguro, o la hace después de que el seguro hubiere terminado por falta de pago de la contribución requerida, el seguro de los dependientes elegibles del empleado no entrará en vigor sino hasta tres meses después de la fecha en que se inscribe.

TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL DE DEPENDIENTES

El seguro de un dependiente conforme esta póliza terminará automáticamente: (1) si concluye el seguro del empleado como tal, según esta póliza, (2) Si el dependiente asegurado cesa de ser elegible como dependiente: (3) Si vence esta póliza, o (4) Si el empleado deja de efectuar en su oportunidad, cualquier contribución a que esté obligado.

BENEFICIOS PAGADEROS DESPUÉS DE TERMINADO EL SEGURO INDIVIDUAL

Si cuando su cobertura termine por cualquier razón distinta del pago del beneficio máximo, un empleado o dependiente están totalmente incapacitado por una lesión o enfermedad que no resulte de su empleo, y si incurren en gastos cubiertos por razón de dicha lesión o enfermedad, los beneficios proporcionados por esta póliza serán pagaderos por los cargos incurridos como si el empleado o dependiente fuese todavía asegurado conforme la presente. Tales beneficios serán pagaderos: (a) hasta que cese la incapacidad total; (b) Hasta el 31 de DICIEMBRE del año siguiente a aquel en que la cobertura termine; o (c) Hasta que venza esta póliza.

RECLAMACIONES

Aviso de reclamación: El aviso escrito de lesión, o enfermedad sobre la cual pueda establecerse una reclamación deberá ser entregado prontamente a la Compañía, y en todo caso, dentro de los 14 días de haberse incurrido cualquier gasto médico por el cual puedan reclamarse los beneficios.

El aviso dado por o en nombre del reclamante a la Compañía o a cualquiera de sus agencias autorizadas, con datos suficientes para identificar al empleado asegurado, se considerará como aviso a la Compañía.

Prueba de pérdida: Al recibir tal aviso, la Compañía suministrará los formularios para la presentación de la prueba de pérdida. Los formularios deben llenarse y devolverse a la Compañía dentro de los 60 días siguientes a la fecha de terminación del período por el cual se hace la reclamación.

La falta de envío del aviso de reclamación o de la prueba de pérdida, dentro de los límites de tiempo estipulados arriba, no invalidará o reducirá la reclamación si se demuestra que no fue razonablemente posible dar tal aviso o prueba y que el aviso y prueba se dieron tan pronto como fue razonablemente posible.

Exámenes: La Compañía tendrá el derecho y oportunidad, por medio de su representante médico, de examinar a la persona del empleado cuando y tantas veces como lo crea necesario mientras esté pendiente de pago una reclamación según la presente póliza.

Pagos de Reclamación: A petición del empleado asegurado y sujeto a prueba fehaciente de pérdida, los beneficios acumulados de gastos diarios de hospital serán pagados cada semana durante cualquier período sobre el cual la Compañía es responsable, y cualquier saldo que no haya sido pagado al final de dicho período será satisfecho inmediatamente al recibo de prueba de la pérdida. Cualquier otro beneficio proporcionado por la póliza se pagará al recibirse la prueba de pérdida.

Todo pago conforme esta póliza se hará de acuerdo con las anteriores disposiciones, excepto en el caso que la Compañía determine que el empleado asegurado es incompetente o por cualquier razón incapaz de otorgar un recibo válido y no haya tutor asignado, la Compañía pagará la cantidad, de otro modo pagadero al empleado, a la persona o institución que demuestre, en forma fehaciente, que tiene la representación legal correspondiente.

CÁLCULO DE PRIMAS

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 de primas que se estipula más abajo. El total de las sumas así calculadas constituirá la prima, la cual deberá pagarse en el primer día del mes, para la cobertura de dicho mes.

Los ajustes que resulten a las primas por cualquier cambio en el tipo de clasificación de un empleo, se harán efectivos en la fecha del cambio, si esta coincide con la fecha de vencimiento de primas, sino, en la fecha subsiguiente de vencimiento de primas.

TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza caducará automáticamente, al vencimiento del período de gracia de cualquier prima, excepto la primera cuyo pago es indispensable al entrar en vigor.

Si en el primer aniversario de la póliza, siguiente a la fecha del vencimiento de la misma, o en cualquier fecha posterior de vencimiento de primas, los empleados asegurados conforme esta póliza (a) son menos de 10 en número, o (b) son menos del 75% de aquellos que fueren elegibles para el seguro, la Compañía podrá dar por terminada esta póliza, previo aviso escrito al patrono, con no menos de 31 días de anticipación a la fecha en que deba surtir efecto la mencionada terminación.

“Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue aprobado por la Superintendencia de Bancos en la Resolución No. 35-71, de fecha dieciséis de febrero de 1971”