

FICOHSA SEGUROS, S.A.
SEGURO COLECTIVO DE ENFERMEDADES GRAVES
CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1: EL CONTRATO

Estas Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, la Carátula, los consentimientos, los Certificados Individuales, el Registro de Asegurados, y los Anexos que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen previa aceptación de las partes, constituyen el Contrato de Seguro emitido por FICOHSA SEGUROS, S.A. en adelante denominada la Aseguradora.

CLÁUSULA 2: ESTIPULACIÓN LEGAL

Por estipulación legal se cita el siguiente artículo, el que por su importancia se solicita al Contratante y al Asegurado su atenta lectura: Artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala: ***“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 CONTRATO

La Aseguradora conviene con el Contratante otorgar la cobertura de Enfermedades Graves e indemnizar al asegurado que sea diagnosticado por primera vez con una de las enfermedades graves, específicamente aquella o aquellas seleccionadas por el Contratante, las cuales están plenamente especificadas en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado Individual, y que cumplan con la descripción definida en estas Condiciones Generales de esta póliza y la legislación vigente en materia de seguros.

CLÁUSULA 4: DEFINICIONES

Para efectos de esta póliza, se entenderá por:

1. Accidente: A todo acto o hecho imprevisto, inesperado, violento y no intencional debido única y exclusivamente a una causa externa que resulta, de forma directa e independiente de otras causas, en lesiones corporales al Asegurado.
2. Asegurado: A la persona individual que a solicitud del Contratante queda cubierta por este Seguro Colectivo y quien ha de recibir los beneficios de este seguro.
3. Aseguradora: A Ficohsa Seguros, S.A.
4. Certificado Individual: Al documento que se emite a favor de la persona individual que se adhiere al Seguro Colectivo de Enfermedades Graves y puede ser sustituido por un Consentimiento/Certificado Individual, por lo que cuando en la Póliza se lea Consentimiento o Certificado Individual, puede referirse al Consentimiento/Certificado Individual.
5. Contratante: A la persona individual o jurídica que celebra y mantiene un contrato de seguro colectivo con la aseguradora, con el fin de asegurar un grupo asegurable.
6. Enfermedad: A toda alteración del estado de salud de causa no accidental.
7. Enfermedad Grave: A cualquiera de las condiciones médicas especificadas en las Condiciones Generales de la Póliza que hayan sido contratadas por el Contratante.
8. Fecha de Inicio de Cobertura: A la fecha en que el seguro entra en vigor para un Asegurado en particular que puede ser igual o distinta a la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza.
9. Fecha de Inicio de Vigencia: A la fecha en que la póliza entra en vigor, tal como aparece en la Carátula de la Póliza.
10. Fecha de Renovación: Al primer día del próximo del aniversario de la Póliza.
11. Grupo asegurado: Al conjunto de personas que, satisfaciendo las características del grupo asegurable, están cubiertas por este Seguro Colectivo.
12. Grupo asegurable: Al conjunto de personas que tienen un vínculo o interés en común con el contratante, previo e independiente de la celebración del Contrato de Seguro.
13. Fecha de Ocurrencia: A la fecha en que ha sido diagnosticada la enfermedad grave basado en documentación médica adjunta al formulario de reclamación, incluyendo mas no limitada a estudios de diagnóstico, reporte de patología, copia de expediente clínico, entre otros.
14. Periodo de Carencia: Al tiempo que debe transcurrir de forma ininterrumpida a partir de la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o su rehabilitación, o desde la fecha del inicio de cobertura del Asegurado o la rehabilitación del certificado, lo que ocurra posteriormente, durante el cual no son efectivas las coberturas de esta póliza.
15. Periodo de Sobrevivencia: Al tiempo que debe transcurrir desde el momento del primer diagnóstico de una enfermedad grave cubierta y la fecha en que se presenta la reclamación a la Compañía.
16. Suma Asegurada: A la cantidad máxima que pagará la Aseguradora al Asegurado a consecuencia de los riesgos cubiertos de acuerdo a las condiciones de la póliza.

CLÁUSULA 5: COBERTURAS

La Aseguradora pagará al Asegurado el monto señalado en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares y del Certificado Individual, en la forma estipulada por esta Póliza si al asegurado le es diagnosticada por primera vez con una de las enfermedades graves contratadas por el Contratante y descritas en esta cláusula, habiéndose cumplido con la descripción de la enfermedad cubierta, el Periodo de Carencia y el Periodo de Supervivencia definidos en esta póliza.

El diagnóstico debe ser realizado por médicos especialistas y debidamente documentado con los estudios de diagnóstico específicos de cada enfermedad grave.

Para los efectos de la cobertura de cualquiera de las enfermedades contenidas en la presente póliza, se entenderá que la enfermedad ha sido diagnosticada por primera vez y que el Asegurado no ha sido diagnosticado ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la póliza o a la fecha de incorporación del asegurado a la póliza, según corresponda.

1. SÍNDROME AGUDO CORONARIO (INFARTO AL MIOCARDIO)

Para los efectos de esta cobertura se entiende por Síndrome Agudo Coronario o Infarto al Miocardio a la enfermedad que consiste en la oclusión permanente o transitoria de una porción del tronco principal o de una o más ramificaciones importantes de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardíaco, el cual produce un aporte sanguíneo deficiente en la zona.

El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- a. Una hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización y que cumpla con al menos dos de los siguientes criterios:
 - i. Una historia clínica con datos que indiquen una enfermedad cardíaca isquémica;
 - ii. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma – ECG – que consisten en elevación del segmento ST en dos o más derivaciones contiguas, aparición de onda Q patológica en dos o más derivaciones contiguas, o inversión de la onda T en dos o más derivaciones contiguas; y
 - iii. Aumento en las enzimas cardíacas marcadoras de disfunción cardíaca (CPK-MB, troponina T) por sobre los valores normales de laboratorio.
- b. Presencia de disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección <50%) comprobada por lo menos tres meses después del evento isquémico cardíaco.

2. CIRUGÍA CORONARIA

Para los efectos de esta cobertura se entiende por cirugía coronaria a la cirugía de corazón abierto de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento u obstrucción, por medio de una revascularización vía by-pass.

Este diagnóstico debe ser indicado por médico cardiólogo y soportado por un estudio de angiografía coronaria que demuestre la significativa oclusión de las arterias coronarias.

La revascularización utilizando otras técnicas no operatorias como la angioplastia, el tratamiento por láser o cualquier tratamiento no operatorio no están sujetas a esta cobertura.

3. INFARTO Y/O HEMORRAGIA CEREBRAL (ACCIDENTE CEREBROVASCULAR)

Para los efectos de esta cobertura el Accidente Cerebro-Vascular Infarto y/o Hemorragia Cerebral ocurre cuando el suministro de sangre a una parte del cerebro se interrumpe o se reduce produciendo la alteración súbita de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y son permanentes. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser soportado por:

- a. La evidencia de daño neurológico permanente confirmado por un neurólogo por lo menos 3 meses después del evento;
- b. Hallazgos en Resonancia Magnética, Tomografía computarizada, u otras técnicas de imagenología confiables consistentes con el diagnóstico.
- c. Los siguientes padecimientos quedan excluidos:
 - Episodios de isquemia transitoria;
 - Daño cerebral debido a un accidente o lesión, vasculitis, y enfermedades intracraneales ocupativas e infecciosas;
 - Enfermedad vascular que afecte al ojo o el nervio óptico; ○ Desorden de isquemia del sistema vestibular.

4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Para los efectos de esta cobertura se entiende por Insuficiencia Renal Crónica la enfermedad que se presenta, en su etapa final, como el estado crónico e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, y como consecuencia de la cual se hace

necesaria la terapia de reemplazo renal permanente (diálisis, hemodíalisis) o trasplante de riñón.

Para los efectos de la cobertura se entenderá que el asegurado no ha sido diagnosticado con la insuficiencia renal aguda o crónica y no ha recibido tratamiento con anterioridad a la fecha de inicio de cobertura del asegurado.

5. PARÁLISIS DE LAS EXTREMIDADES POR ACCIDENTE

Para los efectos de esta cobertura se entiende por Parálisis de las Extremidades a la pérdida total y permanente de la movilidad de dos o más extremidades, ya sea superiores o inferiores como resultado de un accidente. Deberá haber evidencia del fallo total y permanente de la conductividad de la médula espinal.

El diagnóstico y la determinación de que la pérdida de función sea permanente deberá ser realizado por un médico neurólogo y deberá ser continua y permanente por al menos doce (12) meses consecutivos desde la fecha que se inició la parálisis y se requerirá evidencia documentada del evento que causó la parálisis.

Por lo anterior, se entiende que el periodo de sobrevivencia para este beneficio es de 365 días.

Se excluye la desmembración de extremidades y cualquier parálisis de las extremidades que sean a consecuencia de una enfermedad.

6. INDEMNIZACIÓN POR TRASPLANTE DE UN ÓRGANO VITAL

Para los efectos de esta cobertura se entiende por trasplante de un órgano vital el que el asegurado sea receptor de un órgano humano que debe ser cualquiera de los siguientes: corazón, pulmón, hígado, riñón, médula ósea o páncreas, siempre y cuando el órgano del asegurado haya sufrido lesión o enfermedad diagnosticada posterior a la fecha del inicio de la cobertura de esta póliza. Por trasplante de Médula Ósea se entiende la recepción de médula ósea humana utilizando células madre hematopoyéticas precedido por ablación total de médula ósea. En el caso de trasplante de páncreas, no está cubierto el trasplante selectivo de las células de Langermans.

Será requisito indispensable para el pago del beneficio que el asegurado notifique previamente y por escrito a la Aseguradora el hecho de ser paciente candidato a trasplante por la institución hospitalaria o reguladora correspondiente y antes que éste se realice.

7. QUEMADURAS GRAVES

Para los efectos de esta cobertura se entiende por Quemaduras Graves las quemaduras de tercer grado o de espesor total que abarquen más del veinte por ciento (20%) de la superficie corporal total medidas por la regla de los nueve (9) de la Carta de Superficie Corporal de LUND y BROWDER, diagnosticada por médico especialista, y que sean a consecuencia de un evento accidental no provocado que ocurra en fecha posterior al periodo de carencia.

8. CEGUERA POR ACCIDENTE

Para los efectos de esta cobertura se entiende por ceguera la pérdida total e irreversible de la vista de ambos ojos, causada por un accidente ocurrido posterior a la fecha de inicio de cobertura del asegurado. Deberá estar certificada clínicamente por un médico oftalmólogo.

Se excluye cualquier ceguera a consecuencia de Glaucoma, Retinopatía Diabética, Retinopatía Hipertensiva o cualquier otro tipo de enfermedad que afecte directa o indirectamente la visión del asegurado.

9. CÁNCER (Neoplasia Maligna)

La Aseguradora pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura, una vez que se haya confirmado la presencia de una neoplasia maligna en los términos que se exponen a continuación.

Únicamente se pagará el primer diagnóstico de cáncer cubierto por esta cobertura. Por consiguiente, de ocurrir otro evento, la Aseguradora no tendrá ninguna responsabilidad para con el asegurado bajo esta cobertura.

Para los efectos de esta cobertura se entenderá por neoplasia maligna a la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y diseminación incontrolable de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal.

Como prueba del diagnóstico debe presentarse evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos demostrada en cirugía, endoscopía, radiología u otro método de imagenología, y confirmado por un médico especialista en hemato-oncología y un médico especialista en patología.

Sin perjuicio de las exclusiones consignadas en la Cláusula 7 de estas Condiciones Generales, se deja expresa constancia que no estarán cubiertos bajo esta cobertura:

- a. Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma-in-situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a:
 - i. Carcinoma-in-situ de Mama, Displasia Cervical NIC-1, NIC -2 y NIC 3; Hiperqueratosis, carcinoma basocelular y carcinoma escamoso superficiales, así como melanomas con nivel de clasificación de Breslow menor a 4mm o menor al nivel III de la clasificación de Clark, a menos que haya evidencia de metástasis.
 - ii. Cáncer de próstata descritos histológicamente según la clasificación TNM, T1a o T1b o cáncer de próstata de otra clasificación equivalente o menor, microcarcinoma papilar de la tiroides T1N0M0 de menos de 1 cm de diámetro, microcarcinoma papilar de la vejiga, y leucemia linfocítica crónica menor a la etapa 3 de la clasificación RAI.
- b. Todos los tumores con presencia de infecciones por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH.

10. CÁNCER CÉRVICO UTERINO

La Aseguradora pagará la suma asegurada contratada para esta cobertura, una vez sea acreditada la presencia de una neoplasia maligna del cuello cervical del útero en los términos que a continuación se exponen.

Únicamente se pagará cuando se trate del primer diagnóstico de cáncer cérvico uterino cubierto por esta póliza, por consiguiente, de ocurrir otro evento, la Aseguradora no tendrá ninguna responsabilidad para con el asegurado bajo esta cobertura.

Para los efectos de esta cobertura se entenderá por cáncer cérvico uterino la aparición de células malignas en el cuello uterino afectando los tejidos normales que lo conforman con invasión de tejidos circundantes desarrollando carcinomas de células escamosas o adenocarcinomas.

Como prueba de diagnóstico debe presentarse evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagenología, y confirmado por estudios anatómicos patológicos.

11. CÁNCER DE MAMA

La Aseguradora pagará el monto asegurado contratado para esta cobertura una vez que se acredite la presencia de una neoplasia maligna, en los términos que a continuación se exponen.

Únicamente se pagará cuando se trate del primer diagnóstico de cáncer cubierto por esta cobertura. Por consiguiente, de ocurrir otro evento, la Aseguradora no tendrá ninguna responsabilidad para con el asegurado bajo esta cobertura.

Para los efectos de la presente cobertura se entenderá por Cáncer de Mama a la manifestación del recubrimiento epitelial de los conductos de tamaño grande e intermedio (ductal), o del epitelio de los conductos terminales de los lóbulos (lobular) por células neoplásicas malignas (cancerosas).

Como prueba de diagnóstico el asegurado deberá presentar evidencia de la presencia células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen, y confirmado por estudios anatómicos patológicos.

12. CÁNCER DE PRÓSTATA

La Aseguradora pagará la suma asegurada contratada bajo esta cobertura una vez que se acredite la presencia de una neoplasia maligna de acuerdo con la siguiente definición y demostración que más adelante se señala.

Únicamente se pagará cuando se trate del primer diagnóstico de cáncer cubierto por esta cobertura. Por consiguiente, de ocurrir otro evento, la Aseguradora no tendrá ninguna responsabilidad para con el asegurado bajo esta cobertura.

Para los efectos de esta cobertura se entenderá por Cáncer de Próstata como la proliferación de células malignas a partir de tejido prostático manifestándose en un crecimiento anárquico y descontrolado de células.

Como prueba de diagnóstico, el asegurado deberá presentar evidencia de la presencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen, y confirmado por estudios anatómicos patológicos.

CLÁUSULA 6: PERIODO DE CARENCIA Y PERIODO DE SOBREVIVENCIA

Las coberturas definidas en estas Condiciones Generales tienen las siguientes limitaciones y condiciones:

1. Periodo de Carencia

- a. La póliza tiene un periodo de carencia el cual está indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado Individual. El periodo de carencia es contado a partir de la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o su rehabilitación, o desde la fecha del inicio de cobertura del asegurado o la rehabilitación del certificado, lo que ocurra posteriormente
- b. Para obtener los beneficios de la póliza, únicamente estará cubierto el primer diagnóstico de enfermedad grave cuyo diagnóstico y dictamen se haya iniciado después de cumplido el periodo de carencia.
- c. El monto a indemnizar está definido en las Condiciones Particulares de la Póliza y en el Certificado Individual; el pago se efectuará por una sola vez, independientemente al número de enfermedades graves que sufra el asegurado, luego de lo cual terminará la cobertura del asegurado y por tanto la responsabilidad de la Aseguradora respecto a cualquier diagnóstico o cirugía futura del asegurado.
- d. En el caso de que un asegurado sea diagnosticado dentro del periodo carencia establecido en las condiciones particulares, la Aseguradora se limitará a la devolución de parte de la prima pagada hasta el monto estipulado en las Condiciones Particulares y quedará así liberada de cualquier otro pago o beneficio con respecto a dicho asegurado.

2. Periodo de Supervivencia

- a. Debe cumplirse el periodo de supervivencia de 30 días, y de ser diferente, el número de días que se indiquen en las Condiciones Particulares de la póliza; así como cualquier plazo que se indique específicamente en la cobertura de la Enfermedad Grave.
- b. El periodo de supervivencia inicia a partir de la fecha en que fue diagnosticada la Enfermedad Grave cubierta por la póliza.
- c. La Aseguradora no pagará beneficio alguno si el Asegurado fallece dentro del periodo de supervivencia.

CLÁUSULA 7: EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre los riesgos descritos en esta cláusula y por tanto la Aseguradora no será responsable del pago de la suma asegurada cuando la enfermedad o lesión

diagnosticada, o la intervención quirúrgica de que se trate, sea consecuencia de alguna de las siguientes situaciones:

1. Fallecimiento del asegurado ocurrido dentro o posterior al periodo de sobrevivencia.
2. Enfermedades o condiciones médicas preexistentes, relacionadas o no a las enfermedades graves cubiertas, que hayan sido conocidas o diagnosticadas con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, de la rehabilitación de la póliza, o de la a la fecha de inicio de cobertura del asegurado, según corresponda.
3. Rechazo a someterse a tratamiento médico prescrito o indicado con anterioridad.
4. Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
5. Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
6. Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza.
7. Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
8. Cuando el cáncer corresponda a alguna de las siguientes enfermedades:
 - a) Tumores que presentan los cambios malignos característicos de carcinoma “in situ” o aquellos considerados por histología como premalignos
 - b) Neoplasia cervicouterina “in situ”- incluyendo la displasia cervical NIC1, NIC-2 y NIC-3.
 - c) Melanomas con espesor menor a 1,5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel Clark 3.

- d) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, hiperqueratosis, excepto cuando se trate de diseminación de otros órganos.
 - e) Leucemia linfocítica crónica.
 - f) Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA; g) Cáncer de la próstata que por histología pertenezcan a la etapa T1 del sistema TNM, desarrollado por la Unión Internacional contra el Cáncer, incluyendo T1(a) o T1(b) o de cualquier otra clasificación equivalente o menor.
 - g) Todo Cáncer cuyo estudio diagnóstico se haya iniciado con anterioridad a la fecha de inicio de cobertura del asegurado o durante el período de espera.
9. Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra. Prestación de servicios del asegurado en las Fuerzas Armadas o funciones policiales de cualquier tipo.
10. Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo; resistencia al arresto. Peleas o riñas.
11. Suicidio, intento de suicidio, o heridas, lesiones o padecimientos causadas por el asegurado a sí mismo intencionalmente, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
12. Intoxicación o encontrarse el asegurado en estado de ebriedad, bajo efecto de drogas de uso ilícito o bajo los efectos de cualquier narcótico a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.
13. Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado. Exposición voluntaria al peligro estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
14. Desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.
15. Lesiones o enfermedades a consecuencia de competencias de cualquier clase, submarinismo, salto de puentes, aerodelismo, paracaidismo, vuelo libre, cualquier actividad peligrosa que ponga en riesgo la integridad física del asegurado, incluyendo la práctica de deportes como amateur o profesional.

16. Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
17. Movimientos sísmicos desde el grado 8 inclusive de la escala modificada de Mercalli, determinado por el Servicio Sismológico de la entidad oficial de gobierno que tenga a su cargo la medición de la intensidad del sismo.
18. Enfermedades ocupacionales.
19. Cirugías plásticas y estéticas.
20. Exámenes médicos de rutina.

CLÁUSULA 8: ELEGIBILIDAD DE LOS ASEGURADOS

La persona que sea incluida en el Seguro Colectivo de Enfermedades Graves deberá cumplir inequívocamente con los siguientes requisitos:

1. Ser parte del grupo asegurable.
2. Al momento de su inclusión en el grupo asegurado, no padecer de enfermedades, estados de salud o lesiones congénitas o crónicas que puedan dar origen a un reclamo derivados de estas.
3. Estar dentro de las edades de elegibilidad indicadas en la Carátula de la Póliza.

CLÁUSULA 9: LÍMITES DE EDAD Y EDAD INEXACTA

1. Límites de Edad

Los límites de edad quedarán estipulados en la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual.

2. Declaración Inexacta de la Edad

La edad del Asegurado será calculada de acuerdo con la fecha de nacimiento consignada en el Consentimiento Individual que deberá coincidir con su Documento Personal de Identificación. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad del Asegurado, la Aseguradora sólo podrá dar por terminado el contrato si la edad real estuviere fuera de los límites de admisión fijados por la propia Aseguradora quien procederá a la devolución de la prima no devengada.

CLÁUSULA 10: PAGO DE LA PRIMA Y PERIODO DE GRACIA

1. Cálculo de la Prima

La prima anual correspondiente a cada Asegurado se establecerá en la fecha de inicio y en cada aniversario de la Póliza con base a las tarifas vigentes de la Aseguradora. La prima total a cargo del Contratante será la suma de las correspondientes de cada Asegurado de acuerdo a la tarifa en vigor a la fecha de inicio de cada aniversario.

2. Pago de la Prima

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 por el periodo del Seguro; salvo pacto en contrario, ambos podrán pactar pagos mensuales, trimestrales o semestrales. Tanto la prima anual como las fracciones convenidas deberán pagarse en las fechas de sus respectivos vencimientos.

3. Forma de Pago

El Contratante es el responsable del pago de la prima y en caso de que la prima sea contributiva es el responsable de la recaudación de la porción de la prima de cada asegurado. La prima deberá ser pagada en las oficinas de la Aseguradora sin que sea necesaria el requerimiento de pago alguno.

4. Periodo de Gracia

El Contratante dispone de un periodo de gracia de treinta (30) días calendario para el pago de la prima inicial en cada aniversario de la póliza, y en el caso pagos fraccionados contará con el mismo plazo para el pago de la fracción de la prima acordada. Si el pago no se efectúa dentro de dicho período, el Contrato cesará en sus efectos automáticamente.

Así mismo, en caso del Asegurado, dispone un periodo de gracia de treinta (30) días calendario para el pago de la prima contributiva inicial en cada aniversario de la póliza, transcurrido este último plazo el certificado quedará cancelado.

En caso de siniestro durante el período de gracia, la Aseguradora deducirá de la suma asegurada, pagadera al Asegurado, el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de esta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado que le corresponda al Asegurado.

CLÁUSULA 11: BENEFICIARIO

El Asegurado es la persona que ha de percibir la indemnización de la suma asegurada contratada de acuerdo con las condiciones de la Póliza.

CLÁUSULA 12: VIGENCIA

Se refiere a periodo de tiempo previsto en la Póliza durante el cual la Aseguradora asume las consecuencias de los riesgos cubiertos.

1. **Vigencia de la Póliza:** Este periodo inicia a las doce (12) horas del día del inicio de vigencia y termina a las doce (12) horas del día de finalización de la vigencia de la Póliza.
2. **Vigencia del Certificado:** Este periodo inicia a las doce (12) horas del día del inicio de vigencia y termina a las doce (12) horas del día de finalización de la vigencia del Certificado Individual del Asegurado.

CLÁUSULA 13: RENOVACIÓN

Al momento de finalizar la vigencia de la Póliza, la póliza será renovada en forma automática; el Contratante podrá cancelar la póliza posterior a la fecha de renovación, siempre y cuando sea dentro de los treinta (30) días calendario posterior a la fecha de renovación. Las modificaciones podrán hacerse en cualquier momento de la vigencia de la Póliza, siempre que sea fehacientemente aceptado por las partes.

CLÁUSULA 14: TERMINACIÓN Y REHABILITACIÓN

1. Terminación Automática

La Póliza terminará automáticamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- a) Cuando el Asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco (65) años.
- b) El pago de la indemnización única derivada de la cobertura de una de las Enfermedades Graves, por cuanto el mismo produce la terminación inmediata de la Póliza.
- c) Al fallecimiento del Asegurado.
- d) A la terminación del periodo de gracia

2. Terminación Anticipada

La Aseguradora y el Contratante o el Asegurado podrán dar por terminado el contrato o el Certificado Individual, según corresponda, notificando por escrito con treinta (30) días calendario de anticipación a la contraparte. En ambos casos se procederá a la

devolución de prima neta no devengada a prorrata, menos los gastos de emisión de la Póliza. La Aseguradora cumplirá con enviar el aviso al Contratante a la última dirección que aparezca registrada en la Carátula de la Póliza.

3. Rehabilitación

En caso de cancelación por falta de pago de la prima, la póliza o el certificado, según corresponda, podrá ser rehabilitada una sola vez. El derecho de una única rehabilitación obliga a la aplicación del periodo de carencia tal como se define en la Cláusula 6 de estas Condiciones Generales.

CLÁUSULA 15: OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

Toda omisión, reticencia, declaración falsa o inexacta por parte del Asegurado en el Consentimiento o cualquier otro documento relacionado con el seguro otorgado por esta Póliza, acerca de cualquier circunstancia, que aminore el concepto de gravedad del riesgo o cambie el objeto del mismo, dará lugar a la terminación o disminución de la suma asegurada del contrato conforme a lo estipulado en el Código de Comercio de Guatemala.

CLÁUSULA 16: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Son obligaciones del Contratante:

1. Completar y remitir a la Aseguradora, la Solicitud de Seguro de Enfermedades Graves.
2. Promover, obtener y remitir a la Aseguradora los Consentimientos de los integrantes del grupo.
3. Pagar a la Aseguradora el total de la prima de la Póliza, lo que implica también la recaudación de la contribución de la prima de cada uno de los asegurados.
4. Informar por escrito a la Aseguradora, adjuntando los documentos del caso, en cuanto a:
 - a) Nuevos ingresos al Grupo así como cualquier otra documentación que le requiera la Aseguradora.
 - b) Separaciones definitivas del Grupo.
 - c) Cualquier situación de los Asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza.
 - d) Terminación de su calidad de contratante. El Contratante que concluya sus obligaciones con el Grupo Asegurado debe notificarlo por escrito a la Aseguradora en un término que no exceda de ocho (8) días desde la fecha en que finalizaron sus obligaciones. La Aseguradora reembolsará a éste la parte

proporcional de la prima pagada que pudiere resultar no consumida, y procederá a la cancelación de la Póliza

5. Dar a conocer a la persona que se asegure la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
6. Entregar el Certificado Individual a cada uno de los miembros del Grupo Asegurado.
7. No efectuar cargos adicionales al asegurado sobre la prima fijada por la Aseguradora.

CLÁUSULA 17: ALTAS Y BAJAS DEL GRUPO ASEGURADO

1. Altas de Asegurados

Las personas que cumplan los requisitos establecidos por la Aseguradora podrán ingresar al Grupo Asegurado con posterioridad a las fechas de emisión o renovación de esta Póliza, siempre que éstas mantengan relación con el Contratante. En este caso, la vigencia del seguro iniciará en la fecha que indique el Certificado Individual. 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 en que se causó el alta.

2. Bajas de Asegurados

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejan de estar amparadas por la presente Póliza desde el momento de dicha separación, quedando automáticamente sin validez alguna el Certificado Individual de seguro emitido a su favor por la Aseguradora. En este caso, la parte de la prima que resulte no devengada, será restituida al Contratante por la Aseguradora. La prima no devengada por cada miembro asegurado que cause la baja, se determinará tomando en cuenta meses completos, devengando la Aseguradora la prima correspondiente al mes durante el cual causó la baja.

CLÁUSULA 18: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

1. Aviso del Siniestro

Tan pronto el Asegurado tuviere conocimiento del siniestro, deberá comunicarlo por escrito a la Aseguradora, dentro de los cinco (5) días 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.

2. 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 19: PAGO DEL RECLAMO

El Asegurado tiene acción directa para requerir de la Aseguradora el pago de la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las condiciones establecidas en la Póliza.

La Aseguradora procederá al pago en un plazo de diez (10) días, posterior a que se hayan practicado las investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos requeridos por la Aseguradora y no exista desacuerdo en la liquidación e interpretación de las cláusulas de esta Póliza. El pago de la suma asegurada será liquidado al Asegurado.

Con el pago de la suma asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de la Aseguradora provenientes de cualquiera que sea el beneficio estipulado en el Certificado Individual quedando automáticamente cancelado.

CLÁUSULA 20: PRESCRIPCIÓN

Todos los derechos y acciones que deriven de esta Póliza prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen; por tanto, la Aseguradora quedará libre de la obligación del pago de siniestro alguno al Asegurado.

CLÁUSULA 21: RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Toda contienda que surja entre las partes a causa del siniestro, o de la interpretación o cumplimiento de las Cláusulas de la presente Póliza, se resolverán, en primer lugar, por la vía conciliatoria entre el Asegurado y/o El Contratante y la Aseguradora. Y, en segundo lugar, si no fuese posible la solución por el medio descrito anteriormente, quedará abierta la vía jurisdiccional ante los tribunales ordinarios competentes de la ciudad de Guatemala.

CLÁUSULA 22: NOTIFICACIONES

Toda comunicación relacionada con este Seguro Colectivo de Enfermedades Graves deberá presentarse por escrito a la Aseguradora en el domicilio de esta, indicado en la Carátula de esta Póliza; o, en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado aquella por escrito al Asegurado y/o el Contratante. Las comunicaciones que la Aseguradora deba

hacer al Asegurado y/o al Contratante, los realizará en el último domicilio del que haya tenido conocimiento.

CLÁUSULA 23: DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

Esta póliza cubre las consecuencias de los riesgos cubiertos que ocurran dentro y fuera de los límites geográficos de la República de Guatemala.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 475 del 2022 registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.