

SOLICITUD DE SEGURO - PERSONA INDIVIDUAL**Seguro Colectivo de Vida Modular****Temporal Anual Renovable**

Por medio de la presente solicito a "ASEGURADORA RURAL, S. A.", una póliza de Seguro Colectivo de Vida proporcionando para esto los datos que me identifican como Contratante:

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE PERSONA INDIVIDUAL

Primer nombre

Segundo nombre

Otros nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Apellido de Casada

Tipo de documento de identificación:

Número de documento de identificación:

Nacionalidad:

Otra nacionalidad:

Fecha de nacimiento(dd/mm/aa)

Edad:

Lugar de nacimiento:

NIT:

Estado civil:

Sexo:

Correo electrónico / e-mail:

M

☐

F

Dirección del Solicitante (Domicilio) (No. de calle o avenida, No. de casa, sector, lote, manzana, colonia otro.)

Zona:

Municipio:

Departamento:

No. de celular:

Teléfono de casa:

Teléfono de oficina:

1.2 Información del SOLICITANTE para cumplir con disposiciones de la IVE relacionada con la Ley Contra Lavado de Dinero y Otros Activos

1.2.1	El Solicitante es Persona Expuesta Políticamente *(PEP):	Si	☐	No	☐
1.2.2	Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)* /	Si	☐	No	☐
1.2.3	Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)* /	Si	☐	No	☐
1.2.4	El solicitante actúa en nombre propio:	Si	☐	No	☐
1.2.5	Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América:	Si	☐	No	☐
1.2.6	Posee documento de identidad Green Card:	Si	☐	No	☐
1.2.7	Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América:	Si	☐	No	☐
1.2.8	Ingresos mensuales:				

*(PEP): Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala o en otro país, o aquella que tiene o se le ha confiado una función prominente en una organización internacional, así como, los dirigentes de partidos políticos nacionales y de otro país que por su perfil están expuestos a riesgos inherentes a su nivel o posición jerárquica.

(PEP)* / Si la respuesta es positiva, proporcionar información según lo indicado en el Anexo A.III de Persona Expuesta Políticamente (PEP).

2. INFORMACIÓN PARA EMITIR LA PÓLIZA

2.1 Grupo Asegurable: _____

2.2 Actividad del grupo: _____

2.3 Inicio de Vigencia: _____ 2.4 Fin de Vigencia: _____

2.5 Contributiva: No ☐ Si ☐ Porcentaje: _____ %



2.6 Periodicidad de pago: _____
 2.7 Moneda: _____ 2.8 Prima a pagar: _____
 2.9 Se determinará la suma asegurada para la póliza por: Categoría: _____
 Rangos de edad: _____ Otros (detallar): _____

2.10 Facturar a nombre de: _____

2.10.1 Dirección: _____

2.10.2 NIT: _____

3. PROGRAMA DE BENEFICIOS

3.1 COBERTURA PRINCIPAL

Cobertura Principal	Límite de edad	Suma Asegurada	Período de Carencia

3.2 ANEXOS – COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura Incluida	Límite de edad	Suma Asegurada	Período de Carencia/Período de Espera

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE:

ASEGURADORA RURAL, S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro.

Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud, autorizo como Contratante de la póliza, voluntariamente a La Aseguradora, para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi documento personal de identificación. La tramitación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo por parte de la Aseguradora.

Autorizo para que me envíen la póliza, condiciones generales y otros documentos relacionados con la póliza por medio de comunicación electrónica.

Si la póliza y sus anexos no concordaren con la oferta, me reservo el derecho de pedir rectificación por escrito dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la póliza, transcurrido dicho plazo sin que solicite la mencionada rectificación se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza y sus anexos; por lo tanto, firmo el presente formulario de solicitud, a los ____ días del mes de _____ de _____.

Firma del Contratante

Número de documento identificación : _____

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución _____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Uso Interno de la Aseguradora:

Código Agente o Intermediario _____	Nombre del Agente o Intermediario _____
Agencia _____	Código colaborador _____
	Iniciales Colaborador _____
	Firma _____



SOLICITUD DE SEGURO - PERSONA JURÍDICA

Seguro Colectivo de Vida Modular

Temporal Anual Renovable

Por medio de la presente solicito a "ASEGURADORA RURAL, S. A.", una póliza de Seguro Colectivo de Vida proporcionando para esto los datos que me identifican como Contratante:

1. CONTRATANTE

1. Nombre del contratante: _____
2. Dirección: _____ Tel.: _____
3. Actividad: _____ NIT: _____
4. País de origen: _____
5. Fecha de Constitución: _____
6. Tiene uno o más accionistas estadounidenses con una participación superior al 10%: Si su respuesta positiva amplíe información.
Si ☐ No ☐ Detalle: _____
7. Correo electrónico / e-mail: _____

Y como Representante Legal del Contratante:

8. Nombre completo: _____
9. Nacionalidad: _____ 10. D.P.I.: _____
11. Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América: Si ☐ No ☐
12. Posee documento de identidad Green Card: Si ☐ No ☐
13. Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América: Si ☐ No ☐
14. Persona Expuesta Políticamente *(PEP): Si ☐ No ☐
15. Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*: Si ☐ No ☐
16. Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*: Si ☐ No ☐

—*(PEP): Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala o en otro país, o aquella que tiene o se le ha confiado una función prominente en una organización internacional, así como, los dirigentes de partidos políticos nacionales y de otro país que por su perfil están expuestos a riesgos inherentes a su nivel o posición jerárquica.

(PEP)*: Si la respuesta es positiva, proporcionar información según lo indicado en el Anexo A.III de Persona Expuesta Políticamente (PEP).

2. INFORMACIÓN PARA EMITIR LA PÓLIZA

- 2.1 Grupo Asegurable: _____
- 2.2 Actividad del grupo: _____
- 2.3 Inicio de Vigencia: _____ 2.4 Fin de Vigencia: _____
- 2.5 Contributiva: No ☐ Si ☐ Porcentaje: _____ %



2.6 Periodicidad de pago: _____

2.7 Moneda: _____ 2.8 Prima a pagar: _____

2.9 Se determinará la suma asegurada para la póliza por: Categoría: _____

Rangos de edad: _____ Otros (detallar): _____

2.10 Facturar a nombre de: _____

2.10.1 Dirección: _____

2.10.2 NIT: _____

3. PROGRAMA DE BENEFICIOS

3.1 COBERTURA PRINCIPAL

Cobertura Principal	Límite de edad	Suma Asegurada	Período de Carencia

3.2 ANEXOS – COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura Incluida	Límite de edad	Suma Asegurada	Período de Carencia/Período de espera

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE:

ASEGURADORA RURAL, S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro.

Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud, autorizo como Contratante de la póliza, voluntariamente a La Aseguradora, para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi documento personal de identificación.

La tramitación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo por parte de la Aseguradora.

Autorizo para que me envíen la póliza, condiciones generales y otros documentos relacionados con la póliza por medio de comunicación electrónica.

Si la póliza y sus anexos no concordaren con la oferta, me reservo el derecho de pedir rectificación por escrito dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la póliza, transcurrido dicho plazo sin que pida la mencionada rectificación se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza y sus anexos; por lo tanto, firmo el presente formulario de solicitud, a los ____ días del mes de _____ de _____.

Firma y sello del Contratante

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

Uso Interno de la Aseguradora:

Código Agente o Intermediario _____ Nombre del Agente o Intermediario _____
Agencia Código colaborador Iniciales Colaborador Firma



CARÁTULA DE LA PÓLIZA

Seguro Colectivo de Vida Modular

Temporal Anual Renovable

No. de Póliza: _____

CONTRATANTE

Nombre del contratante: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Grupo Asegurado: _____

NIT: _____

Actividad del grupo Asegurado: _____

La suma asegurada se determinó por: _____

PROGRAMA DE BENEFICIOS**COBERTURA PRINCIPAL**

Cobertura Principal	Límite de edad	Suma Asegurada	Período de Carencia

ANEXOS – COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura Incluida	Límite de edad	Suma Asegurada	Período de espera /Período de carencia

VIGENCIA, PRIMA

Inicio de Vigencia: _____ Fin de Vigencia: _____

Moneda: _____ Prima anual a pagar: _____

Periodicidad: _____ Prima fraccionada: _____

ASEGURADORA RURAL, S.A., con domicilio en la Ciudad de Guatemala, al recibir las pruebas fehacientes de la ocurrencia del siniestro de cualquiera de los miembros de la colectividad asegurada, pagará el importe de la(s) cobertura(s) que proceda de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza. La Póliza entra en vigor en la fecha de inicio arriba indicada. Las primas son pagaderas por el Contratante al inicio de la Vigencia en la periodicidad de pago convenida.

Se firma la presente en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

ASEGURADORA RURAL, S.A._____
Firma autorizada

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



CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO INDIVIDUAL**Seguro Colectivo de Vida Modular
Temporal Anual Renovable**

Póliza No. _____

No. De Certificado: _____

CONTRATANTE: _____

Me adhiero a la solicitud para ser incluido como asegurado en la Póliza de Seguro Colectivo de Vida Temporal Anual Renovable, para lo cual suministro los siguientes datos personales:

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE – ASEGURADO

Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres
Primer apellido	Segundo apellido	Apellido de Casada
Tipo de documento de identificación:		Número de documento de identificación:
Nacionalidad:	Otra nacionalidad:	Fecha de nacimiento(dd/mm/aa):
		Edad:
Lugar de nacimiento:	NIT:	Estado civil:
Sexo:	Correo electrónico / e-mail:	
M	F	
Dirección del Solicitante: (Domicilio) (No. de calle o avenida, No. de casa, sector, lote, manzana, colonia otro):		
Zona:	Municipio:	Departamento:
No. de celular:	Teléfono de casa:	Teléfono de oficina:
Ocupación o empleo actual:	Lugar de trabajo:	
Actividad del Solicitante-Asegurado:		

Declaro que estoy enterado que la suma asegurada consignada en este consentimiento está determinada de acuerdo con las normas establecidas en la solicitud de seguro, firmada por el Contratante.

2. PROGRAMA DE BENEFICIOS

2.1 COBERTURA PRINCIPAL			
Cobertura Principal	Límites de edad	Suma Asegurada	Periodo de Carencia

2.2 ANEXOS – COBERTURAS ADICIONALES			
Cobertura Incluida	Límites de edad	Suma Asegurada	Periodo de Carencia /Periodo de Espera



3. VIGENCIA, PRIMA, FACTURACIÓN

Fecha de inicio de vigencia: _____ Fecha de fin de vigencia: _____

Prima anual a pagar: _____ Moneda: _____

Periodicidad de pago: _____ Valor de prima fraccionada: _____

Facturar a nombre de: _____

Dirección: _____ NIT: _____

4. BENEFICIARIOS

Designación de Beneficiarios:

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

Se sugiere que los beneficiarios nombrados sean mayores de edad.

5. PAGO DE LA PRIMA

_____a prima será pagada:

- a) _____ Sin contribución
- b) _____ Contributiva, debiendo contribuir cada Asegurado con el _____ % total de la prima.

6. Información del SOLICITANTE para cumplir con disposiciones de la IVE relacionada con la Ley Contra Lavado de Dinero y Otros Activos

6.1	El Solicitante es Persona Expuesta Políticamente *(PEP):	Si	☐	No	☐
6.2	Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)* /	Si	☐	No	☐
6.3	Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)* /	Si	☐	No	☐
6.4	El solicitante actúa en nombre propio:	Si	☐	No	☐
6.5	Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América:	Si	☐	No	☐
6.6	Posee documento de identidad Green Card:	Si	☐	No	☐
6.7	Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América:	Si	☐	No	☐
6.8	Ingresos mensuales:				

*(PEP): Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala o en otro país, o aquella que tiene o se le ha confiado una función prominente en una organización internacional, así como, los dirigentes de partidos políticos nacionales y de otro país que por su perfil están expuestos a riesgos inherentes a su nivel o posición jerárquica.

(PEP)* / Si la respuesta es positiva, proporcionar información según lo indicado en el Anexo A.III de Persona Expuesta Políticamente (PEP).

7.1 DECLARACIÓN DE SALUD

	NO	SI
A) ¿Padece, ha padecido, está, estuvo en tratamiento o ha estado hospitalizado por: cáncer, enfermedad del sistema cardiovascular, enfermedad renal, VIH/SIDA, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar, diabetes, hipertensión u otra enfermedad?		
B) En los últimos doce meses ha estado bajo algún otro tratamiento médico:		
C) Tiene alguna incapacidad física para el desempeño normal de su trabajo:		



En caso de cualquier respuesta afirmativa, utilice los siguientes renglones para dar detalles (diagnóstico, fecha de diagnóstico, estudios realizados, resultados, evolución, tratamiento, secuelas, etc.)

Con la firma de este Consentimiento-Certificado Individual declaro a Aseguradora Rural, S.A., que: me encuentro en buen estado de salud y que no padezco ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, cáncer o VIH/SIDA. También declaro que mi habilidad física no se encuentra limitada y no padezco de paraplejía, cuadriplejía, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, hepatitis, cirrosis, apoplejía, vértigo o enfermedades mentales y reconozco que de padecer alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente y si omito que padezco alguna de ellas, no tendré derecho a ningún beneficio descrito en este Consentimiento-Certificado Individual, a excepción si lo he declarado y este ha sido aceptado por la Aseguradora, quedando como única obligación de la Aseguradora la devolución de primas. Aseguradora Rural, S.A., se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a la verdad.

7.2 DECLARACIONES ADICIONALES

1. Aseguradora Rural, S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.
2. Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro.
3. Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud autorizo:
 - I. A cualquier médico, profesional, hospital, clínica, entidad o persona médica o relacionada medicamente para proveer a la Aseguradora la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí sin limitación alguna.
 - II. A la Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mí documento personal de identificación.
4. Tengo pleno conocimiento que después de haber transcurrido el período de carencia establecido en el Programa de Beneficios, se cubrirá mi fallecimiento por cualquier enfermedad.

Con la firma de este Consentimiento-Certificado autorizo a Aseguradora Rural, S.A., a:

- a. Realizarme las pruebas de asegurabilidad que la Aseguradora considere necesarias, para verificar mi estado de salud, pruebas que deberé realizar en el momento que la Aseguradora me lo indique o antes de la aceptación de mi solicitud (Consentimiento).
- b. Aseguradora Rural, S.A. podrá efectuar la renovación automática del Consentimiento-Certificado Individual.
- c. Aseguradora Rural, S.A. pagará al (los) beneficiario(s) de este seguro cuando fallezca el Asegurado. Se cubrirá cualquier enfermedad, siempre y cuando haya transcurrido el período de carencia establecido en Programa de beneficios de este Consentimiento-Certificado Individual.
- d. Que me envíen el Consentimiento-Certificado Individual, Anexo(s) contratado(s), Condiciones Generales, Condiciones Particulares que correspondan por cualquier medio de comunicación electrónica.

Aseguradora Rural, S.A., pagará las sumas aseguradas que se indican para cada cobertura y de acuerdo con lo que se estipula en las Condiciones Generales, Anexos Contratado(s), Condiciones Particulares de este Consentimiento-Certificado Individual. El pago se hará a los beneficiarios designados por el asegurado después de recibir pruebas de la realización de la eventualidad prevista, siempre y cuando el seguro respectivo se encuentre en vigor. La mora en el pago de la prima convenida en el Consentimiento-Certificado Individual o anexos que se emitan con fundamento en la póliza, producirá la terminación automática del seguro.

Obligaciones del Beneficiario en caso de siniestro



En todo momento del reclamo, el Beneficiario o Beneficiarios deberán presentar: Formulario de reclamo, el certificado original de defunción del Asegurado, certificado de nacimiento del Asegurado actualizado, fotocopia autenticada de DPI Asegurado y del (o los) beneficiario(s) y aquella documentación adicional que la Aseguradora requiera según las circunstancias del fallecimiento.

Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla. Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los siguientes diez (10) días.

Se adhieren a este Consentimiento-Certificado Individual los siguientes documentos: Condiciones Generales, Anexo(s) contratado(s) y Condiciones Particulares, que serán enviados por los siguientes medios: Por medio de comunicación electrónica o descargándolos en la página web de Aseguradora Rural, S.A.: _____

Se firma el presente en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma del Solicitante - Asegurado

Nombre: _____ Número de identificación: _____

f) Aseguradora Rural, S.A.

8. AUTORIZACIÓN

Yo _____
Autorizo a Aseguradora Rural, S.A. para que se haga el cargo a mi cuenta bancaria No. _____
_____ o cualquier otra cuenta que posea con fondos disponibles, por el importe de la prima de seguro y la periodicidad de pagos convenida.

☐ Caja ☐ Depósito Monetario ☐ Depósito Ahorro Fecha de Débito: _____
☐ Tarjeta de crédito _____ Fecha de vencimiento: _____ Mes _____ Año: _____

f) Cuentahabiente o Tarjetahabiente

Número de documento de identificación: _____

Lugar: _____ Fecha (dd/mm/aa): _____

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución _____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Uso Interno de la Aseguradora:

Agencia

Código colaborador

Iniciales Colaborador

Firma



CONSENTIMIENTO
Seguro Colectivo de Vida Modular
Temporal Anual Renovable

No. de póliza _____

CONTRATANTE: _____

Me adhiero a la solicitud para ser incluido como asegurado en la Póliza de Seguro Colectivo de Vida Temporal anual Renovable, para lo cual suministro los siguientes datos personales:

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Primer nombre Segundo nombre Otros nombres

Primer apellido Segundo apellido Apellido de Casada

Tipo de documento de identificación: Número de documento de identificación:

Nacionalidad: Otra nacionalidad: Fecha de nacimiento(dd/mm/aa): Edad:

Lugar de nacimiento: NIT: Estado civil:

Sexo: Correo electrónico / e-mail:

M F

Dirección del Solicitante (Domicilio) (No. de calle o avenida, No. de casa, sector, lote, manzana, colonia otro.)

Zona: Municipio: Departamento:

No. de celular: Teléfono de casa: Teléfono de oficina:

Ocupación o empleo actual: Lugar de trabajo:

Actividad del Solicitante:

Declaro que estoy enterado que la suma asegurada consignada en este consentimiento está determinada de acuerdo con las normas establecidas en la solicitud de seguro, firmada por el contratante.

2. PROGRAMA DE BENEFICIOS

2.1 COBERTURA PRINCIPAL			
Cobertura Principal	Límites de edad	Suma Asegurada	Período de Carencia

2.2 ANEXOS – COBERTURAS ADICIONALES			
Cobertura Incluida	Límites de edad	Suma Asegurada	Período de Carencia /Período de Espera

3. VIGENCIA, FACTURACIÓN

Fecha de inicio de vigencia: _____ Fecha fin de vigencia: _____

Prima anual a pagar: _____ Moneda: _____



Periodicidad de pago: _____ Valor de prima fraccionada : _____

Para Contributivos al 100% especificar: Facturar a nombre de: _____
 Dirección: _____ N.I.T: _____

4. BENEFICIARIOS

Designación de Beneficiarios:

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

Se sugiere que los beneficiarios nombrados sean mayores de edad.

5. PAGO DE LA PRIMA

La prima será pagada:

- a) _____ Sin contribución
 b) _____ Contributiva, debiendo contribuir cada Asegurado con el _____ % total de la prima.

6. Información del SOLICITANTE para cumplir con disposiciones de la IVE relacionada con la Ley Contra Lavado de Dinero y Otros Activos

6.1 El Solicitante es Persona Expuesta Políticamente *(PEP):	Si ☐	No ☐
6.2 Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)* /	Si ☐	No ☐
6.3 Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)* /	Si ☐	No ☐
6.4 El solicitante actúa en nombre propio:	Si ☐	No ☐
6.5 Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América:	Si ☐	No ☐
6.6 Posee documento de identidad Green Card:	Si ☐	No ☐
6.7 Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América:	Si ☐	No ☐
6.8 Ingresos mensuales:		

*(PEP): Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala o en otro país, o aquella que tiene o se le ha confiado una función prominente en una organización internacional, así como, los dirigentes de partidos políticos nacionales y de otro país que por su perfil están expuestos a riesgos inherentes a su nivel o posición jerárquica.

* / Si la respuesta es positiva, proporcionar información según lo indicado en el Anexo A.III de Persona Expuesta Políticamente (PEP).

7.1 DECLARACIÓN DE SALUD

	NO	SI
A) ¿Padece, ha padecido, está, estuvo en tratamiento o ha estado hospitalizado por: cáncer, enfermedad del sistema cardiovascular, enfermedad renal, VIH/SIDA, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar, diabetes, hipertensión u otra enfermedad?	☐	☐
B) En los últimos doce meses ha estado bajo algún otro tratamiento médico:	☐	☐
C) Tiene alguna incapacidad física para el desempeño normal de su trabajo:	☐	☐

En caso de cualquier respuesta afirmativa, utilice los siguientes renglones para dar detalles (diagnóstico, fecha de diagnóstico, estudios realizados, resultados, evolución, tratamiento, secuelas, etc.)

Con la firma de este Consentimiento declaro a Aseguradora Rural, S.A., que: me encuentro en buen estado de salud y que no padezco, ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, cáncer o VIH/SIDA. También declaro que mi habilidad física no se encuentra limitada y no padezco de paraplejía, cuadriplejía, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, hepatitis, cirrosis,



apoplejía, vértigo o enfermedades mentales y reconozco que de padecer alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente y si omito que padezco alguna de ellas, no tendré derecho a ningún beneficio descrito en este Consentimiento a excepción si lo he declarado y este ha sido aceptado por la Aseguradora, quedando como única obligación de la Aseguradora la devolución de primas. Aseguradora Rural, S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se comprobare que esta declaración no corresponde a la verdad.

7.2 DECLARACIONES ADICIONALES

1. Aseguradora Rural, S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.
2. Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro.
3. Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud autorizo:
 - I. A cualquier médico, profesional, hospital, clínica, entidad o persona médica o relacionada medicamente para proveer a la Aseguradora la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí sin limitación alguna.
 - II. A la Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mí documento personal de identificación.
4. Tengo pleno conocimiento que después de haber transcurrido el período de carencia establecido en el Programa de Beneficios, se cubrirá mi fallecimiento por cualquier enfermedad preexistente.

Con la firma de este Consentimiento autorizo a Aseguradora Rural, S.A., a:

- a. Realizarme las pruebas de asegurabilidad que la Aseguradora considere necesarias, para verificar mi estado de salud, pruebas que deberé realizar en el momento que la Aseguradora me lo indique o antes de la aceptación de mi solicitud (Consentimiento).
- b. A que pueda efectuar la renovación automática del Certificado Individual.
- c. Que me envíen el Certificado Individual, Anexo(s) contratado(s), Condiciones Generales, Condiciones Particulares que correspondan, por medio de comunicación electrónica.

Se firma el presente en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma del Solicitante

Nombre: _____ Número de identificación: _____

8. AUTORIZACIÓN

Yo _____

Autorizo a Aseguradora Rural, S.A., para que se haga el cargo a mi cuenta bancaria No. _____ o cualquier otra cuenta que posea con fondos disponibles, por el importe de la prima de seguro y la periodicidad de pagos convenida.

☐ Caja ☐ Depósito Monetario ☐ Depósito Ahorro Fecha de Débito: _____
☐ Tarjeta de crédito _____ Fecha de vencimiento: Mes _____ Año: _____

f) Cuentahabiente o Tarjetahabiente

Número de documento de identificación: _____

Lugar: _____ Fecha (dd/mm/aa): _____

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución _____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Uso Interno de la Aseguradora:

Código Agente o Intermediario _____ Nombre del Agente o Intermediario _____
Agencia _____ Código colaborador _____ Iniciales Colaborador _____ Firma _____



CERTIFICADO INDIVIDUAL

Seguro Colectivo de Vida Modular

Temporal Anual Renovable

Póliza No. _____

No. De Certificado _____

CONTRATANTE:**1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

Primer nombre

Segundo nombre

Otros nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Apellido de Casada

Tipo de documento de identificación:

Número de documento de identificación:

Nacionalidad:

Otra nacionalidad:

Fecha de nacimiento(dd/mm/aa):

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Teléfono:

Correo electrónico/e-mail:

M ☐ F ☐

Dirección del Solicitante (Domicilio) (No. de calle o avenida, No. de casa, sector, lote, manzana, colonia otro):

Zona:

Municipio:

Departamento:

2. PROGRAMA DE BENEFICIOS**2.1 COBERTURA PRINCIPAL**

Cobertura Principal	Límites de edad	Suma Asegurada	Período de carencia

2.2 ANEXOS – COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura Incluida	Límites de edad	Suma Asegurada	Período de Carencia /Período de Espera

2.3 VIGENCIA, PRIMA

Fecha de inicio de vigencia: _____ Fecha de fin de vigencia: _____

Prima anual a pagar: _____ Moneda: _____

Periodicidad de pago: _____ Valor de prima fraccionada: _____

3. BENEFICIARIOS

Designación de Beneficiarios:

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

Se sugiere que los beneficiarios nombrados sean mayores de edad.



4. ACLARACIONES

1. Aseguradora Rural, S.A. podrá efectuar la renovación automática del Consentimiento-Certificado Individual.
2. Aseguradora Rural, S.A. pagará al (los) beneficiario(s) por fallecimiento del Asegurado. Se cubrirá la muerte por cualquier enfermedad preexistente, siempre y cuando haya transcurrido el período de carencia establecido en Programa de Beneficios de este Certificado.

Aseguradora Rural, S.A., pagará las sumas aseguradas que se indican para cada cobertura y de acuerdo con lo que se estipula en las Condiciones Generales, Anexos contratados y Condiciones Particulares de este Certificado. El pago se hará a los beneficiarios designados por el Asegurado después de recibir pruebas de la realización de la eventualidad prevista en este certificado, siempre y cuando el seguro respectivo se encuentre en vigor. La mora en el pago de la prima convenida en los certificados o anexos que se emitan con fundamento en la póliza, producirá la terminación automática del seguro.

Obligaciones del Beneficiario en caso de siniestro

En todo momento del reclamo, el Beneficiario o Beneficiarios deberán presentar: Formulario de reclamo, el certificado original de defunción del Asegurado, Certificado de nacimiento del Asegurado actualizado, fotocopia autenticada de DPI del Asegurado, el o (los) beneficiario(s) y aquella documentación adicional que la Aseguradora requiera según las circunstancias del fallecimiento.

Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla. Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los siguientes diez (10) días.

Se adhieren a este Certificado Individual los siguientes documentos: Condiciones Generales, Anexos contratados y Condiciones Particulares, que serán enviados por medio comunicación electrónica o descargándolos en la página web de Aseguradora Rural, S.A.: _____

Se firma el presente en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Aseguradora Rural, S.A.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución _____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



CONDICIONES GENERALES

Seguro Colectivo de Vida Modular Temporal Anual Renovable

1. CONTRATO

La Solicitud, la Carátula de la Póliza, Consentimiento, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual (según corresponda), estas Condiciones Generales, y cualquier Anexo que se adhiera a la Póliza forman parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada "La Aseguradora", el Contratante y Asegurado.

2. ESTIPULACIÓN LEGAL

El Contratante y el Asegurado al recibir la Póliza, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual debe cerciorarse que concuerde con lo solicitado 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".

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.

3. OBJETO DEL CONTRATO

Mediante este seguro La Aseguradora se compromete a cubrir los riesgos en estas Condiciones Generales y Anexos, y a indemnizar al Asegurado o su(s) beneficiario(s) la prestación correspondiente en caso de siniestro cubierto por esta Póliza y hasta por la suma asegurada indicada

como límite en Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

4. DEFINICIONES

Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el asegurado.

Anexo: Es el documento que se adhiere a una póliza de seguro en el que se modifican las condiciones generales y/o adicionan coberturas al plan del seguro.

Asegurado: Es la persona individual que a solicitud del contratante queda cubierta por un seguro colectivo.

Código IATA: Es el código asignado a un aeropuerto por la Asociación Internacional de Transporte Aéreo.

Contratante: Es la persona individual o jurídica que celebra y mantiene un contrato de seguro colectivo con una Aseguradora, con el fin de asegurar a un grupo asegurable.

Edad: Es la edad alcanzada efectivamente por cada Asegurado, que sirve para determinar la prima anual inicial o de renovación de las coberturas de esta Póliza.

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



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

Grupo asegurable: Es el conjunto de personas individuales que mantienen un vínculo ó interés en común con el Contratante, previo e independiente de la celebración del contrato del seguro.

Mora: La falta de pago en el plazo acordado, de cualquier cuota o pago mínimo establecido que corresponda a la obligación que tiene el Asegurado con el Contratante.

Muerte Violenta: Se entiende por muerte violenta todo evento premeditado realizado por otra persona, no considerado como defensa propia del Asegurado, acto de solidaridad humana o accidente y que resulta en fallecimiento del Asegurado.

Pago Contributivo: El Contratante y el Asegurado aportan la prima en la proporción convenida o el Asegurado aporta la totalidad de la prima.

Pago No Contributivo: El Contratante aporta el total de la prima.

Período de Carencia: Es el periodo de tiempo establecido en la póliza, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual, a partir de la contratación del seguro, durante el cual el Asegurado no cuenta con la cobertura por los riesgos asegurados, es decir La Aseguradora no cubre las indemnizaciones de los reclamos ocurridos durante dicho periodo.

Seguro Colectivo: Es un contrato de seguro que proporciona cobertura a un grupo asegurado.

Vigencia: Es el período de tiempo previsto en la póliza durante el cual surten efectos las coberturas. La vigencia de cada póliza, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

5. COBERTURA PRINCIPAL

Muerte por cualquier causa

a. Cobertura

Si durante la vigencia de la póliza, Certificado Individual, Consentimiento-Certificado Individual ocurre el fallecimiento del Asegurado la Aseguradora pagará al (los) Beneficiario(s) la suma asegurada contratada.

Cuando el fallecimiento del Asegurado sea a causa de cualquier enfermedad preexistente, se cubrirá siempre y cuando haya transcurrido el período de carencia establecido en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

b. Indisputabilidad

Las omisiones o inexactas declaraciones del Asegurado, diferentes de las referentes a la edad del Asegurado, dan derecho a la Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro; pero dicho derecho caduca, si la póliza ha estado en vigor, en vida del Asegurado, durante dos (2) años contados a partir de la fecha de su perfeccionamiento ó de ultima rehabilitación.

Esta Cláusula aplica para todas las coberturas indicadas en esta póliza y las que incluyan por medio de anexos.

6. SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido antes de que hubiesen transcurrido dos (2) años desde la celebración del contrato, la Aseguradora no estará obligada al pago de la indemnización convenida, sino únicamente a la devolución de las primas percibidas.

7. EXCLUSIONES APLICABLES A LA COBERTURA PRINCIPAL Y A LOS ANEXOS

Ninguna cobertura y Anexo será pagadero con relación a esta póliza si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado son directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquiera de las siguientes causas:

- a) Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas (medie o no declaración de guerra), guerra civil, golpe militar, actos de terrorismo, insurrección, rebelión, revolución, poder militar o usurpación de poder, ley marcial, amotinamiento, disturbio, conmoción civil, alboroto popular, levantamientos.
- b) Contaminación radioactiva, fisión o fusión nuclear.
- c) Acto(s) delictivo(s) cometido(s), en calidad de autor, cómplice, encubridor.
- d) Vuelos no regulares. Solo se considerarán vuelos regulares, los vuelos que cumplan con cada una de las siguientes condiciones:



1. El vuelo debe estar programado para despegar y aterrizar en aeropuertos con código IATA.
2. Todos los miembros de la tripulación deberán tener las licencias válidas y vigentes para el vuelo.
3. El vuelo deberá estar programado para una ruta de pasajeros establecida de acuerdo con un programa de vuelos publicado.

8. LÍMITES DE EDAD Y EDAD INEXACTA

8.1. Límites de Edad: Los límites de edad quedaran estipulados en la carátula de la póliza, Certificado Individual, Consentimiento-Certificado Individual.

8.2. Edad Inexacta: La edad del Asegurado será calculada de acuerdo con la fecha de nacimiento consignada en o que aparece en DPI o Certificado de nacimiento o cualquiera de los demás medios permitidos por la Ley para tales fines.

Si se comprueba que la edad real del Asegurado es mayor que la edad declarada, la Aseguradora **pagará** la Suma Asegurada correspondiente por la prima efectivamente pagada.

La Aseguradora puede efectuar la comprobación de edad en cualquier momento, y en caso de que la edad real, en la fecha de vigencia de la Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual no esté dentro de los límites de admisión antes mencionados se procederá así:

1. Si el Asegurado vive, se considera como no hecho su seguro, devolviéndole al Asegurado la última prima anual pagada o las partes de ésta, cuando la prima es fraccionada, quedando la Aseguradora liberada de cualquier otra responsabilidad al respecto; y
2. Si el Asegurado ha fallecido, la suma asegurada a pagar será la que con la prima satisfecha hubiere podido comprarse a la edad verdadera y, como máximo, la suma asegurada que figurase en el registro de asegurados en cuestión, si de dicho cálculo resultare una cantidad mayor.

Para los cálculos que exige el presente numeral se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

9. PAGO DE PRIMA Y PERÍODO DE GRACIA

9.1 Pago de prima: La prima es la retribución o precio del seguro y conforme la ley debe pagar en el momento de la celebración del contrato y en el lugar estipulado en la Carátula de la póliza, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

El pago de la prima en el seguro de grupo puede efectuarse bajo las siguientes formas: sin contribución y contributiva.

Pago no contributivo: Cuando el contratante aporta el total de la prima; debe asegurarse el CIENTO POR CIENTO del grupo asegurable. Sin embargo queda a juicio de la Aseguradora aceptar o no, dentro del grupo asegurado, a las personas que no hayan cumplido un año de servicios continuo de la empresa.

Pago Contributivo: Cuando el Asegurado aporta una parte o la totalidad de la prima; debe asegurarse como mínimo el 75% del grupo asegurable, y este porcentaje no debe ser inferior a diez personas. Además la proporción de la prima que satisfaga cada miembro en ningún caso debe exceder del 75% de la cuota promedio. Cuando la suma asegurada de cada miembro asegurado sufra variación al iniciarse cada periodo asegurable, o dentro del periodo asegurado, la Aseguradora determinará la prima individual, multiplicando la prima de tarifa que corresponda a cada uno de los miembros del Grupo, por la obligación individual efectiva al determinar la prima.

9.2 Período de gracia: El Asegurado gozará de un período de gracia de treinta (30) días corridos, contados a partir de la fecha de pago, para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones de la prima pactada.

10. EL CONTRATANTE Y SUS OBLIGACIONES

Es la persona individual o jurídica que celebra y mantiene este contrato de seguro colectivo con la Aseguradora, con el fin de asegurar a un grupo asegurable.

Son obligaciones del Contratante:

- a) Pagar a la Aseguradora la prima de seguro con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
- b) Recaudar de las personas del grupo asegurado la cantidad de la prima de seguro



con la que contribuyen, en la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.

- c) Informar, en la forma convenida, a La Aseguradora:
 - 1. El ingreso al grupo asegurado de nuevas personas, adjuntando los Consentimientos respectivos o los Consentimientos-Certificados Individuales y demás documentación que le requiera la Aseguradora;
 - 2. La separación definitiva de alguna persona asegurada del grupo asegurado;
 - 3. Cualquier situación de los asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza, así como las agravaciones esenciales que tenga el riesgo, que sean de su conocimiento; y,
 - 4. La terminación de su calidad como Contratante.
- d) Dar a conocer a la persona que se asegure, la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- e) Entregar el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual a cada persona del grupo asegurado y, en su caso, la constancia de contratación del seguro, por el medio convenido.
- f) No efectuar cargos adicionales al asegurado sobre la prima fijada por La Aseguradora.

11. TERMINACIÓN DE SU CALIDAD COMO CONTRATANTE

El Contratante que concluya sus obligaciones para con el Grupo asegurado, debe notificarlo por escrito a La Aseguradora, en un término que no exceda de ocho (8) días, desde la fecha en que finalizaron sus obligaciones.

La Aseguradora podrá decidir a su juicio, y conforme a la ley, la rescisión de la Póliza durante los treinta (30) días corridos siguientes a la fecha de haber recibido la notificación y sus obligaciones terminarán treinta (30) días corridos después de haber sido notificada la rescisión al nuevo Contratante.

La Aseguradora reembolsará al Contratante o al Asegurado en la proporción en que cada uno contribuya la parte de la prima pagada que pudiera resultar no devengada.

12. INGRESOS Y SEPARACIONES DEL GRUPO ASEGURADO

12.1 Altas de Asegurados

Las personas que cumplan con los requisitos establecidos por la Aseguradora podrán ingresar al grupo asegurado con posterioridad a las fechas de emisión o renovaciones de esta póliza, siempre que mantengan una relación con el Contratante. Este derecho sólo se reserva a los que manifiesten su consentimiento dentro de los treinta (30) días corridos siguientes a su ingreso o alta con el Contratante.

Los que soliciten su ingreso al grupo asegurado con posterioridad, quedan sujetos a las normas de selección de La Aseguradora para seguros individuales.

En ambos casos, La Aseguradora cobrará al Contratante la parte de la prima que corresponda al tiempo que falte para concluir el período asegurado. Queda entendido y convenido que dicha prima siempre se computará en días completos.

12.2. 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 en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual de seguro emitido a su favor por La Aseguradora.

La prima no devengada por cada Asegurado que cause baja se determinará tomando en cuenta los días que faltan para que termine el seguro, devengando La Aseguradora la prima correspondiente al día durante el cual suceda la baja.

13. BENEFICIARIOS:

El Asegurado puede nombrar uno o más beneficiarios en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual y tiene derecho a cambiarlos cuantas veces lo desee, sin necesidad del consentimiento de los mismos ni del Contratante de la póliza, quien, en su caso, solamente puede tener conocimiento del cambio.

El Contratante no puede nombrar beneficiarios ni ser designado como tal, ni debe ceder los derechos de la suma asegurada; con excepción de los casos siguientes:



- a. Cuando la cobertura del contrato de seguro de seguro sea para garantizar créditos concedidos por el Contratante; y
- b. Cuando la cobertura del contrato del seguro sea para garantizar prestaciones laborales a cargo del Contratante.

En ambos casos el Contratante solo podrá ser beneficiario hasta por el saldo adeudado del crédito o por el valor de la prestación laboral pagada, respectivamente.

14. VIGENCIA, RENOVACIÓN, REHABILITACIÓN

14.1 Vigencia

14.1.1 Vigencia de la Póliza: La vigencia de la póliza será de un año, desde la fecha que se estipula en la carátula de la póliza.

14.1.2. Vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual: Tendrá una vigencia anual y podrá ser renovada, siempre y cuando el asegurado siga reuniendo los requisitos otorgados por la misma.

14.2. Renovación: Al finalizar el plazo de vigencia podrá ser renovado automáticamente por la Aseguradora, conforme las tarifas y las sumas aseguradas de cada cobertura en vigor al momento de cada una de las renovaciones, siempre dentro de los límites de aceptación de cada cobertura.

14.3 Rehabilitación: En caso de falta de pago de la prima convenida, la aceptación posterior de una prima por la Aseguradora, rehabilitará la cobertura, previo análisis, clasificación y aceptación por escrito del riesgo por parte de la Aseguradora.

15. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

Toda persona que se separe definitivamente de la entidad Contratante, o deje de estar cubierta por la presente póliza en virtud de haberse cancelado ésta, y siempre que tal cancelación ocurra después de haber estado en vigor la misma por un periodo no menor de cinco años consecutivos, tiene el derecho de tomar por una sola vez, cualquier otro seguro individual de vida de los planes que emita la Aseguradora, sin el requisito de examen médico, siempre que no sea un Seguro Temporal, ni se incluya el seguro complementario de incapacidad, salvo anuencia expresa de la propia Aseguradora.

Tal derecho queda sujeto a las siguientes condiciones:

- a) Que su solicitud la presente a La Aseguradora dentro de los 30 días corridos contados a partir de la fecha de su separación de la entidad Contratante, o de la fecha de terminación de la póliza.
- b) Que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión establecidos por la Aseguradora para los seguros individuales de vida que entonces emita.
- c) Que la protección en caso de fallecimiento del solicitante no sea superior a la que tenía asignada en el registro de asegurados vigente.
- d) Aplican las tarifas del plan de seguro de Vida Individual que emita la Aseguradora.

16. MODIFICACIONES

Toda solicitud de modificación deberá hacerse por escrito a la Aseguradora. En consecuencia, los intermediarios o cualquier otra persona no autorizada específicamente por la Aseguradora carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones a las condiciones de la póliza. Toda notificación al Asegurado se realizará por escrito en la dirección que aparece en la carátula de la póliza, Consentimiento-Certificado Individual o Consentimiento Individual.

17. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

Toda omisión, reticencia, declaración falsa o inexacta por parte del Asegurado indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Consentimiento Individual de la póliza 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 de este, dará lugar a la terminación del contrato conforme a lo estipulado en el Código de Comercio de Guatemala.

18. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

Obligaciones del Beneficiario en caso de siniestro

En todo momento del reclamo, el Beneficiario o Beneficiarios deberán presentar el certificado original de defunción del Asegurado, Certificado de nacimiento del Asegurado, DPI del (o los) beneficiario(s) y aquella documentación adicional que la Aseguradora requiera según las circunstancias del fallecimiento.



Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla. Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los siguientes diez (10) días.

Si hubiera primas pendientes de pago las mismas se deducirán de la suma asegurada.

Prueba de muerte

La Aseguradora tendrá el derecho y la oportunidad si así lo requiere, de solicitar la realización de una autopsia en caso de muerte, de conformidad con lo establecido en la ley. Todos los gastos que estos exámenes y autopsia originen serán cubiertos por la aseguradora.

19. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Aseguradora no estará obligada al pago de la indemnización en los siguientes casos:

- Si el Asegurado o el(los) beneficiario(s) presenta(n) una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación.
- Si el Asegurado, el o (los) beneficiario(s) no puede(n) probar la ocurrencia del siniestro.
- Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las coberturas y Anexos de la póliza, siempre que las mismas no contradigan normas legales aplicables.

20. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE, EL ASEGURADO Y EL (LOS) BENEFICIARIO(S) EN CASO DE RECLAMACIÓN

El Contratante, el Asegurado y el (los) beneficiario(s) están obligados a:

- Rendir con exactitud y veracidad cualquier declaración requerida por la Aseguradora de

manera que pueda comprobarse el derecho a un beneficio con respecto a las coberturas; y

- Suministrar cualquier documentación adicional que la Aseguradora pueda requerir para su comprobación.

21. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura de la póliza, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual finaliza:

- Cuando el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de acuerdo a lo establecido en los límites de edad de la cobertura.
- Al finalizar el plazo de la póliza, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.
- Al fallecimiento del Asegurado.

22. TERMINACIÓN ANTICIPADA

No obstante el término de vigencia del contrato, el Contratante podrá dar por terminado el contrato anticipadamente sin expresión de causa, con quince días de aviso previo dado a la contraparte. La Aseguradora reembolsará al Contratante o al Asegurado en la misma proporción que cada uno contribuya, la parte de la prima pagada que pudiera resultar no devengada.

23. PROCEDIMIENTO PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTO

23.1 Negociación: Las partes acuerdan que cualquier controversia que resulte de este Contrato o que guarde relación con el mismo, relativo a su interpretación, incumplimiento, resolución o nulidad se intentará resolver por negociación entre las Partes.

23.2 Conciliación: En caso de que las Partes no pudieran resolver su conflicto mediante negociación, lo resolverán por mediación en los Centros de Mediación del Organismo Judicial de Guatemala que se encuentran en el territorio nacional. El Centro de Mediación competente será el más cercano a La Aseguradora.

23.3 Tribunales de la República de Guatemala: En caso en que no se pueda resolver por mediación, se resolverá ante los tribunales de la República de Guatemala. Los tribunales competentes son los de la Ciudad de Guatemala.



24. NOTIFICACIONES

Toda notificación a la Aseguradora deberá efectuarse en las oficinas de esta ubicadas en la dirección que aparece en la carátula de póliza mientras que al Contratante y Asegurado en la dirección que hubiere consignado en la póliza, Consentimiento-Certificado Individual, Consentimiento, Certificado Individual teniéndose por bien hechas y válidas, las que allí se les formulen, en tanto no notifiquen por escrito a la otra parte de cualquier cambio de las direcciones indicadas.

25. MONEDA

Tanto el pago de la prima como la indemnización a que dé lugar esta Póliza, son liquidables en la moneda en que fue contratada la misma.

26. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que deriven de esta Póliza prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Si el beneficiario no tiene conocimiento de su derecho, la prescripción se consumará por el transcurso de cinco (5) años contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones del asegurador.

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



ANEXO

MUERTE ACCIDENTAL

Seguro Colectivo de Vida Modular Temporal Anual Renovable

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada "La Aseguradora" y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la póliza, el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al (los) beneficiario(s) designado(s) en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual de la póliza la suma asegurada contratada para esta cobertura, cuando el Asegurado sufra la muerte accidental, durante la vigencia de la presente póliza, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual, o cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haber sufrido el accidente.

Para los efectos de esta cobertura se define como accidente lo estipulado en el apartado de Definiciones de las Condiciones Generales de la Póliza.

2. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, desde los 15 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 70 años.

3. EXCLUSIONES

Esta cobertura no será pagadera si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquier de las siguientes causas:

- a. Suicidio, conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- b. Accidente ocurrido mientras o porque el asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta

médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.

- c. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.
- d. La muerte causada por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.
- e. La participación del Asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, carreras, contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia, velocidad, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, práctica de deportes riesgosos, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos pero no limitados a: pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o ejercite como profesión el béisbol o el fútbol.
- f. Postración por calor e insolación.



- g. Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
- h. Cualquier enfermedad o dolencia corporal o mental como enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis que contribuya total o parcialmente a la muerte o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes cubiertos.
- i. Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimiento, sonambulismo.
- j. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).
- k. Pilotos, ayudantes de transporte público remunerado a excepción de los casos previamente aceptados por la Aseguradora.

Certificado Individual esta cobertura queda automáticamente cancelada.

- c. Al alcanzar el Asegurado la edad máxima de permanencia de acuerdo a la edad máxima de renovación.

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

4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

4.1 Pago de reclamación

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento accidental ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla.

4.2 Prueba de muerte

La Aseguradora tendrá el derecho y la oportunidad si así lo requiere, de solicitar la realización de una autopsia en caso de muerte, de conformidad con lo establecido en la Ley. Todos los gastos que estos exámenes y autopsia originen serán cubiertos por la Aseguradora.

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 21 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Cuando el pago sea igual al 100% de la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado Individual,



ANEXO

DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

Seguro Colectivo de Vida
Temporal Anual Renovable

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada "La Aseguradora" y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la póliza, el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al Asegurado si sufre la pérdida de alguno de los miembros o de los sentidos descritos en la tabla de Indemnización que más adelante se detalla, siempre y cuando sea a consecuencia de un accidente del Asegurado, si sufre desmembración, durante la vigencia de la presente póliza, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual o cuando la desmembración ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haber sufrido el accidente.

Para los efectos de esta cobertura se define como accidente lo estipulado en el apartado de Definiciones de las Condiciones Generales de la Póliza.

	completa de ambos oídos, o por la pérdida del habla;
50 %	Por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;
35 %	Por la pérdida total de la visión de un ojo;
25 %	Por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;
20 %	Por la pérdida total del pulgar de una mano;
15 %	Por la sordera total completa de un oído;
5 %	Por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;
3 %	Por la pérdida total de un dedo del pie.

2. TABLA DE INDEMNIZACIÓN

Comprobado el accidente, la Aseguradora indemnizará al Asegurado el porcentaje de la suma asegurada establecido en la siguiente tabla:

100 %	En caso de pérdida total de la visión de ambos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;
50 %	Por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano, o de un pie o por la sordera

Para los efectos de esta cobertura, se entiende: por pérdida de una mano, su separación en la articulación de la muñeca o arriba de ella; por pérdida de un pie, su separación en la articulación del tobillo o arriba de ella; por pérdida de los dedos, la separación de dos falanges completas cuando menos y por pérdida de la vista, la pérdida completa y definitiva de la visión.

3. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, desde los 15 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 70 años.



4. EXCLUSIONES

Esta cobertura no será pagadera si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquier de las siguientes causas:

- a. Intento de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- b. Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
- c. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.
- d. Lesiones corporales causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.
- e. La participación del Asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, carreras, contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia, velocidad, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, práctica de deportes riesgosos, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos, pero no limitados a: pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o ejercite como profesión el béisbol o el fútbol.
- f. Postración por calor e insolación.

- g. Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
- h. Cualquier desmembración a casusa de una enfermedad o dolencia corporal o mental como enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis que contribuya total o parcialmente a la muerte o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes cubiertos.
- i. Lesiones como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimiento, sonambulismo.
- j. Lesiones a causa de veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).
- k. Lesiones que sufra como pilotos, ayudantes de transporte público remunerado a excepción de los casos previamente aceptados por la Aseguradora.

5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

5.1 Pago de reclamación

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes de la pérdida de algunos de los miembros o de los sentidos descritos en la Tabla indicada anteriormente, ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual de la póliza, mediante la presentación de la documentación solicitada por la Aseguradora en función al tipo de reclamación, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente al Asegurado.

5.2 Pago del reclamo:

Cualquier pago que la Aseguradora haya hecho por la pérdida de alguno de los miembros o de los sentidos detallados en la tabla de indemnización, se considerará como adelanto a la suma asegurada para esta cobertura y se reducirá en la misma proporción.

Si durante la vigencia de esta cobertura ocurren dos o más pérdidas de las aquí previstas, se pagará la indemnización correspondiente a cada pérdida; sin embargo el total de la suma asegurada de las reclamaciones no deberá exceder al 100% de la suma indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS
- GUATEMALA, C. A. -

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir lo siguiente:

- a. De acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 21 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Cuando el pago o pagos que afecten la cobertura del presente anexo, sea igual al 100% de la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual, esta cobertura queda automáticamente cancelada.
- c. Al alcanzar el Asegurado la edad máxima de permanencia de acuerdo a la edad máxima de renovación.

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



ANEXO

MUERTE ACCIDENTAL ESPECIAL

Seguro Colectivo de Vida
Temporal Anual Renovable

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada "*La Aseguradora*" y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la póliza, el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al (los) beneficiario(s) designado(s) en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual la suma asegurada cuando el Asegurado, sufra la muerte accidental especial, durante la vigencia de la presente póliza, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

La indemnización por esta cobertura se pagara si la muerte es causada por los siguientes eventos:

- a. Mientras viajare como pasajero en un vehículo aéreo que sea operado por una empresa autorizada de transporte aéreo comercial de pasajeros, en vuelo regular sujeto a itinerario, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros.
- b. Mientras viajare como pasajero, con boleto pagado, en cualquier vehículo público que no sea aéreo, impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- c. Mientras viajare como pasajero en un ascensor que opera para servicio al público, (con exclusión de los ascensores en las minas, de las obras en construcción o similares).
- d. A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrase el Asegurado a iniciarse el incendio.

2. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, desde los 15 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 70 años.

3. EXCLUSIONES

Esta cobertura no será pagadera si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquier de las siguientes causas:

- a. Suicidio, conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
- b. Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
- c. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.
- d. Lesiones corporales o la muerte causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.



- e. La participación del asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, carreras, contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia, velocidad, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, práctica de deportes riesgosos, entendiéndose por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos, pero no limitados a pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o ejercite como profesión el béisbol o el fútbol.
- f. Postración por calor e insolación.
- g. Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
- h. Cualquier enfermedad o dolencia corporal o mental como enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis que contribuya total o parcialmente a la muerte o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes cubiertos.
- i. Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimiento, sonambulismo.
- j. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).
- k. Pilotos, ayudantes de transporte público remunerado a excepción de los casos previamente aceptados por la Aseguradora.

4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

4.1 Pago de reclamación

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento accidental especial y verificación que cumple con las causas que se indican en este anexo, durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual se indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de

beneficiario(s), tengan derecho a recibir la indemnización.

4.2 Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado ocurrido durante la vigencia de la Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla. Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los diez (10) días.

4.3 Prueba de muerte

La Aseguradora tendrá el derecho y la oportunidad si así lo requiere, de solicitar la realización de una autopsia en caso de muerte de conformidad con lo establecido en la ley. Todos los gastos que estos exámenes y autopsia origen serán cubiertos por la Aseguradora.

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 21 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Cuando el pago o pagos que afecten la cobertura del presente anexo, sea igual al 100% de la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual esta cobertura queda automáticamente cancelada.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia de acuerdo a la edad máxima de renovación.

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



ANEXO RENTA MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO

**Seguro Colectivo de Vida
Temporal Anual Renovable**

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada "La Aseguradora" y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la póliza, el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

Si como consecuencia de un accidente el Asegurado falleciera, la Aseguradora pagará al Beneficiario o Beneficiarios el valor de la renta mensual por el número de rentas estipuladas en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual, o si la muerte ocurre dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haber sufrido el accidente.

Para efectos de esta cobertura se define como accidente lo estipulado en el apartado de Definiciones de las Condiciones Generales de la póliza.

2. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, desde los 15 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 70 años.

3. EXCLUSIONES

Esta cobertura no será pagadera si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquier de las siguientes causas:

- a. Suicidio, conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
- b. Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
- c. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.
- d. La muerte causada por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.
- e. La participación del asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, carreras, contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia, velocidad, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, práctica de deportes riesgosos, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos, pero no limitados a: pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o ejercite como profesión el béisbol o el fútbol.



- f. Postración por calor e insolación.
- g. Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
- h. Cualquier enfermedad o dolencia corporal o mental como enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis que contribuya total o parcialmente a la muerte o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes cubiertos.
- i. Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimiento, sonambulismo.
- j. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).

- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de renovación de acuerdo a lo establecido en esta cobertura.

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

4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

4.1 Pago de la Reclamación

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento accidental ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual la Aseguradora pagará las rentas mensuales, en el número de rentas estipuladas en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual al (los) beneficiario(s) que tengan derecho a recibirla.

4.2 Prueba de muerte

La Aseguradora tendrá el derecho y la oportunidad si así lo requiere, de solicitar la realización de una autopsia en caso de muerte, de conformidad con lo establecido en la ley. Todos los gastos que estos exámenes y autopsia originen serán cubiertos por La Aseguradora.

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 21 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales
- b. Al efectuar el pago total del número de rentas que se indican en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.



ANEXO

MUERTE ACCIDENTAL POR AGRESIÓN

Seguro Colectivo de Vida
Temporal Anual Renovable

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada "La Aseguradora" y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la póliza, el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al (los) beneficiario(s) designado(s) en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual la suma asegurada cuando el Asegurado, sufra muerte accidental por agresión y esta sea causada por armas de fuego, corto punzantes, contundentes o punzocortantes durante la vigencia de la presente póliza, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual o cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haber sufrido el accidente.

La Suma asegurada se cubrirá hasta el límite máximo estipulado en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

2. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, desde los 15 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 70 años.

3. EXCLUSIONES

Esta cobertura no será pagadera si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquier de las siguientes causas:

- a. Suicidio, conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
- b. Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo la influencia del alcohol,

estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.

- c. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.
- d. La participación del asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, carreras, contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia, velocidad, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, práctica de deportes riesgosos, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos, pero no limitados a: pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o ejercite como profesión el béisbol o el fútbol.



- e. Postración por calor e insolación.
- f. Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
- g. Cualquier enfermedad o dolencia corporal o mental como enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis que contribuya total o parcialmente a la muerte o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes cubiertos.
- h. Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimiento, sonambulismo.
- i. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).

3. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

3.1 Aviso de la Reclamación

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento accidental por agresión conforme a lo estipulado en este Anexo y ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual de la Póliza, Certificado Individual mediante la presentación de la documentación solicitada por la Aseguradora en función al tipo de reclamación, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente al Asegurado.

3.2 Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento por agresión del Asegurado ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual. Certificado Individual, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla. Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los diez (10) días.

6. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 21 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Cuando el pago o pagos que afecten la cobertura del presente anexo, sea igual al 100% de la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual, esta cobertura quedará automáticamente cancelada.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia de acuerdo a la edad máxima de renovación.

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



ANEXO

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

Seguro Colectivo de Vida Temporal Anual Renovable

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada "La Aseguradora" y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la póliza, el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagara una renta diaria por Hospitalización a consecuencia de un accidente, de acuerdo a la renta diaria, deducible, días máximos de cobertura al año indicados en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

Para los efectos de esta cobertura se define como accidente lo estipulado en el apartado de Definiciones de las Condiciones Generales de la Póliza.

2. DEDUCIBLE

El deducible se estipula en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual y son los días a cargo del Asegurado durante los cuales no tendrá cobertura, cuando permanezca en condición de hospitalización a consecuencia de un accidente.

3. DÍAS MÁXIMOS AL AÑO

La Aseguradora pagara una renta diaria hasta el número de días máximos al año que se indican en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

4. DEFINICIONES

Para todos los efectos de este Anexo se entiende por:

Deducible: Es el número de días mínimo que debe permanecer el Asegurado en el hospital sin cobertura. Este número de días queda estipulado en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

Evento: Comprende todos gastos incurridos, hospitalizaciones continuas o discontinuas, debidas a un mismo accidente o enfermedad no preexistente.

Hospitalizaciones continuas o discontinuas: En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo evento cubierto, cada uno de estos períodos de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el período máximo estipulado en la Póliza, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual. El pago de dichas indemnizaciones será cubierto siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al momento en que dichas hospitalizaciones se presenten.

5. LÍMITE GEOGRÁFICO

La Clínica u Hospital debe estar ubicado dentro del territorio de la República de Guatemala.

6. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, desde los 15 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 70 años.

7. EXCLUSIONES

Esta cobertura no será pagadera si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquiera de las siguientes Hospitalizaciones originadas por:

- a. Exámenes físicos de rutina o cualesquiera otros tratamientos médicos o quirúrgicos, donde no haya indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal y diagnósticos de laboratorio o exámenes de rayos X, excepto los que se originen por la atención de un médico por un accidente.



- b. Tratamientos médicos o quirúrgicos estético, tratamiento de fertilidad, para ganar o perder peso, correctivas de ojos, excepto como consecuencia de un accidente.
- c. Intento de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
- d. Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
- e. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.
- f. Lesiones corporales causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.
- g. La participación del Asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, carreras, contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia, velocidad, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, práctica de deportes riesgosos, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos pero no limitados a: pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o ejerza como deporte profesional: béisbol o el fútbol.
- h. Postración por calor o insolación.
- i. Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).

- j. Cualquier enfermedad o dolencia corporal o mental como enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis que contribuya total o parcialmente a la muerte o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes cubiertos.
- k. Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimientos, sonambulismo.
- l. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).
- m. Accidentes ocurridos cuando el Asegurado maneje o viaje como pasajero en motocicletas, motonetas o cualquier otro vehículo de motor similar; a excepción de los casos previamente aceptados por la Aseguradora.
- n. Accidentes ocurridos cuando el Aseguro maneje moto taxi.

8. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

El aviso por escrito de la reclamación deberá realizarse en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir del inicio de la hospitalización, mediante un formulario de reclamación.

Presentar certificación o constancia médica del hospital o sanatorio, que especifique nombre completo del asegurado, la fecha del ingreso y egreso, el diagnóstico de la hospitalización, y cualquier otro documento que la Aseguradora considere oportuno solicitar para la comprobación de la reclamación.

9. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 21 Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al efectuar el pago total de los días máximo por año estipulados en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.



- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia de acuerdo a la edad máxima de renovación.

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



ANEXO

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE

**Seguro Colectivo de Vida
Temporal Anual Renovable**

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada "La Aseguradora" y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la póliza, el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagara una renta diaria por Hospitalización a consecuencia de una enfermedad no preexiste, de acuerdo a la renta diaria, deducible, días máximos de cobertura al año indicados en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

2. DEDUCIBLE

El deducible se estipula en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual y son los días a cargo del Asegurado durante los cuales no tendrá cobertura, cuando permanezca en condición de hospitalización a consecuencia de una enfermedad no preexistente.

3. DÍAS MÁXIMOS AL AÑO

La Aseguradora pagara una renta diaria hasta el número de días máximos al año que se indican en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

4. DEFINICIONES

Para todos los efectos de este Anexo se entiende por:

Deducible: Es el número de días mínimo que debe permanecer el Asegurado en el hospital sin cobertura. Este número de días queda estipulado en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

Enfermedad preexistente:

Cualquier enfermedad que existe con anterioridad al inicio de vigencia del Consentimiento-Certificado

Individual, Certificado Individual para cada asegurado, respecto del cual:

- Un médico hubiere determinado su existencia mediante un diagnóstico, o hubiere prescrito o recomendado un tratamiento; o
- Que por sus síntomas, signos o manifestaciones no pudieron haber pasado desapercibidos por el Asegurado y hubieren presentado manifestaciones o sintomatologías de quebrantos en la salud del Asegurado; o
- Que su historia clínica o evolución natural del padecimiento sea determinada como tal por un médico.

Evento: Comprende todos gastos incurridos, hospitalizaciones continuas o discontinuas, debidas a una misma enfermedad no preexistente.

Hospitalizaciones continuas o discontinuas: En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo evento cubierto, cada uno de estos períodos de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el período máximo de estipulado en la Póliza, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual. El pago de dichas indemnizaciones será cubierto siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al momento en que dichas hospitalizaciones se presenten.



5. LÍMITE GEOGRÁFICO

La Clínica u Hospital debe estar ubicado dentro del territorio de la República de Guatemala.

6. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, desde los 15 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 70 años.

7. EXCLUSIONES

Esta cobertura no será pagadera si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquiera de las siguientes hospitalizaciones originadas por:

- a. Hospitalización por preñez, parto, aborto o intento del mismo, o cualquier enfermedad o dolencia después del embarazo y a consecuencia de este.
- b. Exámenes físicos de rutina o cualesquiera otros tratamientos médicos o quirúrgicos, donde no haya indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal y diagnósticos de laboratorio o exámenes de rayos X, excepto los que se originen por la atención de un médico.
- c. Tratamientos médicos o quirúrgicos estético, tratamiento de fertilidad, para ganar o perder peso, correctivas de ojos, excepto como consecuencia de un accidente.
- d. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de la enfermedad de Parkinson, Alzheimer, diabetes o esclerosis múltiple. Así mismo quedan excluidos tratamientos o intervenciones quirúrgicas con el fin de efectuar un diagnóstico, con fines terapéuticos, a consecuencia de omisión en la búsqueda de atención o en el seguimiento de recomendaciones médicas.
- e. Conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
- f. Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.

- g. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.
- h. Lesiones corporales causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.
- i. La participación del asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, carreras, contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia, velocidad, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, práctica de deportes riesgosos, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos pero no limitados a: pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o ejercite como profesión el béisbol o el fútbol.
- j. Postración por calor o insolación.
- k. Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
- l. Cualquier enfermedad o dolencia corporal o mental como enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis que contribuya total o parcialmente a la muerte o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes cubiertos.
- m. Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimientos, sonambulismo.
- n. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).



- o. Accidentes ocurridos cuando el Asegurado maneje o viaje como pasajero en motocicletas, motonetas o cualquier otro vehículo de motor similar; a excepción de los casos previamente aceptados por la Aseguradora.
- p. Accidentes ocurridos cuando el Asegurado maneje mototaxi.

8. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

El aviso por escrito de la reclamación deberá realizarse en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir del inicio de la hospitalización, mediante un formulario de reclamación.

Presentar certificación o constancia médica del hospital o sanatorio, que especifique nombre completo del asegurado, la fecha del ingreso y egreso, el diagnóstico de la hospitalización, y cualquier otro documento que la Aseguradora considere oportuno solicitar para la comprobación de la reclamación.

9. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 21 Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al efectuar el pago total de los días máximo por año estipulados en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia de acuerdo a la edad máxima de renovación.

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



ANEXO RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

**Seguro Colectivo de Vida
Temporal Anual Renovable**

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada "La Aseguradora" y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la póliza, el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagara una renta diaria por Hospitalización a consecuencia de una enfermedad no preexiste o accidente, de acuerdo a la renta diaria, deducible, días máximos de cobertura al año indicados en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

Para los efectos de esta cobertura se define como accidente lo estipulado en el apartado de Definiciones de las Condiciones Generales de la Póliza.

2. DEDUCIBLE

El deducible se estipula en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual y son los días a cargo del Asegurado durante los cuales no tendrá cobertura, cuando permanezca en condición de hospitalización a consecuencia de una enfermedad no preexistente o un accidente.

3. DÍAS MÁXIMOS AL AÑO

La Aseguradora pagara una renta diaria hasta el número de días máximos al año que se indican en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

4. DEFINICIONES

Para todos los efectos de este Anexo se entiende por:

Deducible: Es el número de días mínimo que debe permanecer el Asegurado en el hospital sin cobertura. Este número de días queda estipulado en

el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

Enfermedad preexistente:

Cualquier enfermedad que existe con anterioridad al inicio de vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual para cada asegurado, respecto del cual:

- Un médico hubiere determinado su existencia mediante un diagnóstico, o hubiere prescrito o recomendado un tratamiento; o
- Que por sus síntomas, signos o manifestaciones no pudieron haber pasado desapercibidos por el Asegurado y hubieren presentado manifestaciones o sintomatologías de quebrantos en la salud del Asegurado; o
- Que su historia clínica o evolución natural del padecimiento sea determinada como tal por un médico.

Evento: Comprende todos gastos incurridos, hospitalizaciones continuas o discontinuas, debidas a un mismo accidente o enfermedad no preexistente.

Hospitalizaciones continuas o discontinuas: En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo evento cubierto, cada uno de estos períodos de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el período máximo de estipulado en la Póliza,



Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual. El pago de dichas indemnizaciones será cubierto siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al momento en que dichas hospitalizaciones se presenten.

5. LÍMITE GEOGRÁFICO

La Clínica u Hospital debe estar ubicado dentro del territorio de la República de Guatemala.

6. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, desde los 15 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 70 años.

7. EXCLUSIONES

Esta cobertura no será pagadera si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquiera de las siguientes Hospitalizaciones originadas por:

- a. Está excluida la hospitalización por preñez, parto, aborto o intento del mismo, o cualquier enfermedad o dolencia después del embarazo y a consecuencia de este.
- b. Exámenes físicos de rutina o cualesquiera otros tratamientos médicos o quirúrgicos, donde no haya indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal y diagnósticos de laboratorio o exámenes de rayos X, excepto los que se originen por la atención de un médico.
- c. Tratamientos médicos o quirúrgicos estético, tratamiento de fertilidad, para ganar o perder peso, correctivas de ojos, excepto como consecuencia de un accidente.
- d. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de la enfermedad de Parkinson, Alzheimer, diabetes o esclerosis múltiple. Así mismo quedan excluidos tratamientos o intervenciones quirúrgicas con el fin de efectuar un diagnóstico, con fines terapéuticos, a consecuencia de omisión en la búsqueda de atención médica o en el seguimiento de recomendaciones médicas.
- e. Intento de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.

- f. Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
- g. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.
- h. Lesiones corporales causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.
- i. La participación del Asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, carreras, contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia, velocidad, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, práctica de deportes riesgosos, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos pero no limitados a: pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o ejerza como deporte profesional: béisbol o el fútbol.
- j. Postración por calor o insolación.
- k. Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
- l. Cualquier enfermedad o dolencia corporal o mental como enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis que contribuya total o parcialmente a la muerte o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes cubiertos.



- m. Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimientos, sonambulismo.
- n. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).
- o. Accidentes ocurridos cuando el Asegurado maneje o viaje como pasajero en motocicletas, motonetas o cualquier otro vehículo de motor similar; a excepción de los casos previamente aceptados por la Aseguradora.
- p. Accidentes ocurridos cuando el Aseguro maneje moto taxi.

8. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

El aviso por escrito de la reclamación deberá realizarse en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir del inicio de la hospitalización, mediante un formulario de reclamación.

resentar certificación o constancia médica del hospital o sanatorio, que especifique nombre completo del asegurado, la fecha del ingreso y egreso, el diagnóstico de la hospitalización, y cualquier otro documento que la Aseguradora considere oportuno solicitar para la comprobación de la reclamación.

9. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 21 Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al efectuar el pago total de los días máximo por año estipulados en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia de acuerdo a la edad máxima de renovación.

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



ANEXO

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Seguro Colectivo de Vida Modular Temporal Anual Renovable

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada "*La Aseguradora*" y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la póliza, el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al Asegurado la Incapacidad Total y Permanente por accidente, si como consecuencia de un accidente sufrido y dentro de los ciento ochenta (180) días calendario después de la fecha de ocurrencia del mismo, y el accidente se produzca durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

Para efectos de esta cobertura se define como accidente lo estipulado en el apartado de Definiciones de las Condiciones Generales de la póliza.

2. DEFINICIONES

Incapacidad Total y Permanente: Se entiende por Incapacidad Total y Permanente el estado de salud por el cual la persona asegurada se encuentre ininterrumpidamente impedida e inhabilitada, en forma absoluta, por un período continuo de ciento ochenta (180) días calendario, acorde con su capacidad, fuerza y formación teórica y práctica, para llevar a cabo cualquier ocupación o actividad remunerada, como resultado de lesiones corporales amparadas en la definición de accidente de las Condiciones Generales.

Período de espera: Tiempo comprendido entre la fecha de ocurrencia del siniestro, durante el cual el asegurado no puede exigir el pago del beneficio. La aseguradora pagará la indemnización correspondiente una vez transcurrido el plazo, siempre y cuando la condición cubierta siga presente y se haya manifestado de forma continua.

3. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, desde los 15 años hasta los 60 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 65 años.

4. EXCLUSIONES

Esta cobertura no será pagadera si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquier de las siguientes causas:

- a. Conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- b. Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
- c. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.
- d. Lesiones corporales causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.



- e. La participación del Asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, carreras, contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia, velocidad, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, práctica de deportes riesgosos, entendiéndose por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos, pero no limitados a: pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o ejercite como profesión el béisbol o el fútbol.
- f. Postración por calor e insolación.
- g. Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
- h. Cualquier enfermedad o dolencia corporal o mental como enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis que contribuya total o parcialmente a la muerte o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes cubiertos.
- i. Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimiento, sonambulismo.
- j. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).

5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

5.1 Pago de Reclamación:

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes de la incapacidad total y permanente por Accidente del Asegurado, ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual, mediante la presentación de las pruebas fehacientes de la incapacidad: Informe médico y estudios realizados con interpretación médica que indiquen diagnóstico, tratamiento, evolución, especificando como ocurrió el accidente, la Aseguradora en función al tipo de reclamación,

indemnizará la suma asegurada correspondiente al Asegurado.

5.2 Pago del reclamo:

La indemnización se efectúa mediante un solo pago, luego de transcurrido ciento ochenta (180) días calendario de Incapacidad Total y Permanente por accidente, certificada por el Asesor Médico de la Aseguradora.

6. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 21 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Cuando el pago se efectúe por la cobertura del presente anexo, sea igual al 100% de la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual esta cobertura queda automáticamente cancelada.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia de acuerdo a la edad máxima de renovación.

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



ANEXO INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Seguro Colectivo de Vida Modular Temporal Anual Renovable

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada "La Aseguradora" y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la póliza, el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al Asegurado la Incapacidad Total y Permanente por accidente o enfermedad no preexistente, si como consecuencia de un accidente sufrido o una enfermedad, y dentro de los ciento ochenta (180) días calendario después de la fecha de ocurrencia del mismo. Siempre y cuando el accidente o enfermedad no preexistente se produzca durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

Para efectos de esta cobertura se define como accidente lo estipulado en el apartado de Definiciones de las Condiciones Generales de la póliza.

2. DEFINICIONES

Incapacidad Total y Permanente: Se entiende por Incapacidad Total y Permanente el estado de salud por el cual la persona asegurada se encuentre ininterrumpidamente impedida e inhabilitada, en forma absoluta, por un período continuo de ciento ochenta (180) días calendario, acorde con su capacidad, fuerza y formación teórica y práctica, para llevar a cabo cualquier ocupación o actividad remunerada, como resultado de lesiones corporales amparadas en la definición de accidente de las Condiciones Generales.

Período de espera: Tiempo comprendido entre la fecha de ocurrencia del siniestro, durante el cual el Asegurado no puede exigir el pago del beneficio. La Aseguradora pagará la indemnización

correspondiente una vez transcurrido el plazo, siempre y cuando la condición cubierta siga presente y se haya manifestado de forma continua.

3. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, desde los 15 años hasta los 60 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 65 años.

4. EXCLUSIONES

Esta cobertura no será pagadera si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquier de las siguientes causas:

- a. Conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- b. Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
- c. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de



cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.

- d. Lesiones corporales causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.
- e. La participación del Asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, carreras, contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia, velocidad, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, práctica de deportes riesgosos, entendiéndose por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos, pero no limitados a: pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o ejercite como profesión el béisbol o el fútbol.
- f. Postración por calor e insolación.
- g. Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
- h. Cualquier enfermedad o dolencia corporal o mental como enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis que contribuya total o parcialmente a la muerte o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes cubiertos.
- i. Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimiento, sonambulismo.
- j. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).

5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

5.1 Pago de Reclamación:

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes de la incapacidad por Accidente del Asegurado o por enfermedad no preexiste, ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual,

Certificado Individual, mediante la presentación de las pruebas fehacientes de la incapacidad: Informe médico y estudios realizados con interpretación médica que indiquen diagnóstico, tratamiento, evolución, en caso de accidente especificar como ocurrió el accidente, la Aseguradora en función al tipo de reclamación, indemnizará la suma asegurada correspondiente al Asegurado.

5.2 Pago del reclamo:

La indemnización se efectúa mediante un solo pago, luego de transcurrido ciento ochenta (180) días calendario de Incapacidad Total y Permanente por accidente o por Enfermedad no preexistente, certificada por el Asesor Médico de la Aseguradora.

6. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 21 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Cuando el pago que se efectúe por la cobertura del presente anexo, sea igual al 100% de la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual esta cobertura queda automáticamente cancelada.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia de acuerdo a la edad máxima de renovación.

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



ANEXO
GASTOS FUNERARIOS
Seguro Colectivo de Vida
Temporal Anual Renovable

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada "La Aseguradora" y el Asegurado.

La Vigencia del presente anexo será la misma especificada en la póliza, el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

Si como consecuencia del fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora pagará al Beneficiario o Beneficiarios la suma asegurada establecida para este beneficio en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

- a. De acuerdo a lo estipulado en el numeral 21 Terminación de la cobertura de las Condiciones Generales.

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

2. LÍMITES DE EDAD

Los límites de edad aparecen consignados en el Consentimiento-Certificado, Certificado Individual de la póliza.

3. EXCLUSIONES

Le son aplicables las exclusiones generales de las Condiciones Generales de la Póliza.

4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

4.1 Pago de reclamación:

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual la Aseguradora indemnizará la suma asegurada del Anexo de Gastos Funerarios indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual de la póliza a él o los beneficiario(s) designado(s).

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:



ANEXO
SERVICIOS MÉDICOS
Seguro Colectivo de Vida
Temporal Anual Renovable

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada "La Aseguradora" y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la póliza, el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

Son los servicios médicos cubiertos cuando el Asegurado sufra un accidente o enfermedad no preexistente, y sean prescritos por un Médico Colegiado siendo estos: Consultas médicas, Exámenes de laboratorio e Imágenes Diagnósticas, estipulados en este Anexo y serán prestados exclusivamente por la red de proveedores de la Aseguradora, y en ningún caso se realizarán reembolsos al Asegurado por dicho conceptos.

Por medio del presente Anexo se hace constar que la presente póliza se extiende a cubrir mediante el pago de la prima correspondiente, los Servicios Médicos descritos a continuación:

Programa de Beneficios

--

2. PAGO DE LA PRIMA

La prima correspondiente por los Servicios Médicos está incluida en la prima total de la póliza, a la cual se adhiere el presente anexo.

3. LÍMITES DE EDAD

Los límites de edad aparecen consignados en el Consentimiento-Certificado, Certificado Individual de la póliza.

4. LÍMITE GEOGRÁFICO

Las Consultas médicas, Exámenes de laboratorio e Imágenes Diagnósticas, se prestarán únicamente dentro del territorio de la República de Guatemala.

5. PERÍODO DE CARENCIA

Los Servicios Médicos descritos en el presente anexo, podrán ser utilizados después de haber transcurrido el periodo de carencia que se especifica en la póliza, el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

6. EXCLUSIONES

Le son aplicables las exclusiones generales de las Condiciones Generales de la Póliza. Además, las situaciones o enfermedades que tengan su causa mediata o inmediata en alguno de los siguientes hechos:

- Mientras el Asegurado este bajo la influencia de alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
- Conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
- Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por



su provocación. Esta exclusión aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.

- Enfermedades, diagnósticos, preexistentes.
- No se cubrirán condiciones congénitas.
- Ser usado en tratamientos preventivos, evaluaciones rutinarias, tratamientos paliativos, tratamientos estéticos.

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

Prestación de la Cobertura

El Asegurado al momento de solicitar la prestación de los servicios de consultas médicas, exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas debe comunicarse al número que le proporcionará Aseguradora Rural, S.A., indicando nombre completo, número de identificación personal, número de póliza y número de Consentimiento-Certificado individual, Certificado Individual para la coordinación de los servicios y autorización correspondiente.

8. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- La cobertura del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado individual finaliza de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 21 Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- Cuando el Asegurado haya utilizado todos los servicios indicados en este anexo.



ANEXO

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

**Seguro Colectivo de Vida Modular
Temporal Anual Renovable**

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada “La Aseguradora” y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la póliza, el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al Asegurado hasta el monto máximo estipulado en Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual los gastos médicos y hospitalarios razonables y acostumbrados en que efectivamente el Asegurado incurra directa y exclusivamente a consecuencia de un accidente amparado, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, siempre que estos sean provenientes de: hospitalización; asistencia médica, asistencia quirúrgica, servicios de enfermería, ambulancia y gastos de hospitalización, sin que en ningún caso estos gastos excedan un período de 180 días contados a partir de la fecha de ocurrencia del accidente, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente.

Para efectos de esta cobertura se define como accidente lo estipulado en el apartado de Definiciones de las Condiciones Generales de la Póliza.

DEDUCIBLE

El deducible se estipula en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual y monto a cargo del Asegurado.

1.1 Definición

Para todos los efectos de esta Póliza se entiende por:

Gastos razonables y acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por los servicios médicos en la localidad donde estos son efectuados a personas del mismo sexo y edad, considerando, además, que sean las prestaciones que

generalmente se suministran para el tratamiento de las lesiones; las características y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel profesional de las personas encargadas de la atención.

1.2 Límite geográfico

Los gastos médicos serán reembolsables cuando los mismos se hayan realizado únicamente dentro del territorio de la República de Guatemala.

2. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, desde los 15 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 70 años.

3. EXCLUSIONES

Esta cobertura no será pagadera si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquier de las siguientes causas:

- a. Tratamientos fisioterapéuticos que sean a consecuencia de una enfermedad.
- b. A consecuencia de enfermedades Pre-Existentes.
- c. Conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
- d. Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o



sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.

- e. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.
- f. Lesiones corporales causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes
- g. La participación del asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, carreras, contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia, velocidad, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, práctica de deportes riesgosos, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos pero no limitados a: pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o ejercite como profesión el béisbol o el fútbol
- h. Postración por calor o insolación.
- i. Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
- j. Cualquier enfermedad o dolencia corporal o mental como enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis que contribuya total o parcialmente a la muerte o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes cubiertos.
- k. Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimientos, sonambulismo.

- l. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).
- m. Accidentes ocurridos cuando el Asegurado maneje o viaje como pasajero en motocicletas, motonetas o cualquier otro vehículo de motor similar; a excepción de los casos previamente aceptados por la Aseguradora.
- n. Accidentes ocurridos cuando el Asegurado maneje mototaxi.

4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

4.1 Emergencias por Accidente

El aviso por escrito de la reclamación deberá realizarse en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir del día del accidente, mediante un formulario de reclamación que la Aseguradora le proveerá.

4.2 Reembolso de Gastos Médicos

La Aseguradora reembolsará los gastos médicos en que incurriere el Asegurado por concepto de: asistencia médica, asistencia quirúrgica, servicios de enfermería, ambulancia, pruebas para diagnóstico, gastos de hospitalización, medicamentos a causa de un accidente cubierto por el contrato de seguro, hasta por la suma asegurada para este concepto. Los gastos de curación absorbidos a cargo de instituciones estatales, no serán indemnizados por este contrato, en caso que el asegurado fuere atendido por dichas instituciones.

Si el Asegurado hubiere suscrito otros seguros con la cobertura de Gastos Médicos, La Aseguradora pagará en caso de reembolso de gastos médicos, la parte proporcional que le corresponda de acuerdo a la suma asegurada por este concepto.

Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado de las facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados. En este caso el Asegurado sólo tendrá derecho a los gastos realmente incurridos por él.

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:



- a. De acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 21 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Cuando el pago o pagos que afecten la cobertura del presente anexo, sea igual al 100% de la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual esta cobertura queda automáticamente cancelada. Para esta cobertura no aplica rehabilitación de suma asegurada.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia de acuerdo a la edad máxima de renovación.

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



ANEXO ENFERMEDADES GRAVES Seguro Colectivo de Vida Temporal Anual Renovable

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada "La Aseguradora" y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la póliza, el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al Asegurado, la suma asegurada señalada en la póliza, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual, después del período de carencia de noventa días (90) y dentro de la vigencia del seguro, si se le diagnostica por primera vez una de las siguientes enfermedades:

1.1 CÁNCER

La presencia de una enfermedad maligna que se caracteriza por ser progresiva, de crecimiento incontrolado, con diseminación de células malignas e invasión y destrucción de tejido circundante normal.

El diagnóstico deberá haber sido realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un diagnóstico histopatológico o citológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito. El cáncer debe haber progresado al menos a una Clasificación TNM T2N0M0, desarrollado por la "Unión Internacional contra el Cáncer", o alguna clasificación equivalente. Quedan cubiertos bajo esta definición los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica o cualquier leucemia que no haya causado anemia) los linfomas y la enfermedad de Hodgkin únicamente cuando haya progresado al menos hasta una etapa 2 de la clasificación (2016) de Ann Arbor.

Los siguientes cánceres no están cubiertos por la póliza:

- Tumores que presentan los cambios malignos característicos de carcinoma in situ

incluyendo la neoplasia intraepitelial cervical NIC-1, NIC-2 y NIC-3) o aquellos considerados por histología como premalignos;

- Melanomas con espesor menor de 1,5 mm, determinado por examen histológico, o cuando la invasión sea menor del nivel de Clark 3;
- Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel;
- Todos los carcinomas de piel, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación de otros órganos;
- Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.
- Enfermedades preexistentes y/o enfermedades congénitas, cáncer preexistente.
- Ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado se pagará, sin importar si la persona es un médico facultado para ejercer la medicina.
- Personas con ocupaciones que incluyen alta exposición a radiación, sustancias tóxicas, sustancias explosivas, asbestos (amianto), gases o rayos solares por un prolongado periodo de tiempo.
- No tendrá cobertura si ha padecido u/o presentado síntomas, que no podrían pasar desapercibidos, propios de la condición cubierta, con fecha anterior al inicio de vigencia de su Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual sin importar si estaba enterado del diagnóstico o no.



Para los efectos de la cobertura se cubrirá siempre que:

- Al asegurado no se le ha diagnosticado Cáncer antes del inicio de vigencia del Consentimiento-Certificado, Certificado Individual.
- Sea el primer diagnóstico de Cáncer.

1.2 INFARTO AL MIOCARDIO

La muerte de una porción del músculo cardiaco, causada por irrigación inadecuada de la parte afectada y puesta de manifiesto por el típico dolor del pecho, la aparición de modificaciones electrocardiográficas que no existían (nuevas) y elevación de las enzimas cardíacas.

Ningún beneficio será pagadero con relación a esta Póliza si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquiera de las siguientes causas:

1. Cuando el Asegurado haya tenido conocimiento de padecer o haber padecido cualquier tipo de cardiopatía (infarto, isquemia, angina de pecho o arritmia) al momento de contratar esta póliza.
2. Cualquier evento que no sea confirmado como una muerte por infarto al miocardio por un cardiólogo o doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.

Se indemnizara a la primera ocurrencia de Infarto al Miocardio al Asegurado.

1.3 DERRAME O HEMORRAGIA CEREBRAL

Inicio agudo de déficit neurológico focal debido a un accidente cerebrovascular que incluya la muerte del tejido cerebral, una hemorragia de un vaso intracraneal o una embolia originada en una fuente extracraneal. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo doce (12) semanas después del suceso. No se aceptarán reclamaciones antes de transcurrido ese tiempo.

Para los efectos de la cobertura se entenderá que el accidente vascular encefálico o cerebral ha sido diagnosticado por primera vez cuando 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.

Un especialista neurólogo debidamente autorizado por la Aseguradora debe comprobar la evidencia de la lesión neurológica permanente tras haber transcurrido un período de al menos ciento ochenta días (180) días a partir de la fecha del hecho. Los siniestros deben ser comprobados por técnicas de imagen como la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética nuclear.

Quedan excluidas las siguientes situaciones:

- Síntomas cerebrales de migraña o cefalea;
- Alteraciones isquémicas del sistema vestibular;
- Accidentes que conlleven cambios en la memoria o en la personalidad;
- Lesiones cerebrales debidas a traumatismo o hipoxia.

1.4 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Insuficiencia renal terminal que se presenta como una insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones a consecuencia de la cual hay que efectuar regularmente diálisis renal crónica.

1.5 CIRUGÍA DE LAS VÁLVULAS CARDÍACAS

Intervención quirúrgica a corazón abierto para sustituir o reparar una o más válvulas cardíacas como consecuencia de disfunción o anomalía de las válvulas cardíacas. Todas las intervenciones no a corazón abierto y las sustituciones de prótesis valvulares quedan excluidas específicamente.

1.6 CIRUGÍA DE BY-PASS AORTO-CORONARIO

Intervención quirúrgica a corazón abierto de by-pass aorto coronario para corregir o tratar una enfermedad coronaria, pero excluyendo la angioplastia, la implantación de stent o cualquier otro procedimiento percutáneo o no quirúrgico.

1.7 TRANSPLANTE DE ÓRGANOS PRINCIPALES

El hecho efectivo de someterse como receptor a un trasplante entre seres humanos de uno de los siguientes órganos: Corazón, hígado, riñón, páncreas, intestino delgado (duodeno, yeyuno, íleon), pulmón, médula ósea, de conformidad con el



diagnóstico de un médico cirujano que compruebe que el trasplante es el método más apropiado para tratar una patología que pone en peligro la vida del asegurado. Queda excluido el trasplante de cualquier otro órgano, de partes de órganos o de cualquier otro tejido o célula.

1.8 PARÁLISIS

Para los efectos de esta Póliza, se define parálisis como la pérdida completa de la función motora con evidencia del fallo total y permanente de la conductividad de la médula espinal, de dos o más extremidades, en forma irreversible, a consecuencia directa de una enfermedad no originada por un accidente. Se excluye parálisis debida a Síndrome de Guillain-Barré. Se excluye también todo tipo de enfermedad neurológica congénita.

1.9 ESCLEREOSIS MÚLTIPLE

Enfermedad inflamatoria del sistema nervioso central (cerebro y médula espinal) que se manifiesta por anomalías neurológicas motoras, sensitivas y ópticas, persistentes por un periodo mínimo de 6 meses. El diagnóstico debe ser realizado en forma inequívoca por un médico neurólogo.

2. EXCLUSIONES PARA TODAS LAS ENFERMEDADES GRAVES

Esta cobertura no será pagadera si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquier de las siguientes causas:

- a) Intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del Asegurado.
- b) Adicción al Alcohol o drogas.
- c) Episodios de isquemia transitoria y las alteraciones neurológicas consecutivas a traumatismo cefálico, a enfermedades intracraneanas ocupativas e infecciosas.
- d) Enfermedades en conexión o en presencia de una infección del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA).
- e) Enfermedad Grave sufrida por el Asegurado que ya existía en el momento de contratación del

beneficio, conforme la Aseguradora lo demuestre fehacientemente.

- f) Omisión de la búsqueda de información o en el seguimiento de recomendaciones médicas.
- g) Vivir en el extranjero (vivir fuera del territorio por más de 13 semanas consecutivas en cualquiera periodo de 12 meses)
- h) En el caso de que se juzgue curable cualquiera de las condiciones cubiertas por medio de manipulación, sustitución, delección genética, vacunación o cualquier otro tipo de tratamiento médico o similar, tal condición ya no será válida.
- i) Fusión nuclear, fisión nuclear, desperdicio nuclear o cualquier radiación radioactiva o ionizante.
- j) No tendrá cobertura si ha padecido y/o presentado síntomas, que no podrían pasar desapercibidos, propios de la condición cubierta, con fecha anterior al inicio de vigencia la póliza, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual sin importar si estaba enterado del diagnóstico o no.

Para los efectos de la cobertura se cubrirá siempre que:

- Al asegurado no se le ha diagnosticado la Enfermedad Grave antes del inicio de vigencia de la póliza, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.
- Sea el primer diagnóstico de Enfermedad Grave Cubierto.

3. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, desde los 18 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 70 años

4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

4.1 Aviso de Reclamación

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del o diagnóstico por la enfermedad grave cubierta en este anexo y ocurrido durante la vigencia de la Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual mediante la presentación de la documentación solicitada por la Aseguradora en



función al tipo de reclamación, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente al Asegurado y/o Beneficiarios, según corresponda.

4.2 Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del diagnóstico de enfermedad grave del Asegurado ocurrido durante la vigencia de la Consentimiento-Certificado Individual de la Póliza, la Aseguradora indemnizará al asegurado una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los diez (10) días.

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 21 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Cuando el pago que afecten la cobertura del presente anexo la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Consentimiento-Certificado, esta cobertura queda automáticamente cancelada.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia de acuerdo a la edad máxima de renovación.

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

