

SOLICITUD-CARÁTULA INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA
Seguro de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

PÓLIZA No. _____ **COMERCIALIZADOR MASIVO:** _____

ASEGURADORA RURAL, S.A. es responsable por los seguros vendidos por cuenta de ésta, a través del comercializador: _____

Para cualquier notificación, gestión, pagos o presentar reclamo relacionado con este seguro lo puede realizar en:

Dirección

Correo electrónico

Teléfono(s)

1. 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:	

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, PRIMA, FACTURACIÓN

Fecha de inicio de vigencia: _____ Fecha de fin de vigencia: _____
Prima a pagar: _____ Moneda: _____
Periodicidad de pago: _____ Forma de pago: _____
Plazo del seguro: _____ Renovación automática: Sí No
Lugar de pago de prima: _____
Facturar a nombre de: _____
Dirección: _____ NIT: _____

4. BENEFICIARIOS

Designación de Beneficiarios:

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

En caso ocurriere el fallecimiento de algún beneficiario la parte correspondiente a dicho beneficiario se distribuirá entre los restantes.

Queda entendido y convenido que:

ASEGURADORA RURAL, S.A. con domicilio en la Ciudad de Guatemala, 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.

Declaro 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 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, durante los dos primeros años de vigencia no tendré derecho a ningún beneficio descrito en el Programa de Beneficios del Asegurado, de esta Solicitud-Carátula Individual de la Póliza, quedando como única obligación de la Aseguradora la devolución de primas.

Autorizo a los médicos y hospitales que me han atendido a suministrar a la Aseguradora los datos que posean de mi estado de salud. Aseguradora Rural, S. A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle después de mi fallecimiento se comprobare que esta declaración no corresponde a la verdad.

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 de la Póliza. El pago se hará a él(los) beneficiario(s) designado(s) por el asegurado; después de recibir pruebas de la realización de la eventualidad prevista en esta póliza, siempre y cuando el seguro respectivo se encuentre en vigor.

Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud-Carátula Individual de la Póliza autorizo:

1. A cualquier médico, profesional, hospital, clínica, entidad o persona médica o relacionada médicamente para proveer a La Aseguradora la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí persona, sin limitación alguna.
2. 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.

Entrega de la póliza: se hará al momento de la celebración del presente contrato, si la extravía, puede solicitar un duplicado de la póliza al Comercializador Masivo, directamente a la Aseguradora o ingresando a la página web de la Aseguradora: _____

Se adhieren a esta Solicitud-Carátula Individual de la Póliza los siguientes documentos: Condiciones Generales, Anexo(s) contratado(s), que serán enviados por medio de comunicación electrónica o por la forma convenida.

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.

Canales de comunicación: Aseguradora Rural pone a su disposición para notificación, gestión o presentar reclamo relacionado en con este seguro lo puede realizar en:

Dirección

Correo electrónico

Teléfono(s)

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.

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

CLAÚSULA 1: CONTRATO

La Solicitud-Carátula Individual de la Póliza, las Condiciones Generales, y cualquier anexo que se adhiera a la Póliza forman parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S. A. en adelante “La Aseguradora” y el Asegurado.

CLAÚSULA 2: ESTIPULACIÓN LEGAL

El Asegurado, al recibir la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza, 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 dicen textualmente: “En los contratos cuyo medio de prueba consista en una Póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince días siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último”.

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

CLAÚSULA 3: OBJETO DEL SEGURO

Mediante este pago 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 la Solicitud-Carátula Individual de la póliza.

CLAÚSULA 4. DEFINICIONES

Para los efectos de la presente Póliza y sujeto a los demás términos y condiciones de la misma, se entenderá por:

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 a 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 que ha quedado amparada bajo esta Póliza.
Beneficiario:	Aquella persona que por designación del Asegurado tiene derecho a recibir la Suma Asegurada o su proporción correspondiente.

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.
Vigencia:	Es el periodo de tiempo previsto en la Póliza durante el cual surten efectos las coberturas. Dicho periodo comienza a las cero horas del día de inicio de vigencia y termina a las 24 horas del día de finalización de la vigencia de la póliza.
Periodo de carencia:	Es el período de tiempo establecido en la Solicitud-Carátula Individual de la póliza aplicable a una cobertura, período de tiempo contado a partir de la contratación del seguro en 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 período.

CLAÚSULA 5: COBERTURA DE VIDA

Por esta Póliza la Aseguradora pagará al (o los) Beneficiario(s) nombrado(s) en la Póliza, la Suma Asegurada estipulada en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza, en caso de fallecimiento del Asegurado que ocurra dentro del plazo del seguro, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente. El (o los) Beneficiarios serán aquellos nombrados en la fecha más cercana del fallecimiento del Asegurado.

Si el Asegurado sobrevive a la fecha fin de vigencia de la Póliza, el contrato de seguro terminará sin obligación alguna para la Aseguradora.

CLAÚSULA 6: EXCLUSIONES

Ninguna cobertura y Anexo 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. Suicidio antes del segundo año de vigencia de la Póliza.
2. Guerra declarada o no, invasión, actos de enemigos extranjeros, operaciones hostiles o bélicas (se haya declarado la guerra o no), terrorismo, guerra civil, actos de sedición, conmociones civiles que alcancen proporciones o tengan carácter de alzamiento popular, alzamiento militar, asonadas, rebeliones, revoluciones, poderes militares, o usurpados, ley marcial.
3. Contaminación radioactiva, fisión o fusión nuclear.
4. Actos delictivos cometido, en calidad de autor, cómplice o encubridor.
5. Vuelos no regulares. Se considerarán vuelos regulares, los vuelos que cumplan con cada una de las siguientes condiciones:
 - a) El vuelo debe estar programado para despegar y aterrizar en aeropuertos con código IATA.
 - b) Todos los miembros de la tripulación deberán tener las licencias válidas y vigentes para el vuelo.

El vuelo deberá estar programado para una ruta de pasajeros establecida de acuerdo con un programa de vuelos publicado.

CLAÚSULA 7: SUICICIO

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.

CLAÚSULA 8. PAGO DE PRIMA Y PERÍODO DE GRACIA

Pago de prima:	La prima es la retribución o precio del seguro y conforme la Ley debe pagar el Asegurado en el momento de la celebración del contrato y en lugar estipulado en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.
Periodo 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.

CLAÚSULA 9: BENEFICIARIOS

El Asegurado puede nombrar uno o más beneficiarios en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza y tiene derecho a cambiarlos cuantas veces lo desee, sin necesidad del consentimiento de los mismos.

CLAÚSULA 10. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

- a) 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.
- b) Si el Asegurado, el o (los) beneficiario(s) no puede(n) probar la ocurrencia del siniestro.
- c) Si el Asegurado, el o (los) beneficiario(s) omiten el aviso del siniestro, con la intención de evitar que se comprueben oportunamente las circunstancias del mismo.

Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las coberturas y Anexos de la Póliza, siempre que las mismas no contradigan normas legales aplicables.

CLAÚSULA 11: VIGENCIA, RENOVACIÓN, CANCELACIÓN, REHABILITACIÓN

VIGENCIA: La Aseguradora asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza y termina en la fecha fin de vigencia de la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

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.

CANCELACIÓN: La Aseguradora podrá cancelar la póliza si la prima no es pagada después del período de gracia para el pago de la prima. El Asegurado podrá cancelar la póliza, comunicándolo con quince (15) días calendario de anticipación por escrito, en cuyo momento la Aseguradora hará un cálculo de la prima no devengada (si la hubiere) para reembolsarla al Asegurado.

REHABILITACION: En caso de falta de pago de la prima convenida, la aceptación posterior de una prima por la Aseguradora, rehabilitará la póliza, aplicando las políticas vigentes.

CLAÚSULA 12. LÍMITES DE EDAD Y EDAD INEXACTA

12.1	Límites de edad:	Los límites de edad quedaran estipulados en la Solicitud-Carátula Individual de la póliza.
12.2	Edad inexacta:	La edad del Asegurado será calculada de acuerdo con la fecha de nacimiento consignada en o que aparece en el documento personal de identificación o certificado de nacimiento o cualquiera de los demás medios permitidos por la Ley para tales fines.

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 Solicitud- Carátula Individual de la Póliza no esté dentro de los límites de admisión antes mencionados se procederá así:

Se considera como no hecho el seguro devolviéndole al asegurado o beneficiario la prima pagada por el período de cobertura fuera de los límites de edad de permanencia, quedando la Aseguradora liberada de cualquier responsabilidad derivada de este contrato.

CLAÚSULA 13: INDISPUTABILIDAD

Las omisiones o inexactas declaraciones del Asegurado diferente 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 a partir de la fecha de su perfeccionamiento.

CLAÚSULA 14: PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

Obligaciones del Beneficiario en caso de siniestro

En el momento del reclamo, el Beneficiario o Beneficiarios deberán presentar el certificado original de defunción del Asegurado, partida de nacimiento del asegurado, documento personal de identificación 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 de la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza, 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 calendario siguientes a la fecha de haber completado toda la documentación requerida, el pago de la indemnización podrá realizarse directamente en las oficinas de la Aseguradora o en la oficina o sucursal del Comercialización Masivo en donde se inició el trámite.

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.

CLAÚSULA 15: PROCEDIMIENTO PARA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

15.1 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.
15.2 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 Sucursal del Comercializador Masivo.
15.3 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.

CLAÚSULA 16: TERMINACIÓN DE COBERTURA

Las coberturas de la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza finalizan:

- a) Al finalizar la vigencia de la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.
- b) Al efectuar el pago total de la suma asegurada correspondiente a esta cobertura.
- c) A la falta de pago de prima o prima fraccionada.
- d) Por solicitud escrita del Asegurado con quince (15) días de anticipación, solicitándola directamente en oficinas de la Aseguradora o en cualquier oficina o sucursal del Comercializador Masivo.
- e) La omisión o inexacta declaración.

CLAÚSULA 17: NOTIFICACIONES

Toda notificación a la Aseguradora deberá efectuarse en las oficinas de esta ubicadas en la dirección que aparece en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza o en la dirección del Comercialización Masivo, mientras que al Asegurado en la dirección que hubiere consignado en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza, teniéndose por bien hechas y válidas, que la que allí se les formulen, en tanto no notifiquen por escrito a la otra parte de cualquier cambio de las direcciones indicadas

CLAÚSULA 18: 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.

CLAÚSULA 19: 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.

CLAÚSULA 20. MANEJO DE CONSULTAS, QUEJAS E INSATISFACCIONES

20.1:	El Asegurado puede documentar cualquier gestión, consulta, queja e insatisfacción ante el Comercializador Masivo.
20.2	La Aseguradora pone a disposición del Asegurado canales abiertos de comunicación para la atención de consultas, quejas e insatisfacciones derivadas del Contrato. Estos canales de atención al asegurado aparecen indicados en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

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.

ANEXO

MUERTE ACCIDENTAL

Seguro de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

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 y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la Solicitud – Carátula Individual de la póliza.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al (los) beneficiario(s) designado(s) en el Cuadro de Beneficios de la Solicitud-Carátula Individual de la póliza la suma asegurada contratada para este Anexo, cuando el Asegurado sufra la muerte accidental, durante la vigencia de la presente póliza o cuando la muerte ocurra dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de haber sufrido el accidente.

Para los efectos de esta Anexo 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, las que se establecen en el Cuadro de Beneficios de la Carátula Individual de la póliza.

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 cualquiera 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

- 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, 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/softbol.

- 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 cardiacos, 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 ocurrido durante la vigencia de la póliza, 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 póliza, 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 establecidos en la Ley Actividad Aseguradora.

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. Cualquiera de las Condiciones estipuladas en la Cláusula 16 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al fallecimiento del Asegurado.
- 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 de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

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 Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

1. COBERTURA

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

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, las que se establecen en la Solicitud-Caratula Individual de la Póliza.

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 de la póliza se indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de

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

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.

4.2 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 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 16 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Cuando el pago que afecte la cobertura del presente anexo, sea igual al 100% de la suma asegurada indicada en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza, 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

DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

Seguro de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

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 Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

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 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.

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 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.

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, las que se establecen en la Solicitud-Caratula Individual de la Póliza.

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 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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

6. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir

- a. De acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 16 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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza, 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
Seguro de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

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 Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza, 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, las que se establecen en la Solicitud-Caratula Individual de la Póliza.

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, 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 cardiacos, epilépticos, desvanecimiento, sonambulismo.
- j. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).

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 de la póliza la Aseguradora pagará las rentas mensuales, en el número de rentas estipuladas en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza 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 16 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al efectuar el pago total del número de rentas que se indican en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.
- 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

ANEXO
MUERTE ACCIDENTAL POR AGRESIÓN
Seguro de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

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 Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al (los) beneficiario(s) designado(s) en la Solicitud-Carátula Individual de la póliza 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, 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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

2. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, las que se establecen en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

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, 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.
- 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 cardiacos, 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 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 a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibir la indemnización.

3.2 Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento por agresión del Asegurado ocurrido durante la vigencia de la póliza, 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 16 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 a Solicitud-Carátula Individual de la Póliza 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

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Seguro de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

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 Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al Asegurado la Incapacidad Total y Permanente por accidente o enfermedad 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 se produzca durante la vigencia de la póliza.

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, las que se establecen en la Solicitud-Caratula Individual de la Póliza.

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, ocurrido durante la vigencia de la póliza, 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, 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 16 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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza 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

Seguro de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

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 Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

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 de la póliza.

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, las que se establecen en la Solicitud-Caratula Individual de la Póliza.

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 la póliza, 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 16 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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza 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 de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

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 Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

1. COBERTURA

Si como consecuencia del fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora pagará al Beneficiario o Beneficiarios la suma asegurada establecida para este beneficio en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

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

Las edades de contratación serán, las que se establecen en la Solicitud-Caratula 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 la póliza la Aseguradora indemnizará la suma asegurada del Anexo de Gastos Funerarios indicada en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza a él o los beneficiario(s) designado(s).

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo a lo estipulado en el numeral 16 Terminación de la cobertura de las Condiciones Generales.

ANEXO
SERVICIOS MÉDICOS
Seguro de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

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

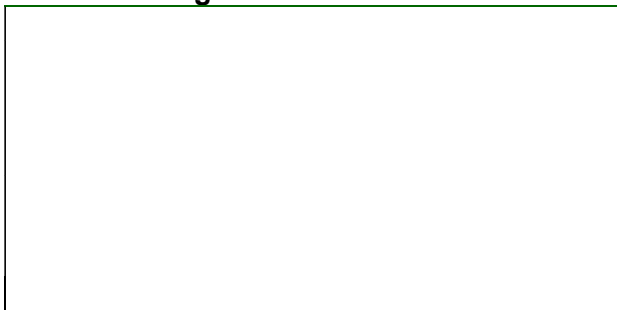
La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

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 concepto.

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

Las edades de contratación serán, las que se establecen en la Solicitud-Caratula 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 Solicitud-Carátula Individual de la póliza.

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 aseguro 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 para la coordinación de los servicios y autorización correspondiente.

8. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- De acuerdo a lo estipulado en la cláusula 16 Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- Cuando el Asegurado haya utilizado todos los servicios indicados en este anexo.

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 O ACCIDENTE

Seguro de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

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 Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

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 la Solicitud-Carátula Individual de la póliza.

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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza 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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

Enfermedad preexistente:

Cualquier enfermedad que existe con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza, 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. 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, las que se establecen en la Solicitud-Caratula Individual de la Póliza.

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, 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 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 Asegurado 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 16 Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al efectuar el pago total de los días máximo por año estipulados en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.
- 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 de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

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 Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza 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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

Evento: Comprende todos gastos incurridos, hospitalizaciones continuas o discontinuas, debidas a un mismo accidente.

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 Solicitud-Carátula Individual de la Póliza. 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, las que se establecen en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

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, 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 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 Asegurado 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 16 Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al efectuar el pago total de los días máximo por año estipulados en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.
- 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 de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

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 Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

2. DEDUCIBLE

El deducible se estipula en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza 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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

Enfermedad preexistente:

Cualquier enfermedad que existe con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza, 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 Solicitud-Carátula Individual de la Póliza. 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, las que se establecen en la Solicitud-Caratula Individual de la Póliza.

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 16 Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al efectuar el pago total de los días máximo por año estipulados en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.
- 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

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Seguro de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

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 Solicitud-Carátula Individual de la póliza.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al Asegurado hasta el monto máximo estipulado en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza 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 indicado en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza 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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza y monto a cargo del Asegurado.

1.1 DEFINICIONES

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 LIMITE GEOGRAFICO

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, las que se establecen en la Solicitud-Caratula Individual de la Póliza.

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, 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
 - 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 16 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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza 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 de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

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 Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al Asegurado, la suma asegurada señalada en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza, después del período de carencia indicado en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza y dentro de la vigencia de la póliza, 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 la Póliza 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 de la Póliza.
- 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 indemnizará 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 al inicio de vigencia de la póliza.

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 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.
- Sea el primer diagnóstico de enfermedad grave cubierto.

3. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, las que se establecen en la Solicitud-Caratula Individual de la Póliza.

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 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 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 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 16 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 la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza 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
EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS
Seguro de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

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 Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

1. COBERTURA

La Aseguradora exonerará del pago de la prima del seguro básico al Asegurado si éste se queda incapacitado total y permanente.

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, las que se establecen en la Solicitud-Caratula Individual de la Póliza.

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. Enfermedades, padecimientos o tratamiento médico u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean a consecuencia directa de un accidente.
- b. Cualquier accidente o enfermedad ocurrido antes de la primera fecha de inicio vigencia de esta Póliza.
- c. Cualquier Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo efectos alcohólicos o de cualquier droga o ansiolíticos, o en estado de perturbación mental o sonambulismo.
- d. Ptomaínas o infecciones bacterianas, tetánicas o carbuncosas (con excepción de las infecciones piógenas que acontezcan simultáneamente y como resultado de una herida accidental).
- e. Las insolaciones, congelaciones, congestión y otros efectos de la temperatura o presión atmosféricas, salvo que el Asegurado esté expuesto a ellas por consecuencia de un accidente cubierto por el seguro.
- f. Envenenamiento de cualquier naturaleza (tragados, administrados, absorbidos o inhalados por accidente o de otra manera, voluntaria o involuntariamente).
- g. Suicidio o cualquier intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- h. Actos o hechos cometidos con armas de fuego, corto punzantes, contundentes o punzo cortantes, a excepción de los casos que se declare por la autoridad competente como víctima accidental de proyectil disparado con arma de fuego, salvo pacto contrario.
- i. Riña cuando el Asegurado tome parte en ella, a excepción de si es en defensa propia.

- j. Participación en tumultos o insurrecciones.
- k. Prestar servicio militar o naval, en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrección.
- l. Viajar o volar en cualquier aeronave, o al descender de la misma, si el Asegurado es piloto o miembro de la tripulación o está dando o recibiendo cualesquiera clases de entrenamiento, instrucción, si tiene cualesquier deber a bordo de tal aeronave.
- m. La participación en cualquier forma de navegación submarina.
- n. Encontrarse en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o competencias de velocidad o resistencia.
- o. Los sufridos por el Asegurado debido a actos de imprudencia, temeridad o negligencia grave, a juicio de la Aseguradora, tomando parte en carreras de velocidad o resistencia, en apuestas y en concursos de cualquier naturaleza, en ascensiones y viajes aeronáuticos de toda clase, paracaidismo, navegación submarina, boxeo o cualquier clase de lucha personal, acoso, derribo y encierro de reses bravas, y en general todo acto notoriamente peligroso o delictivo.
- p. Accidentes ocurridos por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como: terremoto, inundación o erupción volcánica que se produzca en el territorio de la República de Guatemala.
- q. Cualquier incapacidad causada por lesión intencionalmente infligida a sí mismo, ya sea en estado de cordura o locura.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE

5. RECLAMO

5.1 Pago de Reclamación:

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 le provee la Aseguradora.

La exoneración será efectiva luego de transcurridos ciento ochenta (180) días calendario de la Incapacidad Total y Permanente, 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 16 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al hacerse efectivo la exoneración de pago de primas.
- 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 INFARTO

Seguro de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

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 Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al Asegurado, la suma asegurada señalada en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza después del período de carencia indicado en la Solicitud-Carátula Individual de la póliza y dentro de la vigencia del seguro, si se le diagnostica por primera vez la siguiente enfermedad:

Infarto al miocardio: La muerte de una porción del músculo cardíaco, 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**.

El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- a) Una hospitalización cuyo registro indique un **infarto del miocardio** dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.
- b) Presencia de **dolores torácicos** típicos, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.
- c) Cambios nuevos y relevantes en el **electrocardiograma (ECG)**.
- d) Aumento diagnóstico de **marcadores cardíacos** específicos de infarto incluyendo **CKMB** por encima de los niveles de laboratorio generalmente aceptados como “normales”.
- e) Prueba de reducción permanente e irreversible de la función ventricular izquierda especificado

por una fracción de eyección ventricular izquierda de menos del 40%.

Para los efectos de la cobertura se entenderá que el infarto del miocardio ha sido diagnosticado por primera vez por un médico cardiólogo; no ha sido diagnosticado, ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la póliza

3. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, las que se establecen en la Solicitud-Caratula Individual de la Póliza.

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:

3.1 Le son aplicables las exclusiones generales de las condiciones generales de la Póliza.

3.2 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, tentativa de suicidio o enfermedad intencionalmente causada o lesiones autoinflingidas, ya sea en estado de cordura o demencia.
- b. 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.

- c. 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.
- d. Cualquier evento que no sea confirmado como un infarto al miocardio por un cardiólogo o doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
- e. **Angina de pecho** estable e inestable.
- f. **Infarto al miocardio** de antigüedad indeterminada.
- g. Incremento en los **marcadores cardiacos** causada por un procedimiento cardiaco intraarterial incluyendo, pero no limitado a, una **angiografía coronaria y angioplastia coronaria**.
- h. Cuando el Asegurado haya tenido una intervención quirúrgica del corazón previa a la contratación de esta póliza.
- i. Padecimientos congénitos.
- h. Intoxicación o encontrarse el asegurado 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. Para los efectos de la presente exclusión, se considerará que el asegurado se encontraba en estado de ebriedad.
- i. Padecimientos o enfermedades preexistentes.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE

5. RECLAMO

5.1 Pago de Reclamación:

El Asegurado deberá dar aviso por escrito a la Aseguradora en el curso de los primeros treinta (30) días hábiles contado desde la fecha en que se le haya sometido a intervención quirúrgica o diagnosticado por primera vez la enfermedad de infarto de miocardio cubierta por esta póliza que pueda ser motivo de indemnización. Para la evaluación de un siniestro y el posterior pago de los beneficios que correspondan, la Aseguradora podrá solicitar los antecedentes que estime necesarios

para acreditarlo y verificar por medio de sus médicos o representantes la efectividad del diagnóstico de la enfermedad o intervención cubierta, para lo cual el Asegurado deberá dar las facilidades para someterse a los exámenes y pruebas que se le soliciten. Todos los gastos para efectuar esta evaluación serán de costo de la Aseguradora.

Pago:

La indemnización se efectúa mediante un solo pago de la suma asegurada contratada para esta cobertura al Asegurado. Si durante la vigencia del presente Anexo ocurre un siniestro cubierto y falleciera el Asegurado a consecuencia del mismo, la indemnización que llegare a proceder se liquidará al (o los) beneficiario(s) designado(s) en la Solicitud-Carátula Individual de la póliza.

6. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 16 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Después del pago total de la suma asegurada correspondiente a esta cobertura.
- 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 CÁNCER

Seguro de Comercialización Masiva de Vida Individual Temporal

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 Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al Asegurado, la suma asegurada señalada en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza después del período de carencia establecido en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza y dentro de la vigencia de la póliza, si se le diagnostica por primera vez la siguiente enfermedad:

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 de nivel de Clark 3;
- Todas las hiperqueratosis o los carcinomas basocelulares de la piel;
- Todos los carcinomas en la piel, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación de otros órganos;
- Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VHI O SIDA.

Para los efectos de la cobertura se cubrirá siempre que:

- Al Asegurado no se le ha diagnosticado Cáncer antes del inicio de vigencia de la póliza.
- Sea el primer diagnóstico de Cáncer.

3. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, las que se establecen en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza.

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. SIDA o presencia del virus VIH.
- b. Leucemia linfocítica crónica.
- c. Omisión en la búsqueda de atención o en el seguimiento de recomendaciones médicas.

- d. Trasplantes que sean procedimientos de investigación.
- e. Situaciones o enfermedades preexistentes.
- f. 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 de la Póliza sin importar si estaba enterado del diagnóstico o no.
- g. Personas con ocupaciones que incluyen alta exposición a radiación, sustancias tóxicas, sustancias explosivas, asbestos (amianto), gases o rayos solares por un prolongado período de tiempo.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE

5. RECLAMO

5.1 Pago de Reclamación:

El Asegurado deberá dar aviso por escrito a la Aseguradora en el curso de los primeros treinta (30) días hábiles contado desde la fecha en que se le haya diagnosticado por primera vez o sometido a intervención quirúrgica por la enfermedad de Cáncer cubierta por esta póliza que pueda ser motivo de indemnización. Para la evaluación de un siniestro y el posterior pago del beneficio que corresponde, la Aseguradora podrá solicitar los antecedentes que estime necesarios para acreditarlo y verificar por medio de sus médicos o representantes la efectividad del diagnóstico de la enfermedad o intervención cubierta, para lo cual el Asegurado deberá dar las facilidades para someterse a los exámenes y pruebas que se le soliciten. Todos los gastos para efectuar la evaluación cubiertos por la Aseguradora.

La indemnización por la cobertura de Cáncer se hará conforme a lo estipulado en la Solicitud-Carátula Individual de la Póliza al asegurado, de acuerdo a las disposiciones anteriores y a los exámenes médicos, en un plazo no mayor de diez (10) días luego de completada la documentación.

Pago:

La indemnización se efectúa mediante un solo pago de la suma asegurada contratada para esta cobertura al asegurado. Si durante la vigencia del presente Anexo ocurre un siniestro cubierto y falleciera el Asegurado a consecuencia del mismo, la indemnización que llegare a proceder se liquidará al (o los) beneficiario(s) designado(s) en la Solicitud-Carátula Individual de la póliza.

6. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo a lo estipulado en el numeral 16 Terminación de la cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Después del pago total de la suma asegurada correspondiente a esta cobertura.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia de acuerdo a la edad máxima de renovación.
- d. Al fallecimiento del Asegurado.

GLOSARIO

Cáncer: Es el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo. Las células cancerosas también se denominan malignas.

Carcinoma basocelulares de la piel: También llamado cáncer de la piel no melanoma, se suele presentar como un nódulo o abultamiento pequeño y escamoso en la cabeza, el cuello o las manos.

Carcinoma "in situ": Grupo de células anormales que permanecen en el mismo lugar en el que se formaron.

Enfermedad de Hodgkin (Linfoma de Hodgkin): Es un tipo de cáncer que se origina en el sistema linfático.

Ganglio linfático: Estructura en forma de frijol que forma parte del sistema inmunitario. Los ganglios linfáticos filtran las sustancias que se desplazan a través del líquido linfático; contienen linfocitos (glóbulos blancos) que ayudan al cuerpo a combatir infecciones y enfermedades.

Hispatológico: Es el estudio histológico de los tejidos extirpados en el cual se determina si los mismos han sufrido una transformación maligna o no.

Leucemia: Es una enfermedad maligna de la médula ósea que provoca un aumento incontrolado de leucocitos (células blancas) en la sangre periférica y que causan un tipo de cáncer a la sangre.

Linfoma: Es un cáncer que se inicia en el tejido linfático.

Melanomas: Forma de cáncer que empieza en los melanocitos (las células que elaboran el pigmento melanina). Puede empezar como un lunar (melanoma cutáneo), pero también puede comenzar en otros tejidos pigmentados como en el ojo o en los intestinos.

Metástasis: Diseminación del cáncer de una parte del cuerpo en donde se formó originalmente a otra parte del cuerpo. Cuando ocurre una metástasis, las células cancerosas se separan del tumor original (primario), viajan a través del sistema sanguíneo o linfático y forman un tumor nuevo en otros órganos o tejidos del cuerpo.

Sarcoma de Kaposi: Es un cáncer de la piel que puede presentarse en las personas que tienen SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).

Sistema linfático: Está formado por una serie de vasos que recorren todo el cuerpo y por ganglios que son como unos colectores. El sistema linfático forma parte del sistema inmunitario, que ayuda al cuerpo a combatir infecciones y enfermedades. Debido a que el tejido linfático se encuentra en todo el cuerpo, el linfoma puede surgir en cualquier parte del cuerpo.

CLASIFICACIONES DEL CANCER

Clasificación de Cáncer desarrollada por la Unión Internacional contra el Cáncer.

TNM:

TNM: emplea

T) para referenciar el tamaño,

N, (ganglio en inglés) para referenciar el número de ganglios linfáticos afectados

M para referenciar si hay **metástasis a distancia**.

Los médicos tienen en cuenta estos tres factores para determinar el estadio clínico del cáncer.

TNMT: se utiliza la “**T**” más una letra o número (o a 4) para describir la profundidad con que el tumor primario ha penetrado las paredes de tejido.

T2: Tumor grande, pero limitado al órgano de origen.

Ganglio: La “**N**” en el sistema TNM corresponde a la abreviación de ganglio en inglés.

Los ganglios linfáticos son órganos minúsculos que ayudan a combatir infecciones, ya que forman parte

del sistema inmunológico del cuerpo. Existen ganglios linfáticos regionales y ganglios linfáticos distantes.

NO: No se detecta metástasis de **ganglios linfáticos regionales** (el cáncer no se ha diseminado a los **ganglios linfáticos regionales**).

Metástasis a distancia: “**M**”: La letra “**M**” en el sistema TNM describe el cáncer diseminado a otras partes del cuerpo.

MO: La enfermedad no se ha metastatizado.

Otra clasificación por etapas:

Clasificación Ann-Arbor: Por separado existen clasificaciones, por estadios, para tumores específicos, se usan adicionalmente, o en lugar de TNM: Clasificación Ann-Arbor para linfoma de Hodgkin.

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.