Superintendencia de Bancos
Para posteriores tramites en relacion con este
(o.s) documento (s) referirse al siguiente numero:
2444 - 1999
Recepcion: 13/07/1999 SID 13/07/1999

SOLICITUD
SEGURO DE VIDA

Solicitud No.
Agente No.

SOLICITUD SEGURO DE VIDA

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	SEXO	ESTADO CIVIL	EDAD

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE CEDULA	NIT

PROFESIONES U OCUPACIONES ACTUALES	EMPRESAS EN QUE LAS DESEMPEÑA

DIRECCION RESIDENCIAL:
Tels.

DIRECCION COMERCIAL:
Tels.

INGRESOS ANUALES: _____ DIRECCION PARA COBROS Y AVISOS: Residencial ( ) Comercial ( ) Otros _____

CONTRATANTE _____

PLANES Y BENEFICIOS ADICIONALES	PLAZO	SUMA ASEGURADA

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS
Inspector II
GUATEMALA, C. A.

TEXTO APROBADO POR RESOLUCION
No. 1251-1999 DE FECHA 13/10/99
DE LA SUPERINTENDENCIA
DE BANCOS

FORMA DE PAGO: ANUAL ☐ TRIMESTRAL ☐
SEMESTRAL ☐ MENSUAL ☐

PRIMA TOTAL SEGUN FORMA DE PAGO

BENEFICIARIOS

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	PORCENTAJE O CANTIDAD	PARENTESCO O RELACION CON EL SOLICITANTE

DEPORTES Y/O AFICIONES QUE PRACTICA: AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, ALPINISMO, BUCEO, ETC.	TIPO COMPETENCIA	FRECUENCIA	DESEA CUBRIR EL RIESGO
	AMATEUR ☐ PROFESIONAL ☐		SI ☐ NO ☐

NOTA: SIRVASE DAR DETALLE DE LOS SEGUROS DE VIDA CONTRATADOS EN ESTA O EN OTRA COMPAÑIA.

COMPAÑIA	SUMA ASEGURADA	TIPO DE POLIZA	AÑO EN QUE FUE TOMADA	SI FUE CANCELADA CUANDO

EXISTE EN LA ACTUALIDAD OTRA SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA O PIENSA HACERSE. DAR DETALLE:

SI LE HA SIDO RECHAZADA O ACEPTADA EN CONDICIONES ESPECIALES ALGUNA SOLICITUD, INDIQUE EL MONTO Y LA COMPAÑIA:

INDIQUE SI SOLICITA ESTA POLIZA PARA ABANDONAR OTRA EXISTENTE:

VIAJA EN AVIONES PARTICULARES O MILITARES COMO PASAJERO	HA SIDO O HA RECIBIDO INSTRUCCIONES PARA PILOTO AVIADOR
SI ( ) NO ( )	SI ( ) NO ( )

NOTA: EN CASO AFIRMATIVO A LAS PREGUNTAS ANTERIORES COMPLETAR CUESTIONARIO DE AVIACION.

PARA OBTENER REFERENCIAS

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS
Inspector II
GUATEMALA, C. A.

TEXTO APROBADO POR RESOLUCION
No. _____ DE FECHA _____
DE LA SUPERINTENDENCIA
DE BANCOS

DATOS ADICIONALES CUANDO EL SOLICITANTE SEA MUJER

POR CONCEPTO DE QUÉ OBTIENE SUS INGRESOS	¿QUIEN PAGA LAS PRIMAS?	NOMBRE COMPLETO DEL ESPOSO

EDAD DEL ESPOSO	¿POR CUANTO ESTA ASEGURADO SU ESPOSO?	SI NO ESTA ASEGURADO INDIQUE LA CAUSA

IMPORTANTE: CANTIDAD QUE ENTREGUE AL AGENTE EN PAGO DE LA PRIMA INICIAL: Q _____

YO, EL ABAJO FIRMANTE, DECLARO QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON VERDADERAS Y EXACTAS; Y CONVENGO EN QUE ESTA DECLARACIÓN Y LAS RESPUESTAS QUE HE DE DAR AL MEDICO QUE ME RECONOZCA, SERAN LA BASE PARA LA EMISION DE LA POLIZA Y DE SU VALIDEZ; QUE EL EXAMEN MEDICO FORMA PARTE DE LA SOLICITUD, QUE CUALQUIER INEXACTITUD O FALSEDAD EN DICHAS DECLARACIONES Y CONTENIDAS EN LA SOLICITUD AUNQUE NO SEA DE MI PUÑO Y LETRA, QUE AFECTEN SUSTANCIALMENTE LA ACEPTACION DEL RIESGO O LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑIA, ANULA EL CONTRATO, LIMITANDOSE LA OBLIGACION DE LA COMPAÑIA, A LA DEVOLUCION DE LAS PRIMAS PAGADAS.

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE

_____
FIRMA DEL AGENTE

_____
FIRMA DEL CONTRATANTE SI LO HUBIERE

LUGAR Y FECHA _____

CUESTIONARIO PARA LLENAR EXCLUSIVAMENTE EN EL SEGURO SIN EXAMEN MEDICO

	SI	NO
1. ¿Tiene algún defecto en la vista?	( )	( )
2. ¿Tiene algún defecto auditivo?	( )	( )
3. ¿Le falta algún miembro o parte de él?	( )	( )
4. ¿Tiene alguna deformidad?	( )	( )
5. ¿Padece actualmente alguna enfermedad, afección o lesión?	( )	( )
6. ¿Padece o ha padecido una enfermedad que se repita causada por virus, bacterias u hongos en el aparato respiratorio, estómago, intestinos, en la piel, en los órganos urinarios y sexuales, sistema nervioso central?	( )	( )
7. Sufre o ha sufrido de:		
- ¿Dolores persistentes de los miembros o articulaciones parecidos a los de la gripe?	( )	( )
- ¿Diarreas de larga duración?	( )	( )
- ¿Pérdida de peso sin motivo?	( )	( )
- ¿Frecuentes sudores nocturnos?	( )	( )
- ¿Inflamación de los ganglios linfáticos?	( )	( )
8. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?	( )	( )
9. ¿Ha estado internado en algún hospital o sanatorio para tratamiento o tratamiento?	( )	( )
10. ¿Se le han hecho estudios de Rayos X o practicado Electrocardiogramas?		
11. ¿Ha estado sujeto a tratamiento de 2 años atrás a la fecha?	( )	( )

DATOS ADICIONALES CUANDO EL SOLICITANTE SEA MUJER

12. Tiempo de casada: _____

13. Se encuentra actualmente embarazada: _____ De cuántos meses: _____

14. Cuántos hijos ha tenido en época completa: _____ De fecha del último alumbramiento: _____

15. Padece o ha padecido de enfermedades o dolores propios de su sexo: SI ☐ NO ☐

16. Ha tenido abortos: SI ☐ NO ☐

17. Han sido difíciles o peligrosos los partos: SI ☐ NO ☐

EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA EN LAS PREGUNTAS 1 A LA 11 Y DE LA 15 A LA 17 DAR AMPLIA INORMACION

PREGUNTA NO.	NOMBRE DE LAS ENFERMEDADES, AFECCIONES, LESIONES, ANALISIS Y PRUEBAS DE LABORATORIO	NO. DE VECES QUE LAS HA SUFRIDO	FECHAS	ESTADO ACTUAL

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS / GUATEMALA, C. A. / Inspector II

TEXTO APROBADO POR RESOLUCION No. _____ DE FECHA _____ DE LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS

ESTATURA	PESO	HA VARIADO SU PESO EN LOS ULTIMOS 12 MESES	LIBRAS AUMENTADAS	CAUSA
MTS.	LBS.	SI ☐ NO ☐	LIBRAS DISMINUIDAS	

NOMBRE Y DOMICILIO DEL MEDICO QUE ACOSTUMBRA CONSULTAR:

HACE USO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS	CLASE	CANTIDAD	FRECUENCIA
SI ☐ NO ☐			

¿FUMA USTED?	CLASE	CANTIDAD DIARIA
SI ☐ NO ☐		

DESDE CUANDO:

HISTORIA FAMILIAR

HAN PADECIDO SUS PADRES O HERMANOS DE:

EPILEPSIA SI ( ) NO ( )	DIABETES SI ( ) NO ( )	CANCER SI ( ) NO ( )	DEMENCIA SI ( ) NO ( )

PARENTESCO	EDAD	ESTADO DE SALUD (si no es bueno, dar detalles)	EDAD A LA MUERTE	CAUSA DE LA MUERTE
PADRE				
MADRE				
ESPOSO (A)				
HIJOS				

YO, EL SOLICITANTE DECLARO, QUE LAS RESPUESTAS QUE ANTECEDEN SON VERDADERAS Y EXACTAS Y CONVENGO EN QUE ESTA DECLARACION SERA LA BASE PARA LA EMISION DE LA POLIZA Y DE SU VALIDEZ; QUE CUALQUIER INEXACTITUD O FALSEDAD EN DICHAS RESPUESTAS HECHAS POR MI Y CONTENIDAS EN LA SOLICITUD, AUNQUE NO SEAN ESCRITAS DE MI PUÑO Y LETRA, QUE AFECTEN SUSTANCIALMENTE LA ACEPTACION DEL RIESGO O LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑIA, ANULA EL CONTRATO, LIMITANDOSE LA OBLIGACION DE LA COMPAÑIA A LA DEVOLUCION DE LAS PRIMAS PAGADAS.
NO OBSTANTE SER ESTA SOLICITUD SIN EXAMEN MEDICO, ESTOY DE ACUERDO EN QUE SE ME PRACTIQUEN EXAMENES EN CASO DE QUE LO REQUIERA LA COMPAÑIA; ASIMISMO, AUTORIZO A CUALQUIER HOSPITAL, CLINICA O MEDICO QUE ME HAYA ATENDIDO PARA QUE PROVEA A SEGUROS DEL PAIS, S.A., CUALQUIER INFORMACION RESPECTO A ENFERMEDADES, TRATAMIENTOS O ACCIDENTES QUE YO HAYA SUFRIDO, HISTORIAL MEDICO, CONSULTAS, RECETAS, INCLUYENDO PLACAS DE RAYOS X Y COPIAS DE TODOS LOS INFORMES MEDICOS O DEL HOSPITAL. UNA COPIA FOTOSTATICA AUTENTICADA DE ESTA AUTORIZACION SERA CONSIDERADA TAN EFECTIVA Y VALIDA COMO EL ORIGINAL.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

INFORME COMPLEMENTARIO DEL AGENTE

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoce usted al solicitante? _____
2. ¿Cuál es el objeto de este seguro? _____
3. ¿Le consta a usted que su cliente firmó esta solicitud? SI ☐ NO ☐
4. ¿Recomienda usted a su cliente, tanto por su aspecto saludable como por su moralidad y reputación? SI ☐ NO ☐
5. Solicita su cliente este seguro para abandonar alguna póliza expedida por esta Compañía? SI ☐ NO ☐
6. Observaciones: De amplia información de cualquier aspecto que pudiera influir en la aceptación del riesgo o en la persistencia del seguro:

_____

_____

CLAVE DEL AGENTE	NOMBRE DEL AGENTE	FIRMA

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS
Inspector II
GUATEMALA, C. A.

TEXTO APROBADO POR RESOLUCION
No. _____ DE FECHA _____
DE LA SUPERINTENDENCIA
DE BANCOS

Texto aprobado por la Superintendencia de Bancos en resolución No. _____ de fecha _____.

POLIZA
DE
SEGURO DE VIDA

SEGUROS DEL PAIS, S.A. (EN ADELANTE DENOMINADA LA COMPAÑIA), PAGARA LAS SUMAS ASEGURADAS QUE ABAJO SE INDICAN PARA CADA COBERTURA CONTRATADA, DE ACUERDO CON LO QUE SE ESTIPULA EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE ESTA POLIZA, SIEMPRE QUE LA MISMA SE ENCUENTRE EN VIGOR, EL PAGO SE HARA EN SU OFICINA PRINCIPAL DE LA CIUDAD DE GUATEMALA, AL PROPIO ASEGURADO O EN SU CASO A LOS BENEFICIARIOS RESPECTIVOS CUYOS NOMBRES SE EXPRESAN EN LA SOLICITUD DE SEGURO Y QUE ESTAN REGISTRADOS EN EL ANEXO DE BENEFICIARIOS, DESPUES DE RECIBIR LA COMPAÑIA PRUEBAS FEHACIENTES DE LA REALIZACION DE LA EVENTUALIDAD PREVISTA EN ESTA POLIZA.

Nombre y domicilio del Asegurado y/o Contratante	**Póliza**		
	Fecha de Emisión	**Edad**	**Sexo**

PROGRAMA DE BENEFICIOS

Coberturas amparadas	**Suma Asegurada**	**Primas**	**Inicio de Vigencia**	**Plazo**

Endosos que se adhieren y forman parte de esta póliza

ESTE CONTRATO INCLUYE UN ACUERDO DE ARBITRAJE

TEXTO APROBADO POR RESOLUCION
FECHA
SUPERINTENDENCIA
DE BANCOS

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS
Inspector II
GUATEMALA C. A.

Revisado **Apoderado**

TEXTO APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS EN RESOLUCION No. _____ DE FECHA _____.

CONDICIONES GENERALES

CONDICIONES GENERALES

1. CONTRATO

Esta póliza y la solicitud correspondiente, copia de la cual se acompaña a la presente, así como los contratos suplementarios, si los hubiere, constituyen el contrato completo de seguro. El Asegurado al recibir esta póliza debe cerciorarse que concuerde con la solicitud presentada a la Compañía, para los efectos de los dos primeros párrafos del artículo 673 del Código de Comercio 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 aquel 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."

2. CAMBIOS O MODIFICACIONES

Todo cambio o modificación a las condiciones de esta póliza, para ser válido, necesita que se haga constar en endoso agregado a la misma, firmado por funcionario autorizado por la Compañía, y aceptado por el Asegurado o la persona que legalmente posea los derechos derivados de la póliza, según sea el caso.

3. PAGO DE BENEFICIOS

Si el Asegurado falleciere encontrándose en vigor este contrato, la Compañía pagará al beneficiario o beneficiarios designados por el asegurado, la suma asegurada, contra entrega de esta poliza y las pruebas fehacientes del fallecimiento. Cualquier adeudo derivado de la póliza a favor de la Compañía será deducido del pago anterior.

4. CAMBIOS DE BENEFICIARIOS Y CESION DE DERECHOS

En cualquier momento, mientras esté en vigor este contrato, por medio de aviso escrito a la Compañía, el Asegurado podrá:

a) Transferir los derechos derivados del seguro sin el consentimiento de Beneficiario alguno, salvo que hubiere designado Beneficiario irrevocable y no se haya reservado para sí tales derechos.

b) Cambiar de Beneficiario, reservándose o no el derecho de cambiarlo en el futuro, salvo que con anterioridad hubiere designado Beneficiario irrevocable conforme a lo prescrito en las leyes aplicables a este contrato.

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS
Inspector II
GUATEMALA, C. A.

TEXTO APROBADO POR RESOLUCION
DE FECHA _____
SUPERINTENDENCIA
DE BANCOS

Ninguna transferencia de derechos entrará en vigor a no ser que esté debidamente comunicada y registrada en la Compañía; pero al estar así registrada entrará en vigor en la fecha en que el Asegurado firmó el aviso respectivo. El cambio de Beneficiario deberá hacerlo la Compañía en la póliza.

5. PRESCRIPCION

Todas las acciones derivadas de este contrato de seguro, prescribirán en el término de dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. En el caso de beneficiarios, si no tienen conocimiento del derecho a su favor, la prescripción se consumará por el transcurso de cinco años contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones del asegurador.

6. PAGO DE PRIMAS Y PERIODO DE GRACIA

Las primas son anuales y pagaderas por anticipado; pueden contratarse pagos anuales, semestrales trimestrales o mensuales. Se concede un período de gracia de treinta días para el pago de cualquier prima vencida, al finalizar dicho periodo la póliza caduca sin necesidad de declaración alguna. Si el Asegurado falleciere dentro del período de gracia, cualquier prima vencida y no pagada será deducida de la liquidación de esta póliza.

7. REHABILITACION

En caso de caducidad de la presente póliza, la misma puede ser rehabilitada, mediante solicitud escrita del Asegurado, presentación de evidencia de asegurabilidad y previo pago de todas las primas vencidas hasta la fecha de rehabilitación. Sin embargo, la Compañía podrá efectuar la rehabilitación modificando la vigencia de la póliza, por el tiempo durante el cual hubiese estado caducada. Sí, como consecuencia de esta modificación, la edad del Asegurado resultare mayor que la que aparece en esta póliza, entonces deberá pagar las diferencias de primas entre las dos edades. La edad del Asegurado en la nueva póliza será la que hubiere alcanzado en la fecha de la rehabilitación.

8. INDISPUTABILIDAD

Las omisiones o inexactas declaraciones del solicitante del seguro, diversas de las referentes a la edad del asegurado, dan derecho a la Compañía para dar por terminado el contrato; pero dicho derecho caduca (no así para cualquier contrato suplementario adjunto a la presente que otorgue Beneficio de Incapacidad o Accidente) si la póliza ha estado en vigor, en vida del Asegurado, durante dos años a contar de la fecha de su perfeccionamiento o de la última rehabilitación.

9. SUICIDIO

La Compañía estará obligada al pago de la suma asegurada, aún en caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si ocurre después de DOS

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS
Inspector II
GUATEMALA, C. A.

TEXTO AUTORIZADO POR RESOLUCION
DE FECHA _____
SUPERINTENDENCIA
DE BANCOS

AÑOS de emitida o rehabilitada la póliza. Si ocurriere antes, el asegurador únicamente está obligado a la devolución de las primas percibidas.

10. EDAD

Si la edad del Asegurado ha sido declarada erróneamente, cualquier cantidad pagadera por esta póliza será la que se hubiere podido adquirir con el importe de las primas efectivamente pagadas y aplicadas de acuerdo con la edad correcta.

11. FALLECIMIENTO DEL BENEFICIARIO O CESIONARIO

Los derechos de un Beneficiario que fallezca antes o al mismo tiempo que el Asegurado, acrecerán la parte que corresponda a los restantes beneficiarios, si los hubiere. A falta de otro u otros beneficiarios, tales derechos pasarán a los herederos legales del Asegurado. Los derechos derivados de la póliza transferidos a cualquier persona que falleciere estando la misma en vigor, pasarán a sus herederos, administradores o albaceas, salvo que aquí se hubiere convenido lo contrario.

12. SIN RESTRICCIONES

Esta póliza está exenta de toda clase de restricciones relativas al cambio de residencia, cambio de ocupación, viajes y género de vida del asegurado.

13. MONEDA

Todos los pagos derivados de la póliza se efectuaran en las oficinas de la Compañía, dentro de la República de Guatemala y en moneda de curso legal.

14. CLAUSULA COMPROMISORIA

Cualquier diferencia que surja entre el Asegurado y la Compañía será sometida al procedimiento arbitral, en la ciudad de Guatemala, República de Guatemala, de conformidad con el "Reglamento del Centro Privado de Dictamen, Conciliación y Arbitraje", el cual es aceptado de modo irrevocable, conforme el Decreto 67-95, del Congreso de la República, Ley de Arbitraje, observándose las reglas siguientes:

a) Si el rechazo de la reclamación por la Compañía se fundase en la caducidad de la póliza o en los alcances de su cobertura o en cualquier otro asunto puramente de derecho, el asunto será sometido a un Tribunal de Arbitros de Derecho.
b) Si el Asegurado o los beneficiarios, en su caso, estuvieren inconformes con el monto de la indemnización establecida por la Compañía, el asunto será sometido a un Tribunal de Arbitros de Equidad.

Texto aprobado por la Superintendencia de Bancos en resolución No._____de fecha_____

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS
Inspector II
GUATEMALA, C. A.

TEXTO APROBADO POR RESOLUCION
No. ____ DE FECHA _____
DE LA SUPERINTENDENCIA
DE BANCOS

ANEXO
DE BENEFICIO
DE EXONERACION DE PAGO
DE PRIMAS
POR INCAPACIDAD TOTAL Y
PERMANENTE

ANEXO BIT

ANEXO DE
BENEFICIO DE EXONERACION DE PAGO DE PRIMAS
POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Asegurado: _____
No. Póliza: _____ Vigencia: Desde _____ Hasta _____

VIGENCIA

Esta cobertura se mantendrán en vigor como máximo hasta el aniversario de la póliza más cercano a la fecha en que el Asegurado cumpla 60 años de edad o al finalizar el plazo de pago de primas, lo que ocurra primero.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Para los efectos de esta cobertura, se define como INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE el hecho que el Asegurado sufra lesiones corporales o padezca una enfermedad que lo incapacite durante un periodo continuo de seis (6) meses para el desempeño de todas sus labores diarias propias de su ocupación u otra apropiada a sus conocimientos y aptitudes, que pudiere producirle remuneración o utilidad. También se considera INVALIDEZ la pérdida completa e irremediable de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos o de ambos pies o la pérdida conjunta de una mano y un pie.

Se entiende por pérdida de una mano la separación absoluta en la articulación de la muñeca o arriba de ella y por pérdida de un pié, la separación absoluta en la articulación del tobillo o arriba de él.

El Asegurado deberá acreditar ante la Compañía su estado de invalidez.

BENEFICIO

Después de haber pagado la totalidad de las primas de primer año, si el Asegurado se invalida total o permanentemente, la Compañía conviene en pagar por él las primas que venzan inmediatamente después de que transcurran 6 meses de la fecha en que se haya presentado la invalidez. La póliza quedará de este modo vigente y el Asegurado tendrá sobre la misma los derechos que sus condiciones le concedan.

RECUPERACIONES DE LA INVALIDEZ

La Compañía podrá cuando lo estime necesario, por no más de una vez al año, exigir que se compruebe de manera fehaciente que continúa el estado de invalidez del Asegurado. Si éste se niega a hacerlo, o se comprueba que ya está dedicado a cualquier ocupación que le produzca remuneración, cesará el goce de este beneficio, debiendo el Asegurado reanudar el pago de primas a partir de la que venza inmediatamente después de que esto ocurra.

TEXTO APROBADO POR RESOLUCION
No. _____ DE FECHA _____
DE LA SUPERINTENDENCIA
DE BANCOS

EXCLUSIONES

El goce de este beneficio no se concederá si la invalidez es a consecuencia de:

a) Lesiones o enfermedades que se provoque deliberadamente el propio Asegurado o que le cause cualquier otra persona de acuerdo con él.
b) Intento de suicidio.
c) Guerra, rebelión, insurrecciones o alborotos populares.
d) Manifestaciones violentas en la vía pública.
e) Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
f) Navegación aérea, excepto que al ocurrir el accidente el Asegurado viaje como pasajero en avión registrado como transporte aéreo para pasajeros y en viaje de itinerario regular entre aeropuertos establecidos.

_____ Revisado

_____ Apoderado

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS
Inspector II
GUATEMALA, C. A.

Texto aprobado por la Superintendencia de Bancos en resolución No. _____ de fecha _____.

ANEXO
DE BENEFICIO
DE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL O LESIONES CORPORALES

ANEXO DE
BENEFICIO DE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL O LESIONES CORPORALES

Asegurado: _____
No. Póliza: _____ Vigencia: Desde _____ Hasta _____

En caso de accidente que ocasione la muerte o la pérdida de miembros del Asegurado, la compañía pagará una de las indemnizaciones que se detallan a continuación. La indemnización total o la proporción que corresponda, será pagada si la muerte o la pérdida se debe exclusivamente a lesiones corporales sufridas por el Asegurado por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa, ajena a la voluntad del Asegurado, con independencia o exclusión de cualquier otra causa y cuando la muerte o pérdida ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente. También se considerará muerte accidental la derivada de asfixia por inmersión.

La indemnización básica por esta cobertura será igual al importe que se indica en la carátula de la póliza.

El pago por pérdida de la vida se hará al o a los beneficiarios designados en la póliza y el pago que corresponda a cualquiera de las otras indemnizaciones se hará al propio Asegurado, de acuerdo con la siguiente tabla:

Por la pérdida de:	% de la Indemnización Básica
La vida	100
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100
Una mano y un pie	100
Una mano o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100
Una mano o un pie	50
La vista de un ojo	30
Un dedo pulgar	15
Un dedo indice	10
Cada uno de los dedos, medio anular y meñique	5

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS
Inspector II
GUATEMALA, C. A.

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.

Las indemnizaciones contenidas en esta cobertura no se concederán si la muerte del asegurado o la pérdida que sufra, son consecuencia directa o indirectamente total o parcialmente de:

TEXTO APROBADO POR RESOLUCIO
No. _____ DE FECHA _____
DE LA SUPERINTENDENCIA
DE BANCOS

a) Suicidio o conato de suicidio, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
b) Guerra, declarada o no, huelgas, motines, guerra civil, revolución o cualquier acción bélica.
c) Servicio militar o naval en tiempo de paz o de guerra.
d) Hallarse practicando un arresto como representante de la ley.
e) Lesiones corporales o la muerte causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.
f) Postración por calor o insolación.
g) Participación en cualquier reyerta.
h) Certámenes de velocidad sobre ruedas.
i) Cometer un delito.
j) Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo efectos alcohólicos o de cualquier droga.
k) Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente)
l) Cualquier enfermedad.

m) Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente)
n) Estar el Asegurado entrando a, manejando o prestando servicio en, ascendiendo con o descendiendo de cualquier aparato o vehículo aéreo, con excepción de lo estipulado en la cláusula de indemnización a pasajeros por accidentes de aviación de este contrato suplementario.

DOBLE PAGO: La indemnización pagadera por esta cobertura se duplicará si la muerte o pérdida de miembros causados por el accidente fueran sufridos por el Asegurado:

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 al iniciarse el incendio.

El Asegurado o los beneficiarios en su caso, tienen la obligación de notificar a la Compañía dentro de un plazo que no exceda de noventa (90) días de ocurrido el accidente, cuando el Asegurado sufra alguna de las pérdidas anteriormente enumeradas.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con esta cobertura, la Compañía tendrá el derecho de practicar examen médico al Asegurado. Las indemnizaciones establecidas en esta cobertura se concederán únicamente si se presenta a la Compañía prueba fehaciente de que la lesión o lesiones causantes de la muerte o pérdidas sufridas por el Asegurado, ocurrieron durante el plazo de seguro de esta cobertura, siempre que la misma se encuentre en vigor y no estuviere disfrutando de los beneficios que para el caso de incapacidad pudiera conceder la póliza.

Si durante la vigencia de este Beneficio Adicional ocurren dos o más pérdidas de las aquí previstas, se pagará la indemnización correspondiente a cada pérdida; sin embargo, el total de la suma de las reclamaciones no deberá exceder al 100% de la indemnización básica. Cuando el total sea igual al 100% de dicha indemnización, esta cobertura quedará automáticamente cancelada.

Este Beneficio Adicional se concede mediante el pago de la prima adicional respectiva, la que deberá ser cubierta junto con la de la póliza a que se adiciona. El Asegurado, en cualquier momento, podrá pedir su cancelación solicitándolo por escrito y remitiendo la póliza para la anotación correspondiente.

La terminación de la póliza traerá consigo la de la presente cobertura, que también cesará en sus efectos.

Esta cobertura se cancelará automáticamente al término del plazo de seguro estipulado, o en el aniversario de la póliza más cercano a la fecha en que el Asegurado cumpla 65 años de edad, lo que ocurra primero, reduciéndose al importe de la prima total, la prima correspondiente a este beneficio.

Revisado

Apoderado

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS
Inspector II
GUATEMALA, C. A.

TEXTO APROBADO POR RESOLUCION
No. _____ DE FECHA _____
DE LA SUPERINTENDENCIA
DE BANCOS

Texto aprobado por la Superintendencia de Bancos en resolución No. _____ de fecha _____.