

SOLICITUD DE SEGURO - PERSONA INDIVIDUAL

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

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

1.1 INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE PERSONA INDIVIDUAL

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

Actividad económica o profesión:

1.2 COMPLETAR INFORMACIÓN:

- | | | | | | |
|-------|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 1.2.1 | El Solicitante es Persona Expuesta Políticamente (PEP)* : | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.2 | Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)* | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.3 | Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)* | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.4 | El Solicitante actúa en nombre propio: | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.5 | Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América: | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.6 | Posee documento de identidad Green Card: | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.7 | Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América: | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 1.2.8 | Ingresos mensuales: _____ | | | | |
| 1.2.9 | Es o ha sido en el último año, Contratista o Proveedor del Estado -CPE- | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

***PEP:** Persona que desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala o en otro país.
CPE: Persona individual o jurídica que provee bienes, obras, servicios y suministros a entidades del estado por valor que exceda Q. 900,000.00

2. INFORMACIÓN PARA EMITIR LA PÓLIZA

- | | | | |
|---|-----------------------------|----------------------|---------|
| 2.1 Grupo Asegurable: | _____ | | |
| 2.2 Actividad del grupo: | _____ | | |
| 2.3 Inicio de Vigencia: | | 2.4 Fin de Vigencia: | _____ |
| 2.5 Contributiva: Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Porcentaje: | _____ % |
| 2.6 Periodicidad de pago: | _____ | | |
| 2.7 Moneda: | _____ | 2.8 Prima a pagar: | _____ |

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

2.10 Facturar a nombre de: _____

2.10.1 Dirección: _____

2.10.2 NIT: _____

3 PROGRAMA DE BENEFICIOS

3.1 COBERTURA PRINCIPAL

Cobertura principal	Límites de edad	Suma Asegurada

3.2 ANEXOS - COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura incluida	Límites de edad	Suma Asegurada	Período de carencia-Espera/Deducible/ Días máximos al año

3.3 SERVICIOS ADICIONALES

--

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE:

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

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

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

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

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

Firma y sello del Contratante

AUTORIZACIÓN

Yo: _____

Autorizo a Aseguradora Rural, S.A., para que se haga el cargo por el importe de la prima de seguro por el medio y cuenta indicada en esta solicitud o cualquier otra cuenta que posea con fondos disponibles, por el importe de la prima de seguro y la periodicidad de pagos convenida:

Caja Deposito monetario Depósito Ahorro Tarjeta de Crédito Tarjeta débito

Otra: _____

Banco	Número de cuenta	Fecha de débito:

Tarjeta de Crédito/Débito:

Número de tarjeta	Banco emisor	Fecha de vencimiento mes y año	Fecha de débito:

Firma del Tarjetahabiente o Cuentahabiente

Nombre: _____ Tipo y número de documento de identificación: _____

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

Uso interno de la Aseguradora:

Código agente/Intermediario: _____ Nombre: _____

Agencia	Código colaborador	Iniciales Colaborador	Firma

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.

SOLICITUD DE SEGURO - PERSONA JURÍDICA

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

Por medio de la presente solicito a “ASEGURADORA RURAL, S. A.”, una póliza de Seguro Colectivo de Accidentes Personales proporcionando para esto los datos que me identifican como Contratante.

1. CONTRATANTE

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

Y como Representante Legal del Contratante:

8.	Nombre completo:		
9.	Nacionalidad:	10.	Documento y numero de documento de identificación personal:

- | | | | |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 11. | Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América: | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 12. | Posee documento de identidad Green Card: | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 13. | Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América: | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 14. | Persona Expuesta Políticamente (PEP) : | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 15. | Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 16. | Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 17. | Actúa en nombre propio: | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 18. | Es o ha sido en el último año, Contratista o Proveedor del Estado -CPE- | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

***PEP**: Persona que desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala o en otro país.
CPE: Persona individual o jurídica que provee bienes, obras, servicios y suministros a entidades del estado por valor que exceda Q. 900,000.00.

2. INFORMACIÓN PARA EMITIR LA PÓLIZA

2.1 Grupo Asegurable:	_____		
2.2 Actividad del grupo:	_____		
2.3 Inicio de Vigencia:		2.4 Fin de Vigencia:	_____
2.5 Contributiva: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Porcentaje:	_____	%
2.6 Periodicidad de pago:	_____		

2.7 Moneda: _____ 2.8 Prima a pagar: _____
 2.9 Se determinará la suma asegurada para la póliza por: _____
 2.10 Facturar a nombre de: _____
 2.10.1 Dirección: _____
 2.10.2 NIT: _____

3. PROGRAMA DE BENEFICIOS

3.1 COBERTURA PRINCIPAL

Cobertura principal	Límites de edad	Suma Asegurada

3.2 ANEXOS- COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura incluida	Límites de edad	Suma Asegurada	Período de carencia - Espera/Deducible/ Días máximos al año

3.3 SERVICIOS ADICIONALES

--

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE:

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

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

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

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

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

 Firma y sello del Contratante

AUTORIZACIÓN

Yo: _____

Autorizo a Aseguradora Rural, S.A., para que se haga el cargo por el importe de la prima de seguro por el medio y cuenta indicada en esta solicitud o cualquier otra cuenta que posea con fondos disponibles, por el importe de la prima de seguro y la periodicidad de pagos convenida:

Caja Deposito monetario Depósito Ahorro Tarjeta de Crédito Tarjeta débito

Otra: _____

Banco	Número de cuenta	Fecha de débito:

Tarjeta de Crédito/Débito:

Número de tarjeta	Banco emisor	Fecha de vencimiento mes y año	Fecha de débito:

Firma del Tarjetahabiente o Cuentahabiente

Nombre: _____ Tipo y número de documento de identificación: _____

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

Uso interno de la Aseguradora:

Código agente/Intermediario: _____ Nombre: _____

Agencia	Código colaborador	Iniciales Colaborador	Firma

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

CONSENTIMIENTO**Seguro Colectivo de Accidentes Personales****CONTRATANTE:** _____

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

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Apellido de casada	Nombres	
Tipo de documento de identificación:		Número de documento de identificación:		
Nacionalidad:	Otra nacionalidad:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):	Edad:	
Lugar de nacimiento:	Estado civil:	Sexo:	NIT	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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	E-mail/correo electrónico	
Describa su ocupación:				
Lugar de trabajo / sueldo mensual:				

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

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

Cobertura principal	Suma Asegurada

2.2 ANEXOS- COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura	Suma Asegurada

2.3 SERVICIOS ADICIONALES

--

2.4 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

3. PRIMA

Periodicidad de pago: _____ Prima anual: _____
 Prima fraccionada: _____ Moneda: _____

4. PAGO DE LA PRIMA

La prima será pagada:

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

Información para emitir factura para pagos contributivos:

Facturar a nombre de: _____ NIT: _____
 Dirección: _____

5. COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

5.1	El Solicitante es Persona Expuesta Políticamente (PEP)*:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
5.2	Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
5.3	Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
5.4	El solicitante actúa en nombre propio:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
5.5	Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
5.6	Posee documento de identidad Green Card:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
5.7	Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
5.8	El solicitante es Contratista o Proveedor del Estado (CPE)**:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

*PEP: Persona que desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala o en otro país.

**CPE: Persona individual o jurídica que provee bienes, obras, servicios y suministros a entidades del estado por valor que exceda Q. 900,000.00.

6. DECLARACIÓN

Con la firma de este Consentimiento declaro a Aseguradora Rural, S.A., que: me encuentro en buen estado de salud, declaro que mi habilidad física no se encuentra limitada y no padezco de paraplejía, cuadriplejía, sordera, ceguera. Aseguradora Rural, S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se comprobare que esta declaración no corresponde a la verdad.

7. DECLARACIONES ADICIONALES

Aseguradora Rural, S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

1. 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.
2. Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud autorizo:
 - I. A cualquier médico, profesional, hospital, clínica, entidad o persona médica o relacionada medicamente para proveer a la Aseguradora la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí sin limitación alguna.
 - II. A la Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mí documento personal de identificación.

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

- a. A que pueda ser renovado el Certificado Individual de forma automática.
- b. Que me envíen el Certificado Individual, Anexo(s), Condiciones Generales, Condiciones Particulares que correspondan por cualquier medio de comunicación electrónica o el medio convenido, si cambio de medio de comunicación, notificare a la Aseguradora para que realicen el cambio.

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

Firma del Solicitante

Nombre: _____ Tipo y número documento de identificación: _____

8. AUTORIZACIÓN

Yo: _____

Autorizo a Aseguradora Rural, S.A., para que se haga el cargo por el importe de la prima de seguro por el medio y cuenta indicada en esta solicitud o cualquier otra cuenta que posea con fondos disponibles, por el importe de la prima de seguro y la periodicidad de pagos convenida:

Caja Depósito monetario Depósito Ahorro Tarjeta de Crédito Tarjeta débito

Otra: _____

Banco	Número de cuenta	Fecha de débito:

Tarjeta de Crédito/Débito:

Número de tarjeta	Banco emisor	Fecha de vencimiento mes y año	Fecha de débito:

Firma Tarjetahabiente o Cuentahabiente

Nombre: _____ Tipo y número documento de identificación: _____

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

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

CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO INDIVIDUAL**Seguro Colectivo de Accidentes Personales**

No. de póliza: _____

No. de certificado: _____

CONTRATANTE: _____

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

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE-ASEGURADO

Primer apellido	Segundo apellido	Apellido de casada	Nombres	
Tipo de documento de identificación:		Número de documento de identificación:		
Nacionalidad:	Otra nacionalidad:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):	Edad:	
Lugar de nacimiento:	Estado Civil:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NIT:	
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	e-mail/correo electrónico	

Describa su ocupación: _____

Lugar de trabajo / sueldo mensual: _____

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

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

Cobertura principal	Límites de edad	Suma Asegurada

2.2 ANEXOS-COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura incluida	Límites de edad	Suma Asegurada	Período de carencia-Espera/Deducible/Días máximos al año

2.3 SERVICIOS ADICIONALES

--

2.4 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

3. VIGENCIA, PRIMA

Fecha de inicio de vigencia: _____ Fecha fin de vigencia: _____
 Periodicidad de pago: _____ Prima anual: _____
 Prima fraccionada: _____ Moneda: _____

4. PAGO DE LA PRIMA

La prima será pagada: _____

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

Información para emitir factura para pagos contributivos:

Facturar a nombre de: _____ NIT: _____
 Dirección: _____

5. COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

- | | | | | | |
|-----|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 5.1 | El Solicitante es Persona Expuesta Políticamente (PEP)*: | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 | Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*: | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 5.3 | Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*: | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 5.4 | El solicitante actúa en nombre propio: | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 5.5 | Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América: | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 5.6 | Posee documento de identidad Green Card: | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 5.7 | Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América: | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |
| 5.8 | El solicitante es Contratista o Proveedor del Estado (CPE)**: | Si | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> |

*PEP: Persona que desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala o en otro país.

**CPE: Persona individual o jurídica que provee bienes, obras, servicios y suministros a entidades del estado por valor que exceda Q. 900,000.00.

6. DECLARACIÓN

Con la firma de este Consentimiento-Certificado Individual declaro a Aseguradora Rural, S.A., que: me encuentro en buen estado de salud, declaro que mi habilidad física no se encuentra limitada y no padezco de paraplejía, cuadriplejía, sordera, ceguera. Aseguradora Rural, S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se comprare que esta declaración no corresponde a la verdad.

7. DECLARACIONES ADICIONALES

Aseguradora Rural, S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

1. 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.
2. Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud autorizo:
 - I. A cualquier médico, profesional, hospital, clínica, entidad o persona médica o relacionada medicamente para proveer a la Aseguradora la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí sin limitación alguna.
 - II. A la Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mí documento personal de identificación.

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

- a. Que pueda ser renovado el Consentimiento-Certificado Individual de forma automática.
- b. Que me envíen el Certificado Individual, Anexo(s), Condiciones Generales, Condiciones Particulares que correspondan por cualquier medio de comunicación electrónica o el medio convenido, si cambio de medio de comunicación, notificare a la Aseguradora para que realicen el cambio.

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

Obligaciones del Beneficiario en caso de siniestro

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

Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento accidental del Asegurado ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente al o los beneficiarios(s) una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los siguientes diez (10) días.

Se adhieren a este Consentimiento-Certificado Individual los siguientes documentos: Condiciones Generales, Condiciones Particulares y anexo(s), que serán enviados por comunicación electrónica o el medio convenido.

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

Firma del Solicitante - Asegurado

Nombre: _____ Tipo y número documento de identificación: _____

f) Aseguradora Rural, S.A.

8. AUTORIZACIÓN

Yo: _____

Autorizo a Aseguradora Rural, S.A., para que se haga el cargo por el importe de la prima de seguro por el medio y cuenta indicada en esta solicitud o cualquier otra cuenta que posea con fondos disponibles, por el importe de la prima de seguro y la periodicidad de pagos convenida:

Caja Depósito monetario Depósito Ahorro Tarjeta de Crédito Tarjeta débito

Otra: _____

Banco	Número de cuenta	Fecha de débito:

Tarjeta de Crédito/Débito:

Número de tarjeta	Banco emisor	Fecha de vencimiento mes y año	Fecha de débito:

Firma del Tarjetahabiente o Cuentahabiente

Nombre: _____ Tipo y número de documento de identificación: _____

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

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

CERTIFICADO INDIVIDUAL

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

Póliza No. _____

No. De Certificado _____

CONTRATANTE:**1. ASEGURADO**

Nombres y apellidos: _____

Dirección: _____

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

Cobertura principal	Límites de edad	Suma Asegurada

2.2 ANEXOS - COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura incluida	Límites de edad	Suma Asegurada	Período de carencia-Espera/Deducible

2.3 SERVICIOS ADICIONALES

--

2.4 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

3. VIGENCIA, PRIMA

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

Periodicidad de pago: _____ Prima anual: _____

Prima fraccionada: _____ Moneda: _____

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

Obligaciones del Beneficiario en caso de siniestro

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

Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento accidental del Asegurado ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente al o los beneficiarios(s) una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los siguientes diez (10) días.

Se adhieren a este Certificado Individual los siguientes documentos: Condiciones Generales, Condiciones Particulares y anexo(s), que serán enviados por comunicación electrónica o el medio convenido.

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

Firma Aseguradora Rural, S.A.

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

CARÁTULA DE LA PÓLIZA

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

No. de Póliza: _____

CONTRATANTE

Nombre del contratante:
Dirección:
Grupo Asegurado:
Actividad del grupo Asegurado:

PROGRAMA DE BENEFICIOS

COBERTURA PRINCIPAL

Cobertura principal	Límites de edad	Suma Asegurada

ANEXOS - COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura incluida	Límites de edad	Suma Asegurada	Período de carencia-Espera/Deducible

SERVICIOS ADICIONALES

VIGENCIA, PRIMA

Fecha de inicio de vigencia: _____	Fecha fin de vigencia: _____
Periodicidad de pago: _____	Prima fraccionada: _____
Prima Anual: _____	Moneda: _____

PAGO DE LA PRIMA

La prima será pagada:

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

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

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

Aseguradora Rural

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

CONDICIONES GENERALES

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

1. CONTRATO

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

La Aseguradora entregará al Contratante los Certificados Individuales, Consentimientos-Certificados, o la constancia de contratación quien será responsable de entregarlos a cada uno de los Asegurados, que serán enviados por comunicación electrónica o el medio convenido.

2. ESTIPULACIÓN LEGAL

El Contratante y el Asegurado al recibir la póliza, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual deben cerciorarse que concuerde con lo solicitado a la Aseguradora, para los efectos de los primeros párrafos del artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala que dice textualmente: “En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.

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

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

3. OBJETO DEL CONTRATO

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

4. DEFINICIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vigencia: Es el período de tiempo previsto en la póliza durante el cual surten efectos las coberturas.

5. COBERTURA PRINCIPAL

Muerte Accidental

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

6. INFORMACIÓN AL ASEGURADO

La Aseguradora le notificará al Asegurado sobre cualquier modificación de la cobertura o de los riesgos asegurados. Además, a requerimiento del Asegurado, le informará sobre las condiciones de su póliza y le remitirá la documentación que este le solicite.

La Aseguradora faculta al Contratante para que brinde al Asegurado, a requerimiento de este, lo indicado en el párrafo anterior. También faculta al Contratante para el envío y recepción de información y documentación relativa a la póliza, y la relacionada con los trámites de reclamos.

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

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

- a) 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.
- 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) La muerte causada por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes, salvo pacto en contrario.
- 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 que se ejercite como profesión el beisbol o el fútbol/softbol.
- 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 voluntaria o involuntariamente).
 - j) Pilotos, ayudantes de transporte público remunerado a excepción de los casos previamente aceptados por la Aseguradora.
 - k) Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas (medie o no declaración de guerra), guerra civil, golpe militar, actos de terrorismo, insurrección, rebelión, revolución, poder militar o usurpación de poder, ley marcial, amotinamiento, disturbio, conmoción civil, alboroto popular, levantamientos.
 - l) Contaminación radioactiva, fisión o fusión nuclear.
 - m) Actos delictivos cometidos, en calidad de autor, cómplice, encubridor.
 - n) Vuelos no regulares. Se considerarán vuelos regulares, los vuelos que cumplan con cada una de las siguientes condiciones:
 - 1. El vuelo debe estar programado para despegar y aterrizar en aeropuertos con código IATA.
 - 2. Todos los miembros de la tripulación deberán tener las licencias válidas y vigentes para el vuelo.

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

8. LÍMITES DE EDAD

Los límites de edad quedaran estipulados en la Carátula, Certificado Individual, Consentimiento-Certificado Individual.

9. PAGO DE PRIMA Y PERÍODO DE GRACIA

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

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

10. EL CONTRATANTE Y SUS OBLIGACIONES

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

Son obligaciones del Contratante:

- a) Pagar a la Aseguradora la prima de seguro en la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
- b) Recaudar de las personas del grupo asegurado la cantidad de la prima de seguro con la que contribuyen, en la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
- c) Informar, en la forma convenida a la Aseguradora:
 - 1. El ingreso al grupo asegurado de nuevas personas, adjuntando los Consentimientos respectivos o los Consentimientos-Certificados Individuales y demás documentación que le requiera la Aseguradora;
 - 2. La separación definitiva de alguna persona asegurada del grupo asegurado;
 - 3. Cualquier situación de los asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza, así como las agravaciones esenciales que tenga el riesgo, que sean de su conocimiento; y,

Queda entendido y convenido que dicha prima siempre se computará en días completos.

4. La terminación de su calidad como Contratante.
- d) Dar a conocer a la persona que se asegure, la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- e) Entregar el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual a cada persona del grupo asegurado y, en su caso, la constancia de contratación del seguro, por el medio convenido.
- f) No efectuar cargos adicionales al asegurado sobre la prima fijada por la Aseguradora.

11. TERMINACIÓN DE SU CALIDAD COMO CONTRATANTE

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

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

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

12. INGRESOS Y SEPARACIONES DEL GRUPO ASEGURADO

12.1 Altas de Asegurados

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

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

En ambos casos, La Aseguradora cobrará al Contratante la parte de la prima que corresponda al tiempo que falte para concluir el período asegurado.

12.2. Bajas de Asegurados

En caso de separación de una persona o el cese de alguna cobertura, el contratante y/o Asegurado deberá notificarlo a la Aseguradora en el plazo convenido con esta, indicando la fecha a partir de la cual dejará de estar asegurado. Respecto a la prima, devolverá la prima no devengada.

La separación de una persona o cobertura no implica la cancelación de la póliza.

13. BENEFICIARIOS

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

El Contratante no puede nombrar beneficiarios, ni ser designado como tal, ni debe ceder los derechos de la suma asegurada.

La Aseguradora pagará la indemnización a los beneficiarios designados y registrados en el Consentimiento, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

14. VIGENCIA, RENOVACIÓN, REHABILITACIÓN

14.1 Vigencia

14.1.1 Vigencia de la Póliza: La vigencia de la póliza quedará estipulada en la Carátula de la póliza.

14.1.2 Vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual: La vigencia será indicado en el mismo, y podrá ser renovado, siempre y cuando el asegurado siga reuniendo los requisitos para ser parte del grupo asegurado.

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

14.3 Rehabilitación: A solicitud del Asegurado la Aseguradora podrá rehabilitar la póliza, Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual cancelado por falta de pago, pagando la

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

Prueba de muerte

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

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

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

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

- a) Rendir con exactitud y veracidad cualquier declaración requerida por la Aseguradora de manera que pueda comprobarse el derecho a un beneficio con respecto a las coberturas; y
- b) Suministrar cualquier documentación adicional que la Aseguradora pueda requerir para su comprobación.

20. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

prima correspondiente previo análisis, clasificación y aceptación por escrito del riesgo por parte de la Aseguradora.

15. MODIFICACIONES

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

16. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

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

17. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

Obligaciones del Beneficiario en caso de siniestro

En todo momento del reclamo, el beneficiario deberá presentar el certificado original de defunción del Asegurado, Certificado de nacimiento del Asegurado, Documento personal de identificación del Asegurado, beneficiario 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 póliza. Consentimiento-Certificado, Certificado Individual y una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes y estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla.

c. Al fallecimiento del Asegurado.

21. TERMINACIÓN ANTICIPADA Y CESE DE COBERTURA

- El Contratante o Asegurado podrá terminar el contrato antes o durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual mediante notificación escrita con anticipación de quince (15) días previo a la cancelación. La Aseguradora reembolsará la parte de la prima no devengada, correspondiente al tiempo durante el cual el seguro no hubiese estado en vigor.
- El Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual se dará por terminado anticipadamente cuando el Contratante notifique a la Aseguradora que dejó de existir el interés asegurable y la fecha a partir de la cual deja de estar Asegurado. En este caso la Aseguradora no tendrá derecho a la prima por el período no devengado y el Asegurado no tendrá derecho a indemnización alguna por siniestros ocurridos con posterioridad a la vigencia del seguro.
- En los casos en que sea aplicable, por falta de pago de prima en cuyo caso no se requiere ningún aviso escrito, la cobertura cesará el último día del último período de cobertura para el cual se haya realizado un pago.

La separación de una persona o cobertura no implica la cancelación de la póliza.

22. NOTIFICACIONES

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

23. 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.

24. 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 a la Aseguradora.

25. PROCEDIMIENTO PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTO

25.1 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.

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

25.3 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.

26. TABLA A CORTO PLAZO**26.1 Aplicación**

Esta tabla es aplicable para aquellas vigencias inferiores a un año.

26.2 Tabla

Vigencia del Seguro	Porcentaje de la prima anual aplicable
Hasta 5 días	5%
Hasta 10 días	10%
Hasta 15 días	15%
Hasta 1 mes	20%
Hasta 1 mes y medio	25%
Hasta 2 meses	30%
Hasta 3 meses	40%
Hasta 4 meses	50%
Hasta 5 meses	60%
Hasta 6 meses	70%
Hasta 7 meses	75%
Hasta 8 meses	80%
Hasta 9 meses	85%
Hasta 10 meses	90%
Hasta 11 meses	95%
Hasta 12 meses	100%

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 Colectivo Accidentes Personales

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

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

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

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

2. 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 completos 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 el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

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 Artículo 904 del Código de Comercio de la República de Guatemala.
- 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

Anexo a Resolución Nro. 556-2026 Hoja 24/134

(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 que se 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 desmembración causada por 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 voluntaria 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

Pago del reclamo:

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes de la pérdida de algunos de los miembros o de los sentidos descritos en la Tabla indicada anteriormente, ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual y una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes y estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente al Asegurado.

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 las reclamaciones no deberá exceder el 100% de la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir lo siguiente:

- a. De acuerdo con lo estipulado en la Cláusula 20 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Cuando el pago o pagos que afecten la cobertura del presente anexo sea igual al 100% de la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual esta cobertura queda automáticamente cancelada.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

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

ANEXO

MUERTE ACCIDENTAL ESPECIAL

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al (los) beneficiario(s) designado(s) en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual la suma asegurada cuando el Asegurado, sufra la muerte accidental especial, durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual cuando la muerte ocurra dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de haber sufrido el accidente.

La indemnización por esta cobertura se pagará si la muerte accidental especial 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 transporte público, 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.

La suma asegurada se cubrirá hasta el límite máximo indicado en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

2. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, los que se establecen en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

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 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 Artículo 904 del Código de Comercio de la Republica de Guatemala.

- d. Lesiones corporales o 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 que se 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 voluntaria o involuntariamente).
- k. Pilotos, ayudantes de transporte público remunerado a excepción de los casos previamente aceptados por la Aseguradora.

y una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes y estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla.

4.2 Prueba de muerte

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

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo con lo estipulado en la cláusula 20 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.
- c. Al fallecimiento del Asegurado.

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

4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

4.1 Pago de reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento accidental especial del Asegurado ocurrido durante la vigencia el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual

ANEXO

MUERTE ACCIDENTAL POR AGRESIÓN

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al (los) beneficiario(s) designado(s) en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual la suma asegurada contratada de la cobertura de muerte accidental 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 de la cobertura de muerte accidental por agresión se cubrirá hasta el límite máximo de la cobertura por muerte accidental estipulada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

2. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, las que se establecen en Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

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 Artículo 904 del Código de Comercio de la República de Guatemala.
- 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 que se ejercite como profesión el béisbol o el fútbol/softbol.
- e. Postración por calor e insolación.

c. Al fallecimiento del Asegurado.

- 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 voluntaria o involuntariamente).

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

4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

4.1 Pago de reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento accidental por agresión del Asegurado ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual y una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes y estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada estipulada en muerte accidental correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla.

4.2 Prueba de muerte

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

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo con lo estipulado en la Cláusula 20 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en el

ANEXO

GASTOS FUNERARIOS ACCIDENTAL

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

Si como consecuencia del fallecimiento del Asegurado por muerte accidental la Aseguradora pagará al Beneficiario o Beneficiarios la suma asegurada para gastos funerarios accidental establecida para este anexo indicado en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

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

2. LÍMITES DE EDAD

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

3. EXCLUSIONES

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

3. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

Pago del Reclamo

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

4. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir lo siguiente:

- a. De acuerdo con lo estipulado en la cláusula 20 Terminación de Cobertura de las Condiciones Generales.

ANEXO

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

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

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

2. DEFINICIONES

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

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

3. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, las que se establecen en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

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 Artículo 904 del Código de Comercio de la República de Guatemala.
- d. Lesiones corporales causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.

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 con lo estipulado en la Cláusula 20 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Cuando el pago se efectúe por la cobertura del presente anexo, sea igual al 100% de la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual, esta cobertura queda automáticamente cancelada.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

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.

- 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 que se 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 cardíacos, epilépticos, desvanecimiento, sonambulismo.
- j. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntaria o involuntariamente).

5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

5.1 Pago de Reclamación:

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

ANEXO

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

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

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 cualquiera 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 Artículo 904 del Código de Comercio de la Republica de Guatemala.

- 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 que se 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 voluntaria o involuntariamente).

5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

5.1 Pago de Reclamación:

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes de la incapacidad por accidente o por enfermedad no preexistente del Asegurado ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual mediante la presentación de las pruebas fehacientes de la incapacidad: Informe médico y estudios realizados con interpretación

médica que indiquen diagnóstico, tratamiento, evolución, en caso de accidente especificar como ocurrió el accidente, la Aseguradora en función al tipo de reclamación, indemnizará la suma asegurada correspondiente al Asegurado.

5.2 Pago del reclamo:

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

6. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo con lo estipulado en la Cláusula 20 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Cuando el pago que se efectúe por la cobertura del presente anexo sea igual al 100% de la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado-Individual, Certificado Individual, esta cobertura queda automáticamente cancelada.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

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

ANEXO

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

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

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

2. DEDUCIBLE

El deducible se estipula en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual y son los días mínimos que debe permanecer el Asegurado en condición de hospitalización a consecuencia de un accidente, durante los cuales no tendrá cobertura.

3. DÍAS MÁXIMOS AL AÑO

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

4. DEFINICIONES

Para todos los efectos de este Anexo se entiende por:

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 periodos de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el período máximo estipulado en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual. El pago de dichas indemnizaciones será cubierto siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al momento en que dichas hospitalizaciones se presenten.

5. LÍMITE GEOGRÁFICO

La clínica u hospital debe estar ubicado dentro del territorio de la República de Guatemala.

6. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, las que se establecen en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

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 médico 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 Artículo 904 del Código de Comercio de la Republica de Guatemala.
- 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 que se ejercite como profesión el béisbol o el fútbol/softbol.
- 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 voluntaria o involuntariamente).
- m. Accidentes ocurridos cuando el Asegurado maneje o viaje como pasajero en motocicletas, motonetas o cualquier otro vehículo de motor similar; a excepción de los casos previamente aceptados por la Aseguradora.
- n. Accidentes ocurridos cuando el Aseguro maneje moto taxi.

8. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

El aviso por escrito de la reclamación deberá realizarse en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir del inicio de la hospitalización por accidente, 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 por accidente, 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 con lo estipulado en la Cláusula 20 Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al efectuar el pago total de los días máximos por año estipulados en el

Consentimiento-Certificado Individual,
Certificado Individual.

- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

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

ANEXO

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará una renta diaria por hospitalización a consecuencia de una enfermedad no preexistente, de acuerdo con el periodo de espera, la renta diaria, deducible, días máximos de cobertura al año indicados en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

2. DEDUCIBLE

El deducible se estipula en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual, y son los días mínimos que debe permanecer el Asegurado en condición de hospitalización a consecuencia de una enfermedad no preexistente, durante los cuales no tendrá cobertura.

3. DÍAS MÁXIMOS AL AÑO

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

4. DEFINICIONES

Para todos los efectos de este Anexo se entiende por:

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

inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

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

Enfermedad preexistente:

Cualquier enfermedad existente que padezca el Asegurado con anterioridad al inicio de vigencia del Consentimiento-Certificado individual, Certificado Individual, 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.
- 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 el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual. El pago de dichas indemnizaciones será cubierto siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al momento en que dichas hospitalizaciones se presenten.

5. LÍMITE GEOGRÁFICO

La clínica u hospital debe estar ubicado dentro del territorio de la República de Guatemala.

6. LÍMITES DE EDAD

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

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 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 médico 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 Artículo 904 Código de Comercio de la República de Guatemala.
- 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 que se ejercite como profesión el béisbol o el fútbol/softbol.

- 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 voluntaria o involuntariamente).
- o. Accidentes ocurridos cuando el Asegurado maneje o viaje como pasajera 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 contados a partir del inicio de la hospitalización por enfermedad no preexistente, mediante un formulario de reclamación.

Presentar certificación o constancia médica del hospital o sanatorio, especificando 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 con lo estipulado en la Cláusula 20 Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al efectuar el pago total de los días máximo por año estipulados en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

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 O ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará una renta diaria por Hospitalización a consecuencia de un accidente o enfermedad no preexistente, de acuerdo con el período de espera, la renta diaria, deducible, días máximos de cobertura al año indicados en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

2. DEDUCIBLE

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

3. DÍAS MÁXIMOS AL AÑO

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

4. DEFINICIONES

Para todos los efectos de este Anexo se entiende por:

Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles,

y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

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

Enfermedad preexistente:

Cualquier enfermedad existente que padezca el Asegurado 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.
- 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 el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

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

5. LÍMITE GEOGRÁFICO

La clínica u hospital debe estar ubicado dentro del territorio de la República de Guatemala.

6. LÍMITES DE EDAD

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

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 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 médico 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 Artículo 904 del Código de Comercio de la República de Guatemala.
- 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 que se ejercite como profesión el béisbol o el fútbol/softbol.

- 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 voluntaria o involuntariamente).
- o. Accidentes ocurridos cuando el Asegurado maneje o viaje como pasajera 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 contados a partir del inicio de la hospitalización por accidente o enfermedad no preexistente, mediante un formulario de reclamación.

Presentar certificación o constancia médica del hospital o sanatorio, especificando nombre completo del Asegurado, la fecha del ingreso y egreso, el diagnóstico de la hospitalización por

accidente o enfermedad no preexistente, 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 con lo estipulado en la Cláusula 20 Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al efectuar el pago total de los días máximos por año estipulados en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

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

QUEMADURAS

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al Asegurado, la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado individual, Certificado Individual, si a consecuencia de un accidente cubierto, sufre quemaduras de tercer grado, que abarquen más de un 20% de la superficie del cuerpo, determinada conforme a la Regla de los Nueve o la Carta de Superficie Corporal de Lund y Browder, dicha condición deberá ser diagnosticada por un médico especialista colegiado.

La Suma asegurada se cubrirá hasta el límite máximo estipulado en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual por la ocurrencia de una o más quemaduras cubiertas.

2. EXCLUSIONES

Adicionalmente de las estipuladas en las Condiciones Generales de la Póliza, esta cobertura no ampara al Asegurado en los siguientes casos:

- a) Aquellos casos dónde la primera atención médica se realiza después de los primeros noventa (90) días calendario siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.
- b) Quemaduras por insolación como consecuencia de la exposición negligente al sol.
- c) Bajo la cobertura de este anexo no se cubrirá a las personas que manejen material explosivo, mineros, personas

que se dedican a la fabricación de fuegos artificiales o fuegos pirotécnicos.

3. LÍMITES DE EDAD

Las edades de edad aparecen consignadas en el Consentimiento Certificado Individual, Certificado Individual.

4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

Pago del reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes de la quemadura del Asegurado de tercer grado, que abarquen más de un 20% de la superficie del cuerpo, determinada conforme a la Regla de los Nueve o la Carta de Superficie Corporal de Lund y Browder a consecuencia de un accidente, cubierto en este Anexo, ocurrido durante la vigencia del Consentimiento Certificado Individual, Certificado Individual y una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes y estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla.

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo con lo estipulado en la Cláusula 20 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.

- b. Cuando el pago que se efectúe por la cobertura del presente anexo sea igual al 100% de la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado-Individual, Certificado Individual, esta cobertura queda automáticamente cancelada.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

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 FRACTURAS

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al Asegurado, la suma asegurada señalada en el Consentimiento-Certificado Individual, si el Asegurado, sufre una o varias fracturas óseas cubiertas a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, que puedan ser demostradas dentro de los 30 días siguientes a la fecha del accidente. En caso de fracturas simultaneas, se pagará el monto procedente para cada fractura sin que el total exceda la suma asegurada máxima contratada para esta cobertura.

2. DEFINICIONES

Para efectos de este Anexo se define lo siguiente:

Fractura de huesos: Lesión traumática de un hueso ocasionado por la acción de una fuerza externa a consecuencia de un accidente, caracterizada por una interrupción de la continuidad del tejido óseo. Debe ser diagnosticada por un médico colegiado y demostrada mediante estudios radiológicos.

2. TABLA DE INDEMNIZACIÓN

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

Fractura de:	Porcentaje de la Suma Asegurada
Cuello	100%
Cadera, pelvis	80%
Cráneo	80%
Fémur, torso, húmero	40%
Fracturas de: tobillo, tibia o peroné, fracturas de codo, escápula	35%
Maxilar inferior, clavícula	30%
Cubito, radio, muñeca	25%
Vértebra	20%
Esternón, patela, hueso malar	15%
Mano (excluyendo muñecas), pie (excluyendo tarso)	10%
Fracturas de los dedos de las manos (falanges)	5%
Fracturas de los dedos de los pies (falanges)	5%

3. EXCLUSIONES

Adicionalmente de las estipuladas en las Condiciones Generales de la Póliza, esta cobertura no ampara al Asegurado en los siguientes casos:

- a. Aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de los primeros noventa (90) días calendario siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.
- b. Fisuras óseas, entendiéndose por éstas las grietas en el hueso o fractura incompleta que se caracteriza por la existencia de una línea

la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla.

de fractura que no circunscribe ningún fragmento óseo.

- c. Fracturas producidas como consecuencia directa de sufrir osteoporosis, Osteomalacia, Osteomielitis. Osteogénesis imperfecta, fracturas por estrés, enfermedad de Paget.
- d. Fracturas patológicas y congénitas, entendidas como aquellas en que se rompe normal a consecuencia de una enfermedad y que puede ocurrir incluso con las actividades normales (por ejemplo, tumores óseos, enfermedades del metabolismo),
- e. Fracturas derivadas de procesos de parto o de sus complicaciones.
- f. Fracturas que sean a consecuencia directa de las siguientes situaciones:
 - i. Práctica profesional de cualquier deporte.
 - ii. Lesiones autoinfligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
 - iii. Intentos de suicidio, aun cuando se comentan en estado de enajenación mental.
 - iv. Psicopatías transitorias o permanentes y operaciones quirúrgicas o tratamientos, salvo que cualquiera de tales hechos sobrevenga como consecuencia inmediata de un accidente o del tratamiento de las lesiones por él producidas.

4 LÍMITES DE EDAD

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

5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

Pago del reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes de la fractura cubierta en este Anexo y ocurrido durante la vigencia de la póliza y una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes y estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a

Cualquier pago que la Aseguradora haya hecho por fractura(s) detallado(s) 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 fracturas de las aquí previstas, se pagará la indemnización correspondiente a cada pérdida; sin embargo, el total de las reclamaciones no deberá exceder el 100% de la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

6. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo con lo estipulado en la Cláusula 20 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Cuando el pago o pagos que afecten la cobertura del presente anexo sea igual al 100% de la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual esta cobertura queda automáticamente cancelada.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

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
SERVICIOS MÉDICOS
Seguro Colectivo de Accidentes Personales

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

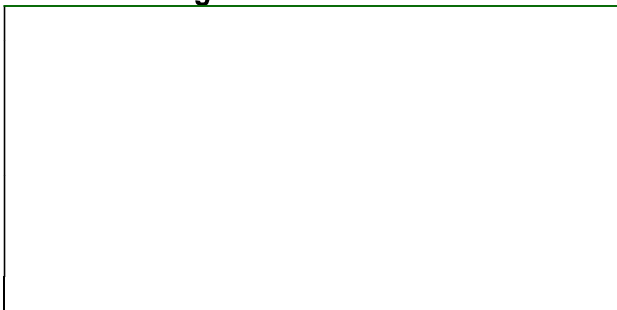
La vigencia del presente anexo será la misma especificada en la póliza, el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

1. COBERTURA

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

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

4. LÍMITE GEOGRÁFICO

Las consultas médicas, exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas, se prestarán únicamente dentro del territorio de la República de Guatemala.

5. PERÍODO DE CARENCIA

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

6. EXCLUSIONES

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

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

judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.

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

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

Prestación de la Cobertura

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

8. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- La cobertura del Consentimiento-Certificado Individual, Certificado individual finaliza de acuerdo con lo estipulado en la cláusula 20 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 POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE

Seguro Colectivo de Accidentes Personales

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

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

1. COBERTURA

Si como consecuencia de un accidente, el Asegurado se incapacita temporalmente para el desempeño de sus actividades productivas (laborales o de su negocio o industria), la Aseguradora pagará el importe contratado como renta diaria por incapacidad temporal por accidente indicado en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

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

Condiciones Específicas

Si un accidente impide al Asegurado dedicarse a sus ocupaciones habituales, la Aseguradora le abonará, mientras dure tal incapacidad temporal y como máximo los días estipulados en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

- a. La cantidad total convenida como indemnización diaria, durante todo el tiempo en que el asegurado esté totalmente incapacitado para todas las ocupaciones inherentes a la profesión declarada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual. Para las personas que no ejercen ninguna profesión, la indemnización total sólo se pagará durante el tiempo en que el lesionado no pueda abandonar sus habitaciones, o deba estar recluso, según certificado médico.

- b) Parcialmente, o sea el 50% o el 25% del importe de la compensación diaria, en proporción al grado de facultades físicas que haya conservado o ido adquiriendo el Asegurado para dedicarse a sus ocupaciones habituales.
- c) La indemnización por incapacidad temporal se satisfará, si hay lugar, independientemente de la que pueda corresponder para el caso de muerte o invalidez temporal.

2. DEFINICIONES

Incapacidad Temporal: Se entiende por Incapacidad Temporal el estado de salud por el cual la persona asegurada se encuentre impedida e inhabilitada para dedicarse a sus ocupaciones habituales, en forma temporal, 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

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

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

5.2 Pago del reclamo:

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

6. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo con lo estipulado en la Cláusula 20 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Cuando el pago que se efectúe por la cobertura del presente anexo sea igual al 100% de la suma asegurada indicada en

el Consentimiento-Certificado-Individual, Certificado Individual, esta cobertura queda automáticamente cancelada.

- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual.

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 Colectivo de Accidentes Personales

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

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

1. COBERTURA

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

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

1.1 DEFINICIÓN

Para todos los efectos de esta Póliza se entiende por:

Gastos razonables y acostumbrados: Es el monto que habitualmente se cobra por los servicios médicos en la localidad donde estos son efectuados a personas del mismo sexo y edad, considerando, además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de las lesiones; las características y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; y el prestigio, experiencia y nivel profesional de las personas encargadas de la atención.

1.2 Límite geográfico

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

2. LÍMITES DE EDAD

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

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 de 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 con 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 con lo estipulado en la Cláusula 20 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Cuando el pago o pagos que afecten la cobertura del presente anexo sea igual al 100% de la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado Individual, Certificado Individual esta cobertura

queda automáticamente cancelada. Para esta cobertura no aplica rehabilitación de suma asegurada.

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