

SOLICITUD DE SEGURO

Seguro de Vida Individual Temporal

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: ☐ M ☐ F	Estatura: mts. Peso: lbs. NIT
Zona	Municipio	Departamento	
No. de celular	Otros números telefónicos	e-mail/correo electrónico	

2. INFORMACIÓN LABORAL

2.1 Nombre de la empresa o lugar de trabajo: _____

2.2 Ocupación o puesto actual: _____

2.3 Ingresos mensuales: _____

2.4.1 Trabajo en alturas ☐ Si ☐ No	2.4.4 Uso de químicos: ☐ Si ☐ No
2.4.2 Trabajo bajo en agua ☐ Si ☐ No	2.4.5 Uso de explosivos: ☐ Si ☐ No
2.4.3 Uso armas ☐ Si ☐ No	2.4.6 Uso de material radiactivo o nuclear: ☐ Si ☐ No

En caso de respuesta positiva en los numerales 2.4.1 al 2.4.6 ampliar información del trabajo/uso: _____

3. PROGRAMA DE BENEFICIOS

Suma Asegurada: _____ Años de plazo del seguro: _____ Moneda: _____

ANEXOS – COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura incluida	Suma Asegurada

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

4. PRIMA, FACTURACIÓN

Periodicidad de pago: _____ Prima anual/Fraccionada: _____

Años de pago de la póliza: _____

Información para emitir factura:

Facturar a nombre de: _____ NIT: _____

Tipo y número de documento de identificación: _____

Dirección: _____

5. CUESTIONARIO DE SALUD Y HÁBITOS DE VIDA

INSTRUCCIONES: Marque SÍ o NO escribiendo en la casilla correspondiente con una X o un ✓ si aplica para usted las enfermedades/padecimientos/diagnósticos indicados en el cuadro. Abajo del cuestionario encontrará espacio para ampliar las respuestas afirmativas. Puede ampliar sus respuestas en hoja adicional.

		Si	No
1.	¿Ha tenido o tiene problemas del oído, de audición, de la nariz o de la garganta? (faringitis, anginas, otitis, sinusitis, pólipos u otras).		
2.	¿Ha tenido o tiene problemas de la visión? (miopía, presbicia, iritis, queratitis, astigmatismo, daltonismo, glaucoma, escotoma, desprendimiento de retina u otras).		
3.	¿Padece o ha padecido de enfermedades del corazón o del aparato circulatorio? (presión arterial alta o baja, disnea, dolor de pecho, arritmias, bloqueos, angina, infarto, hipertensión arterial, cardiopatías, venas varicosas, soplo en el corazón u otras).		
4.	¿Padece o ha padecido de enfermedad del aparato digestivo? (úlceras, gastritis, apendicitis, hernias, hemorroides, hepatitis A, pancreatitis, colon irritable, colitis, diverticulitis, hernia, reflujo gastroesofágico, mala absorción, vesícula biliar, estreñimiento u otras).		
5.	¿Padece o ha padecido de enfermedad respiratoria o pulmonar? (bronquitis, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, tuberculosis, ronquera o catarro persistente, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, enfisema, apnea del sueño u otras).		
6.	¿Padece o ha padecido de aparato urinario y genital? (insuficiencia renal, cólicos nefríticos, cistitis, hematuria, trastornos ginecológicos o de la próstata, nefritis, piedras en el riñón u otras).		
7.	¿Padece o ha padecido de enfermedad de la sangre? (anemia o cualquier otro trastorno de la sangre, bazo, médula ósea y sistema linfático, hepatitis B, hepatitis C, lupus y otras enfermedades autoinmunes y de la colágena, otra que no esté aquí mencionada).		
8.	¿Padece o ha padecido de algún tumor? (tumores malignos, benignos, cáncer, linfoma, leucemia, neoplasias, quistes o alguna otra enfermedad oncológica u otras).		
9.	¿Padece o ha padecido de enfermedades de transmisión sexual o de los órganos sexuales? (enfermedades venéreas, sífilis, virus del papiloma humano VPH, hepatitis B, hepatitis C u otros desórdenes del sistema reproductivo).		
10.	¿Padece o ha padecido de enfermedad por deficiencia inmunitaria, VIH, SIDA? o relacionada al complejo del SIDA (ARC) o resultado positivo de anticuerpos del virus del SIDA.		
11.	¿Padece o ha padecido de enfermedades infecciosas o parasitarias? (enfermedad de chagas, malaria, candidiasis u otras).		
12.	¿Padece o ha padecido de enfermedades del sistema nervioso? (apoplejía, neuritis, cefaleas, vértigos, temblores, tics, epilepsia, depresión, ansiedad, parálisis, embolia, trombosis u otras).		
13.	¿Padece o ha padecido de enfermedades del sistema endocrino y nutrición? (diabetes, trastornos de la glándula de tiroides, padecimiento endocrinológico o metabólico, elevación del colesterol, de los triglicéridos, ácido úrico u otras).		
14.	¿Padecimientos de los músculos, huesos y/o articulaciones? (fracturas, artrosis, artritis, gota, alguna enfermedad o trastorno del aparato locomotor, columna vertebral, músculos y/o de los huesos como neuritis, ciática, reumatismo, artritis, fiebre reumática, dolor de espalda, articulaciones u otras).		
15.	¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad del aparato reproductivo femenino? (trastornos de útero, ovarios, hemorragias, masas en senos, complicaciones en parto(s), abortos u otros).		
16.	Se ha realizado estudios de: mamografía, papanicolau o algún chequeo ginecológico. (en el espacio de ampliación brinde nombre del estudio, fecha y resultado).		
17.	¿Está embarazada, si respuesta es positiva indicar semanas de gestación? (en caso afirmativo indicar si ha tenido complicaciones y la fecha en que se espera el alumbramiento).		
18.	¿Alguna discapacidad, amputación, deformación física, cojera, sordera? ¿alguna malformación congénita o hereditaria?		

ESPACIO PARA AMPLIAR SUS RESPUESTAS Y PROPORCIONAR MÁS INFORMACIÓN Y DETALLES:

No. de pregunta	Nombre de la enfermedad, padecimiento, diagnóstico,	¿Cuántas veces la ha padecido?	Fecha de diagnóstico	Estado actual

Nombre del médico(s) que le brindo asistencia médica los últimos 12 meses:

6. HÁBITOS, DEPORTES, AFICCIONES

¿Práctica actividades deportivas o de ocio?	☐ Si ☐ No	Tipo de actividad o deporte que práctica	
¿Consume bebidas alcohólicas?	☐ Si ☐ No	Indique la cantidad semanal (Ejemplo: 1 copa, 1 cerveza)	
¿Fuma, vapea o consume productos de nicotina?	☐ Si ☐ No	Tipo, clase y cantidad que consume diario:	

En caso de haber sido fumador, en qué fecha dejó este hábito:

7. HISTORIAL FAMILIAR

Han padecido sus padres o hermanos de:

Epilepsia: ☐ Si ☐ No | Diabetes: ☐ Si ☐ No | Cáncer: ☐ Si ☐ No | Demencia: ☐ Si ☐ No

Parentesco	Edad	Estado de salud (Si no es bueno, dar detalles)	Edad a la muerte	Causa de la muerte
Madre				
Padre				
Hermanos				

8. HISTORIAL DE SEGUROS DEL SOLICITANTE

8.1 De detalles de Seguros de vida contratados, solicitudes pendientes de emisión de seguro de vida, pólizas en proceso de rehabilitación, en esta Aseguradora u otra Aseguradora proporcione detalles:

Compañía	Suma Asegurada	Tipo de Póliza	Año que inicio vigencia	Estado actual: vigente o cancelada, si esta cancelada indique ¿desde qué fecha?

8.2 Le ha sido rechazada, cancelada, aplazada o modificada alguna vez una solicitud de seguro de vida:

☐ Si ☐ No. En caso afirmativo explique motivo: _____8.3 ¿Viajará al extranjero en los próximos 12 meses? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo indique:

¿A qué país(es)? _____ ¿Cuál es el motivo del viaje? _____

9. COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

9.1 El Solicitante es Persona Expuesta Políticamente (PEP)*:	Si ☐	No ☐
9.2 Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*:	Si ☐	No ☐
9.3 Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*:	Si ☐	No ☐
9.4 El solicitante actúa en nombre propio:	Si ☐	No ☐
9.5 Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América:	Si ☐	No ☐
9.6 Posee documento de identidad Green Card:	Si ☐	No ☐

- 97 Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América: Si ☐ No ☐
- 9.8 El solicitante es Contratista o Proveedor del Estado (CPE)**: Si ☐ No ☐

*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

10. ENVIÓ DE PÓLIZA:

Enviar la póliza: _____

11. QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE:

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 que me han proporcionado 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 esta solicitud autorizo a Aseguradora Rural, S.A., a:

- a. Realizarme las pruebas de asegurabilidad que la Aseguradora considere necesarias, para verificar mi estado de salud, pruebas que deberé realizar en el momento que la Aseguradora me lo indique o antes de la aceptación de mi solicitud.
- b. Que me envíen la carátula de la póliza, Anexo(s), Condiciones Generales, Condiciones Particulares que correspondan por medio de comunicación electrónica o el medio convenido.
- c. Si la póliza y sus anexos(s) 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(s).

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

Firma del Solicitante: _____

Nombre del Solicitante: _____

Tipo y número de documento de identificación personal: _____

12. AUTORIZACIÓN

Yo: _____

Autorizo a Aseguradora Rural, S.A., para que se haga el cargo 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 Solicitante: _____

Tipo y número de documento de identificación: _____

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

13. INFORMACION DEL AGENTE /CORREDOR DE SEGUROS

1. ¿Cuánto tiempo hace que conoce usted al solicitante? _____
2. ¿Cuál es el objeto de este seguro? _____
3. ¿Le consta a usted que su cliente firmo esta solicitud? _____
4. ¿Recomienda usted a su cliente, tanto por su aspecto saludable como por su moralidad y reputación? _____
5. ¿Solicita su cliente este seguro para cancelar alguna póliza emitida por esta Aseguradora? _____
6. Observaciones: Brinde amplía información de cualquier aspecto que pudiera influir en la aceptación del riesgo o en la persistencia del seguro: _____

Agente de Agente o Corredor de Seguros

Código	Nombre		Firma
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.

CARÁTULA DE LA PÓLIZA

Seguro de Vida Individual Temporal

No. de póliza: _____ Fecha de emisión: _____ Producto: _____

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre completo del Asegurado _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Dirección _____

2. PROGRAMA DE BENEFICIOS

2.1 Cobertura Principal

Cobertura Principal	Suma Asegurada

2.2 Anexos-Coberturas adicionales

Cobertura incluida	Límites de edad	Suma Asegurada	Período de carencia/Periodo de espera/Días máximos	Deducible (si aplica)

3. BENEFICIARIOS

Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

4. VIGENCIA, PRIMA

Fecha de inicio de vigencia: _____ Fecha de fin de vigencia: _____
 Prima a pagar: _____ Moneda: _____ Periodicidad de pago: _____
 Años de pago: _____ Plazo del seguro: _____

Aseguradora Rural, S.A con domicilio en la Ciudad de Guatemala, pagará la suma asegurada que se indica en esta Carátula y de acuerdo con lo que se estipula en las Condiciones Generales de la Póliza. El pago se hará al Asegurado o a los beneficiarios, según corresponda después de recibir pruebas de la realización de la eventualidad prevista en esta póliza siempre y cuando se encuentre en vigor. La mora en el pago de la prima convenida en la póliza o anexos que se emitan con fundamento en la póliza producirá la terminación automática de la misma. La póliza entrará en vigor en la fecha de inicio de vigencia arriba indicada.

Se entenderá que existe mora en el pago de la prima, cuando hayan transcurrido 30 días de finalizado cada periodo de pago convenido, y no hubiese sido pagada la prima correspondiente.

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

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

Aseguradora Rural, S.A.

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

CONDICIONES GENERALES

Seguro de Vida Individual Temporal

1. CONTRATO

La Solicitud, Carátula de la Póliza, Condiciones Generales, Anexo(s), Condiciones Particulares, que se emitan simultáneamente con la póliza o que posteriormente se agreguen, previa aceptación de las partes, constituyen el contrato de seguro entre el Asegurado y **Aseguradora Rural**, S. A., en adelante denominada "**La Aseguradora**".

2. ESTIPULACIÓN LEGAL

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

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

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

3. OBJETO DEL CONTRATO

Mediante este seguro La Aseguradora se compromete a cubrir los riesgos en estas Condiciones Generales y Anexo(s), y a indemnizar al Asegurado/beneficiario(s) la prestación correspondiente en caso de siniestro cubierto por

esta póliza y hasta por la suma asegurada indicada como límite en la Carátula de la Póliza.

4. DEFINICIONES

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

Accidente: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.

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

Asegurado: Es la persona que ha quedado amparada bajo esta Póliza.

Beneficiario: Aquella persona que por designación del Asegurado tiene derecho a recibir la suma asegurada o su proporción correspondiente.

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

Edad Actuarial: Es la edad alcanzada efectivamente por el Asegurado, que sirve para determinar la prima anual nivelada de las coberturas de esta póliza.

Enfermedad Preexistente: Es aquella cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza, 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.

Plazo de pago de primas: Es el período durante el cual el Asegurado se compromete a pagar la prima para que su seguro continúe en vigor y se encuentra establecido en la Carátula de la Póliza.

Vigencia: Es el período de tiempo previsto en la póliza durante el cual surten efectos las coberturas. Dicho período comienza a las cero horas del día de inicio y termina a las 24 horas del día de finalización de la vigencia de la póliza.

5. COBERTURA DE VIDA

La Aseguradora pagará al (o los) beneficiario(s) nombrado(s) en la póliza, la suma asegurada indicada en la Carátula de la Póliza, en caso de fallecimiento del asegurado que ocurra dentro del plazo del seguro, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente. El (o los) Beneficiario(s) serán aquellos nombrados en la fecha más cercana del fallecimiento del Asegurado.

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

6. EXCLUSIONES

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

1. Suicidio antes del segundo año de vigencia de la póliza.
2. Guerra, 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
3. Contaminación radioactiva, fisión o fusión nuclear.

4. Actos delictivos cometidos, en calidad de autor, cómplice o encubridor.
5. Vuelos no regulares. Se considerarán vuelos regulares, los vuelos que cumplan con cada una de las siguientes condiciones:
 - a) El vuelo debe estar programado para despegar y aterrizar en aeropuertos con código IATA.
 - b) Todos los miembros de la tripulación deberán tener las licencias válidas y vigentes para el vuelo.
 - c) El vuelo deberá estar programado para una ruta de pasajeros establecida de acuerdo con un programa de vuelos publicado.

7. SUICIDIO

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

8. PAGO DE PRIMA Y PERIODO DE GRACIA

Pago de prima: La prima es la retribución o precio del seguro y conforme la ley debe pagar el Asegurado en el momento de la celebración del contrato y en lugar indicado en la Carátula de la Póliza.

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.

Periodicidad de pago prima: Las primas pueden ser pagadas en forma anual, semestral, trimestral o mensual, según sea autorizado por la Aseguradora.

9. BENEFICIARIOS

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los beneficiarios. El Asegurado deberá notificar por escrito a la Aseguradora indicando el nombre del nuevo beneficiario.

En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, la Aseguradora efectuará el pago del importe del seguro conforme a la última designación de beneficiarios que tenga registrada,

quedando liberada de las obligaciones contraídas por este contrato.

Si habiendo varios beneficiarios, falleciere alguno de ellos, la suma asegurada que se haya asignado se distribuirá por partes iguales entre los sobrevivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado.

10. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

- a) Si el Asegurado o el (los) beneficiario(s) presenta(n) una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación.
- b) Si el Asegurado, el o (los) beneficiario(s) no puede(n) probar la ocurrencia del siniestro.
- c) Si el Asegurado, el o (los) beneficiario(s) omiten el aviso del siniestro, con la intención de evitar que se comprueben oportunamente las circunstancias del mismo.
- d) Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las coberturas y anexos de la póliza, siempre que las mismas no contradigan normas legales aplicables.

11. VIGENCIA, RENOVACIÓN, REHABILITACIÓN

Vigencia de la póliza: La Aseguradora asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza y termina en la fecha fin de vigencia indicada en la carátula de la póliza.

A efectos de esta póliza, no aplica renovación, ni rehabilitación.

12. LÍMITES DE EDAD Y EDAD INEXACTA

12.1 Límites de edad: La Aseguradora asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula de la póliza y termina en la fecha fin de vigencia de la carátula de la póliza.

12.2 Edad inexacta: La edad del Asegurado será calculada de acuerdo con la fecha de nacimiento establecida en su documento personal de identificación, Certificado de nacimiento, o

cualquiera de los demás medios permitidos por la Ley para tales fines.

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

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

1. Si el Asegurado vive, se considera como no hecho su seguro, devolviéndole al Asegurado la última prima anual pagada menos los gastos e impuestos correspondientes o las partes de ésta, cuando la prima es fraccionada, quedando la Aseguradora liberada de cualquier otra responsabilidad al respecto; y
2. Si el Asegurado ha fallecido, la suma asegurada a pagar será la que corresponda a la edad real al momento de la contratación, y como máximo la suma asegurada que aparece en la carátula de la póliza. Para los cálculos que exige el presente numeral se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

13. INDISPUTALIDAD (Para la cobertura de vida)

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

14. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN:

Obligaciones del beneficiario en caso de siniestro:

En el momento del reclamo, el beneficiario o beneficiarios deberán presentar el certificado original de defunción del Asegurado, partida de nacimiento del asegurado, documento personal de identificación del (o los) beneficiario(s) y aquella documentación

adicional que la Aseguradora requiera según las circunstancias del fallecimiento.

Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado ocurrido durante la vigencia de la 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 la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla.

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.

15. OMISIONES O DECLARACIONES FALSAS (Aplica para los Anexos)

Toda omisión, reticencia, declaración falsa o inexacta por parte del Asegurado indicada en la solicitud, o cualquier otro documento relacionado con el seguro a, 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.

16. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA

Las coberturas de la póliza finalizan:

- a) En la fecha fin de vigencia de la póliza.
- b) Al efectuar el pago total de la suma asegurada correspondiente por esta cobertura.
- c) A la falta de pago de prima o prima fraccionada.
- d) Por solicitud escrita del Asegurado con quince (15) días de anticipación, solicitándola directamente a la Aseguradora.
- e) La omisión o inexacta declaración.
- f) Fallecimiento del Asegurado.

17. MONEDA

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

18. 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 de la Aseguradora.

19. NOTIFICACIONES

Toda notificación a la Aseguradora deberá efectuarse en las oficinas de esta ubicada en la dirección que aparece en la carátula de póliza, mientras que al Asegurado en la dirección que hubiere consignado en la solicitud de la presente póliza o la última dirección registrada en la Aseguradora 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. Así como las comunicaciones electrónicas convenidas, en las direcciones indicadas en la solicitud.

20. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN:

20.1 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.

20.2 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.

20.3 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.

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

ANEXO

MUERTE ACCIDENTAL

Seguro de Vida Individual Temporal

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la Carátula de esta póliza.

1. COBERTURA

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

La Suma asegurada se cubrirá hasta el límite máximo estipulado en la Carátula de la Póliza.

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

2. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, las que se establecen en la Carátula de la póliza.

3. EXCLUSIONES

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

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

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. La muerte causada por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.
- e. La participación del Asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, carreras, contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia, velocidad, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, práctica de deportes riesgosos, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos, pero no limitados a: pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier

deporte de contacto similar; o 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).
- k. Pilotos, ayudantes de transporte público remunerado a excepción de los casos previamente aceptados por la Aseguradora.

4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

4.1 Pago del reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento accidental del Asegurado 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 la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla.

4.2 Prueba de muerte

La Aseguradora tendrá el derecho y la oportunidad si así lo requiere, de solicitar la realización de una autopsia en caso de muerte de conformidad con lo establecido en la ley. Todos los gastos que estos exámenes y autopsia origin 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 16 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en la Carátula de la Póliza.
- 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.

ANEXO

MUERTE ACCIDENTAL POR AGRESIÓN

Seguro de Vida Individual Temporal

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la Carátula de esta póliza.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al (los) beneficiario(s) designado(s) en la Carátula de la póliza 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 por agresión estipulada en la Carátula de la póliza.

2. LÍMITES DE EDAD

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

3. EXCLUSIONES

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

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

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

- c. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el 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, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos, pero no limitados a: pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o que se ejercite como profesión el béisbol 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 cardíacos, 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 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 la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla.

4.2 Prueba de muerte

La Aseguradora tendrá el derecho y la oportunidad si así lo requiere, de solicitar la realización de una autopsia en caso de muerte de conformidad con lo establecido en la ley. Todos los gastos que estos exámenes y autopsia origin 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 16 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en la Carátula de la Póliza.
- c. Al fallecimiento del Asegurado.

ANEXO

MUERTE ACCIDENTAL ESPECIAL

Seguro de Vida Individual Temporal

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la Carátula de esta póliza.

1. COBERTURA

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

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

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

La Suma asegurada se cubrirá hasta el límite máximo indicado en la Carátula de la Póliza.

2. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, los que se establecen en la Carátula de la póliza.

3. EXCLUSIONES

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

- a. Suicidio, conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
- b. Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta 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, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos, pero no limitados a pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o 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).
- k. Pilotos, ayudantes de transporte público remunerado a excepción de los casos previamente aceptados por la Aseguradora.

4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

4.1 Pago de reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento accidental especial del Asegurado 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 la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla.

4.2 Prueba de muerte

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

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo con lo estipulado en la cláusula 16 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en la Carátula de la Póliza.
- 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.

ANEXO

DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

Seguro de Vida Individual Temporal

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la Carátula de esta póliza.

1. COBERTURA

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

La Suma asegurada se cubrirá hasta el límite máximo indicado en la Carátula de la Póliza.

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

2. TABLA DE INDEMNIZACIÓN

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

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

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

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

3. LÍMITES DE EDAD

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

4. EXCLUSIONES

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

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

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir lo siguiente:

- a. De acuerdo con lo estipulado en la Cláusula 16 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Cuando el pago o pagos que afecten la cobertura del presente anexo sea igual al 100% de la suma asegurada indicada en la Carátula de la póliza, esta cobertura queda automáticamente cancelada.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en la Carátula de la Póliza.

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

ANEXO

GASTOS FUNERARIOS

Seguro de Vida Individual Temporal

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la carátula de esta póliza.

1. COBERTURA

Si como consecuencia del fallecimiento del Asegurado por cualquier causa (Accidente o Enfermedad no preexistente), la Aseguradora pagará al Beneficiario o Beneficiarios la suma asegurada para gastos funerarios establecida para este anexo indicado en la carátula de la póliza.

Cuando el fallecimiento del Asegurado sea a causa de cualquier enfermedad preexistente, se cubrirá siempre y cuando haya transcurrido el período de espera indicado en la carátula de la póliza.

2. LÍMITES DE EDAD

Los límites de edad aparecen consignados en la carátula de la póliza.

3. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

3.1 Obligaciones del Beneficiario en caso de siniestro

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

3.2 Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado 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 la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla.

3.3 Prueba de Muerte

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

4. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir lo siguiente:

- a. De acuerdo con lo estipulado en la cláusula 16 Terminación de Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al final de la fecha de vigencia, una vez que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de acuerdo con lo establecido a los límites de edad de esta cobertura.
- c. Al finalizar la vigencia de la póliza.
- d. 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.

ANEXO

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

Seguro de Vida Individual Temporal

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la Carátula de esta póliza.

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 la Carátula de la Póliza.

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

2. DEDUCIBLE

El deducible se estipula en la Carátula de la póliza, 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 la Carátula de la póliza.

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 períodos de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el período máximo estipulado en la Carátula de la

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

5. LÍMITE GEOGRÁFICO

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

6. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, las que se establecen en la Carátula de la póliza.

7. EXCLUSIONES

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

- a. Exámenes físicos de rutina o cualesquiera otros tratamientos médicos o quirúrgicos, donde no haya indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal y diagnósticos de laboratorio o exámenes de rayos X, excepto los que se originen por la atención de un médico por un accidente.
- b. Tratamientos médicos o quirúrgicos estético, tratamiento de fertilidad, para ganar o perder peso, correctivas de ojos, excepto como consecuencia de un accidente.
- c. Intento de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.

- d. Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un 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, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos, pero no limitados a: pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o 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, mediante un formulario de reclamación.

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

9. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo con lo estipulado en la Cláusula 16 Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al efectuar el pago total de los días máximo por año estipulados en la Carátula de la póliza.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en la Carátula de la Póliza.

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

ANEXO

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE

Seguro de Vida Individual Temporal

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la Carátula de esta póliza.

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 la carátula de la póliza.

2. DEDUCIBLE

El deducible se estipula en la carátula de la póliza, 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 la carátula de la póliza.

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 periodos de hospitalización será

considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el período máximo de estipulado en la carátula de la Póliza. El pago de dichas indemnizaciones será cubierto siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al momento en que dichas hospitalizaciones se presenten.

5. LÍMITE GEOGRÁFICO

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

6. LÍMITES DE EDAD

Los límites de edad aparecen consignados en la Carátula de la Póliza.

7. EXCLUSIONES

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

- a. Hospitalización por preñez, parto, aborto o intento del mismo, o cualquier enfermedad o dolencia después del embarazo y a consecuencia de este.
- b. Exámenes físicos de rutina o cualesquiera otros tratamientos médicos o quirúrgicos, donde no haya indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal y diagnósticos de laboratorio o exámenes de rayos X, excepto los que se originen por la atención de un médico.
- c. Tratamientos médicos o quirúrgicos estético, tratamiento de fertilidad, para ganar o perder peso, correctivas de ojos, excepto como consecuencia de un accidente.
- d. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de la enfermedad de Parkinson, Alzheimer, diabetes o esclerosis múltiple. Así mismo quedan excluidos tratamientos o intervenciones quirúrgicas con el fin de efectuar un diagnóstico, con fines terapéuticos, a consecuencia de omisión en la búsqueda de atención 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, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos, pero no limitados a: pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de

- contacto similar; o 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, 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 16 Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al efectuar el pago total de los días máximo por año estipulados en la carátula de la póliza.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en la Carátula de la Póliza.

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

ANEXO

RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE

Seguro de Vida Individual Temporal

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la Carátula de esta póliza.

1. COBERTURA

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

2. DEDUCIBLE

El deducible se estipula en la carátula de la póliza, 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 la carátula de la póliza.

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

5. LÍMITE GEOGRÁFICO

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

6. LÍMITES DE EDAD

Los límites de edad aparecen consignados en la Carátula de la Póliza.

7. EXCLUSIONES

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

- a. Hospitalización por preñez, parto, aborto o intento del mismo, o cualquier enfermedad o dolencia después del embarazo y a consecuencia de este.
- b. Exámenes físicos de rutina o cualesquiera otros tratamientos médicos o quirúrgicos, donde no haya indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal y diagnósticos de laboratorio o exámenes de rayos X, excepto los que se originen por la atención de un médico.
- c. Tratamientos médicos o quirúrgicos estético, tratamiento de fertilidad, para ganar o perder peso, correctivas de ojos, excepto como consecuencia de un accidente.
- d. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de la enfermedad de Parkinson, Alzheimer, diabetes o esclerosis múltiple. Así mismo quedan excluidos tratamientos o intervenciones quirúrgicas con el fin de efectuar un diagnóstico, con fines terapéuticos, a consecuencia de

omisión en la búsqueda de atención 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, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos, pero no limitados a: pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de

contacto similar; o 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, 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 16 Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al efectuar el pago total de los días máximo por año estipulados en la carátula de la póliza.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en la Carátula de la Póliza.

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

ANEXO

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE

Seguro de Vida Individual Temporal

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la carátula de esta póliza.

1. COBERTURA

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

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

2. DEFINICIONES

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

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

siempre y cuando la condición cubierta siga presente y se haya manifestado de forma continua.

3. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, las que se establecen en la carátula de la póliza.

4. EXCLUSIONES

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

- a. Conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- b. Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
- c. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el 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 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 o por enfermedad no preexistente del Asegurado ocurrido durante la vigencia de la póliza mediante la presentación de las pruebas fehacientes de la incapacidad: Informe médico y estudios realizados con interpretación médica que indiquen diagnóstico, tratamiento,

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

5.2 Pago del reclamo:

La indemnización se efectúa mediante un solo pago, luego de transcurrido ciento ochenta (180) días calendario de Incapacidad Total y Permanente por accidente o por Enfermedad 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 16 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Cuando el pago que se efectúe por la cobertura del presente anexo sea igual al 100% de la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza esta cobertura queda automáticamente cancelada.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en la Carátula de la Póliza.

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

ANEXO

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Seguro de Vida Individual Temporal

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la Carátula de esta póliza.

1. COBERTURA

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

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

2. DEFINICIONES

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

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

3. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, las que se establecen en la carátula de la póliza.

4. EXCLUSIONES

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

- a. Conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- b. Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
- c. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el 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 (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 por accidente del Asegurado ocurrido durante la vigencia de la póliza mediante la presentación de las pruebas fehacientes de la incapacidad: Informe médico y estudios realizados con interpretación médica que indiquen diagnóstico, tratamiento, evolución, en caso de accidente especificar como ocurrió el accidente, la Aseguradora en función al tipo de reclamación,

indemnizará la suma asegurada correspondiente al Asegurado.

5.2 Pago del reclamo:

La indemnización se efectúa mediante un solo pago, luego de transcurrido ciento ochenta (180) días calendario de Incapacidad total y permanente por accidente, 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 16 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 la Carátula de la póliza, esta cobertura queda automáticamente cancelada.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en la Carátula de la Póliza.

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

ANEXO

SERVICIOS MÉDICOS

Seguro de Vida Individual Temporal

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la Carátula de esta póliza.

1. COBERTURA

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

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

Programa de Beneficios

2. PAGO DE LA PRIMA

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

3. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, las que se establecen en la carátula 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 CARENIA

Los Servicios Médicos descritos en el presente anexo, podrán ser utilizados después de haber transcurrido el periodo de carencia que se indica en la carátula de la póliza.

6. EXCLUSIONES

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

- Mientras el Asegurado este bajo la influencia de alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
- Conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el 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.
- Enfermedades, diagnósticos, preexistentes.
- No se cubrirán condiciones congénitas.

- Ser usado en tratamientos preventivos, evaluaciones rutinarias, tratamientos paliativos, tratamientos estéticos.

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

Prestación de la Cobertura

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

8. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

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

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

ANEXO

EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS

Seguro de Vida Individual Temporal

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la Carátula de esta póliza.

1. COBERTURA

Por convenio expreso entre el Solicitante y la Aseguradora, mediante la contratación de este Anexo, el pago de prima adicional correspondiente, la Aseguradora se obliga a la exoneración del pago de primas si el Asegurado sufre una Incapacidad Total y Permanente, ya sea por accidente o por enfermedad no preexistente de conformidad con las condiciones establecidas en el presente Anexo.

A efectos de esta cobertura se define como:

Incapacidad Total y Permanente: Se entiende por incapacidad total y permanente el estado de salud por el cual el Asegurado se encuentra ininterrumpidamente impedido e inhabilitado como consecuencia de un accidente, 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 lucrativa.

2. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, las que se establecen en la carátula de la póliza.

3. EXCLUSIONES

Esta cobertura no se concederá si la incapacidad total y permanente del Asegurado es debido directa o indirectamente, total o parcialmente como consecuencia de:

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

o instrucción o si tiene deberes a bordo de tal aeronave.

- l) La participación en cualquier forma de navegación submarina.
- m) Encontrarse en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o competencias de velocidad o resistencia.
- n) Los sufridos por el Asegurado debido a actos de imprudencia, temeridad o negligencia grave, a juicio de la Aseguradora, tomando parte en carreras de velocidad o resistencia, en apuestas y en concursos de cualquier naturaleza, en ascensiones y viajes aeronáuticos de toda clase, paracaidismo, navegación submarina, boxeo o cualquier clase de lucha personal, acoso, derribo y encierro de reses bravas, y en general todo acto notoriamente peligroso o delictivo.
- o) Accidentes ocurridos por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como: terremoto, inundación o erupción volcánica que se produzca en el territorio de la República de Guatemala.
- p) Cualquier incapacidad causada por lesión intencionalmente infligida a sí mismo, ya sea en estado de cordura o locura.

4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

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

La exoneración será efectiva luego de transcurridos ciento ochenta (180) días calendario de la Incapacidad Total y Permanente, certificada por el Asesor Médico de la Aseguradora.

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo con lo estipulado en la Cláusula 16 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Cuando la aseguradora empieza a cubrir los pagos de la póliza.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en la Carátula de la Póliza.

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

ANEXO

ENFERMEDADES GRAVES

Seguro de Vida Individual Temporal

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

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la Carátula de esta póliza.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al Asegurado, la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza, después del período de espera indicado en la carátula de la póliza y dentro de la vigencia de la póliza, si se le diagnostica por primera vez una de las siguientes enfermedades:

1.1 CÁNCER

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

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

Los siguientes cánceres no están cubiertos por la póliza:

- Tumores que presentan los cambios malignos característicos de carcinoma in situ incluyendo la neoplasia intraepitelial cervical NIC-1, NIC-2 y NIC-3) o aquellos

considerados por histología como premalignos.

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

Para los efectos de la cobertura se cubrirá siempre que:

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

1.2 INFARTO AL MIOCARDIO

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

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

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

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

1.3 DERRAME O HEMORRAGIA CEREBRAL

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

Para los efectos de la cobertura se entenderá que el accidente vascular encefálico o cerebral ha sido diagnosticado por primera vez, cuando no ha sido diagnosticado, ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la póliza o a la fecha de incorporación del Asegurado, a la póliza, según corresponda.

Un especialista neurólogo debidamente autorizado por la Aseguradora debe comprobar la evidencia de

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

Quedan excluidas las siguientes situaciones:

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

1.4 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

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

1.5 CIRUGÍA DE LAS VÁLVULAS CARDÍACAS

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

1.6 CIRUGÍA DE BY-PASS AORTO-CORONARIO

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

1.7 TRASPLANTE DE ÓRGANOS PRINCIPALES

El hecho efectivo de someterse como receptor a un trasplante entre seres humanos de uno de los siguientes órganos: corazón, hígado, riñón, páncreas, intestino delgado (duodeno, yeyuno, íleon), pulmón, médula ósea, de conformidad con el diagnóstico de un médico cirujano que compruebe que el trasplante es el método más apropiado para tratar una patología que pone en peligro la vida del asegurado. Queda excluido el trasplante de

cualquier otro órgano, de partes de órganos o de cualquier otro tejido o célula.

1.8 PARÁLISIS

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

1.9 ESCLEREOSIS MÚLTIPLE

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

2. EXCLUSIONES PARA TODAS LAS ENFERMEDADES GRAVES

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

- a) Intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del Asegurado.
- b) Adicción al Alcohol o drogas.
- c) Episodios de isquemia transitoria y las alteraciones neurológicas consecutivas a traumatismo cefálico, a enfermedades intracraneanas ocupativas e infecciosas.
- d) Enfermedades en conexión o en presencia de una infección del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA).
- e) Enfermedad Grave sufrida por el Asegurado que ya existía en el momento de contratación de la cobertura, conforme la Aseguradora lo demuestre fehacientemente.
- f) Omisión de la búsqueda de información o en el seguimiento de recomendaciones médicas.
- g) Vivir en el extranjero (vivir fuera del territorio guatemalteco por más de 13 semanas consecutivas en cualquiera período de 12 meses).

- h) En el caso de que se juzgue curable cualquiera de las condiciones cubiertas por medio de manipulación, sustitución, delección genética, vacunación o cualquier otro tipo de tratamiento médico o similar, tal condición ya no será válida.
- i) Fusión nuclear, fisión nuclear, desperdicio nuclear o cualquier radiación radioactiva o ionizante.
- j) No tendrá cobertura si ha padecido y/o presentados síntomas, que no podrían pasar desapercibidos, propios de la condición cubierta, con fecha anterior al inicio de vigencia la póliza, sin importar si estaba enterado del diagnóstico o no.

Para los efectos de la cobertura se cubrirá siempre que:

- Al asegurado no se le ha diagnosticado la Enfermedad Grave antes del inicio de vigencia de la póliza.
- Sea el primer diagnóstico de la enfermedad grave cubierta.

3. LÍMITES DE EDAD

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

4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

Pago del reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del diagnóstico por la enfermedad grave cubierta en este anexo y ocurrido durante la vigencia de la póliza, mediante la presentación de la documentación solicitada en función al tipo de reclamación, 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 y/o Beneficiarios, según corresponda.

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo con lo estipulado en la Cláusula 16 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.

- b. Cuando el pago sea igual al 100% de la suma asegurada indicada en la Carátula de la póliza correspondiente a este automáticamente cancelado.
- c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia indicada en la Carátula de la Póliza.

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