

SOLICITUD DE SEGURO

Seguro Colectivo de Cáncer para Hombres

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

1. CONTRATANTE

-
1. Nombre del Contratante: _____
2. Dirección: _____ Tel. _____
3. Actividad: _____ NIT: _____
4. País de Origen: _____
5. Fecha de Constitución: _____
6. Tiene uno o más accionistas estadounidenses con una participación superior al 10%: Si No

Y como Representante Legal del Contratante:

7. Nombre Completo: _____
8. Nacionalidad: _____ 9. D.P.I. _____
10. Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América: Si No
11. Documento de identidad Green Card: Si No
12. Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América: Si No
13. Persona Expuesta Políticamente – PEP-: Si No
Si la respuesta es positiva, proporcionar información según lo indicado en el Anexo A. III de Personas Expuestas Políticamente (PEP).
14. Parentesco con una – PEP-: Si No
15. Asociado cercano con una – PEP-: Si No

2. INFORMACIÓN PARA EMITIR LA PÓLIZA

-
16. Grupo Asegurable: _____
17. Inicio de Vigencia: _____ Fin de Vigencia: _____
18. Contributiva: Si No Porcentaje: _____ %
19. Periodicidad de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual
20. Moneda: _____

3. PROGRAMA DE BENEFICIOS**3.1 COBERTURAS**

Cobertura Principal	Suma Asegurada

Cáncer Primario Cubierto:

--

ANEXOS - COBERTURAS ADICIONALES -

Cobertura Incluida	Suma Asegurada

3.2 LÍMITES DE EDAD

Límites de edad de ingreso: 18 a 65 años Edad máxima de permanencia: Pudiéndose renovar hasta los 70 años.

La suma asegurada para la cobertura principal a partir de los 65 años se reducirá un 50% de la suma asegurada contratada. Para los Asegurados que ingresen a la póliza antes de cumplir 60 años de edad, no aplicará la reducción de suma asegurada para la cobertura principal.

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE:

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

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

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

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

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

Firma y sello del Contratante

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

CARÁTULA DE LA PÓLIZA

Seguro Colectivo de Cáncer para Hombres

1. CONTRATANTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ NIT: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Actividad: _____

Grupo Asegurado: _____

2. PROGRAMA DE BENEFICIOS

2.1 COBERTURAS

Cobertura Principal	Suma Asegurada

Cáncer Primario Cubierto:

--

ANEXOS - COBERTURAS ADICIONALES -

Cobertura Incluida	Suma Asegurada

Criterios para determinar la suma asegurada: _____

2.2 LÍMITES DE EDAD

Límites de edad de ingreso: 18 a 65 años Edad máxima de permanencia: Pudiéndose renovar hasta los 70 años.

La suma asegurada para la cobertura principal a partir de los 65 años se reducirá un 50% de la suma asegurada contratada. Para los Asegurados que ingresen a la póliza antes de cumplir 60 años de edad, no aplicara la reducción de suma asegurada para la cobertura principal.

3. PRIMA

Forma de pago: _____ Moneda: _____

Periodicidad de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual Contributiva: Si No Porcentaje: _____ %**4. VIGENCIA**

Fecha de Inicio de Vigencia: _____ Fecha fin de Vigencia: _____

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

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

ASEGURADORA RURAL, S.A._____
Firma Autorizada

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

CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO INDIVIDUAL Seguro Colectivo de Cáncer para Hombres

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

Póliza No. _____ No. De Certificado _____

CONTRATANTE:

Solicito ser incluido como Asegurado en la póliza de Seguro Colectivo de Cáncer para Hombres para lo cual suministro los siguientes datos personales:

1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE ASEGURADO

Primer Nombre	Segundo Nombre	Otros nombres
Primer Apellido	Segundo Apellido	
Tipo de Documento de Identificación		Número de documento de identificación
Sexo: <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad: _____	Otra nacionalidad: _____
Lugar de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): _____	
NIT: _____	Edad: _____	Estado Civil: _____
Dirección del Solicitante (Domicilio) (No. De calle o avenida, No. De casa, sector, lote, manzana, otros)		
Zona	Colonia	Municipio
		Departamento
País		
Celular/Móvil: _____	Teléfono(s)Oficina: _____	Teléfono casa: _____
Correo electrónico/ e-mail: _____		
Ocupación o empleo actual: _____		

2. PROGRAMA DE BENEFICIOS

2.1 COBERTURAS

Cobertura Principal	Suma Asegurada

Cáncer Primario Cubierto:

--

ANEXOS - COBERTURAS ADICIONALES -

Cobertura Incluida	Suma Asegurada

2.2 LÍMITES DE EDAD

Límites de edad de ingreso: 18 a 65 años Edad máxima de permanencia: Pudiéndose renovar hasta los 70 años.

La suma asegurada para la cobertura principal a partir de los 65 años se reducirá un 50% de la suma asegurada contratada. Para los Asegurados que ingresen a la póliza antes de cumplir 60 años de edad, no aplicará la reducción de suma asegurada para la cobertura principal.

2.3 VIGENCIA, FORMA DE PAGO, FACTURACIÓN

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

Prima a pagar: _____ Forma de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual

Facturar a nombre de: _____

Dirección: _____ N.I.T: _____

3. BENEFICIARIOS**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:**

Nombre completo	Parentesco	%

En caso ocurriera el fallecimiento de algún beneficiario la parte correspondiente a dicho beneficiario se distribuirá entre los restantes. Me reservo el derecho de cambiar cualquier beneficiario nombrado arriba.

4. DECLARACIÓN DE SALUD

4.1 ¿Ha padecido o recibe tratamiento o ha estado hospitalizado por: cáncer, algún tipo de tumor, quiste o crecimiento, o a consecuencia de un infarto? Si No

En caso afirmativo ampliar respuesta: _____

4.2 Padece alguna enfermedad grave actualmente? Si No

4.3 ¿Alguno de los padres biológicos, hermanos, hermanas han desarrollado o muerto a causa de cáncer antes de haber cumplido 65 años? Si No

4.4 Fuma Usted: Si No

En caso afirmativo indicar tipo: _____ Cantidad y Frecuencia: _____

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

- 5.1 El Solicitante es Persona Expuesta Políticamente (PEP*): Si No
 *PEP: Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala y otro país, un cargo prominente en un Organismo Judicial dirigentes de partidos políticos o nacionales de otro país.
- 5.2 Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*/: Si No
- 5.3 Es Asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*/: Si No
 */ Si la respuesta es positiva, proporcionar información según lo indicado en el Anexo A.III de Persona Expuesta Políticamente (PEP).
- 5.4 El Solicitante actúa en nombre propio: Si No
- 5.5 Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América: Si No
- 5.6 Posee documento de identidad Green Card: Si No
- 5.7 Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América: Si No
- 5.8 Ingresos Mensuales: _____

6. PAGO DE LA PRIMA

La prima será pagada:

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

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

Se entenderá que existe mora cuando transcurridos 30 días de finalizado cada periodo mensual, trimestral, semestral o anual amparado, no hubiese sido pagada la prima de seguro correspondiente al siguiente período.

Queda entendido y convenido que: Aseguradora Rural, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

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

Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud, autorizo:

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

2. A la Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mí documento personal de identificación.

Obligaciones del Asegurado o Beneficiario en caso de siniestro: Para acceder al beneficio de este seguro, el Asegurado o Beneficiario(s) debe dar aviso al Contratante dentro de los quince (15) días calendario de ocurrido el siniestro. A su vez, el Contratante está obligado a notificarlo a la Aseguradora dentro de los diez (10) días calendario del mes siguiente a aquél en el que el Asegurado ó Beneficiario(s) le informó del siniestro.

El Contratante, Asegurado/beneficiarios están obligados a suministrar a la Aseguradora, a requerimiento de ésta, la información y las pruebas necesarias para verificar el siniestro y para permitirle las investigaciones necesarias para tal fin. El Asegurado deberá adjuntar al reclamo los documentos que la Aseguradora le solicite oportunamente.

Procedimiento para el pago del Reclamo:

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del diagnóstico por primera vez del cáncer primario cubierto por esta póliza, después del período de espera y ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente al Asegurado que por su calidad de beneficiario, tiene derecho a recibirla. Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso.

La Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la fecha de haber completado toda la documentación requerida, el pago de la indemnización podrá realizarse directamente en las oficinas de la Aseguradora.

Cualquier otro tipo de cáncer que no tenga su origen en cualquiera de los cánceres primarios indicados en este Consentimiento-Certificado Individual queda excluido de la cobertura del seguro.

Cuando a requerimiento del Solicitante Asegurado solicite fotocopia de las Condiciones Generales de su póliza, se le entregarán en el medio que lo solicite. Asimismo los puede descargar de la página web de la Aseguradora:

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

Aseguradora Rural, S.A.

f) Solicitante- Asegurado

DPI: _____

7. AUTORIZACIÓN

Yo _____

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

Caja Depósito Monetario Depósito Ahorro Fecha de Débito: _____

Tarjeta de crédito Fecha de vencimiento: Mes _____ Año: _____

f) Cuentahabiente o Tarjetahabiente

DPI: _____

Código Agente o Intermediario _____ Nombre del Agente o Intermediario _____

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.

CONDICIONES GENERALES

Seguro Colectivo de Cáncer para Hombres

1. CONTRATO

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

2. ESTIPULACIÓN LEGAL

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

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

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

3. OBJETO DEL CONTRATO

Mediante este seguro La Aseguradora se compromete a cubrir los riesgos mencionados en estas Condiciones Generales y sus Anexos,

y a indemnizar al Asegurado o sus beneficiario(s) la prestación correspondiente en caso de siniestro cubierto por esta Póliza y hasta por la suma asegurada indicada como límite en el Consentimiento-Certificado Individual.

4. DEFINICIONES

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

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

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

Cáncer primario: Es aquel cáncer que no ha sido diagnosticado, ni ha recibido tratamiento con anterioridad a la contratación de la póliza. Término que se usa para describir el tumor original o primero en el cuerpo.

Carcinoma: Cáncer que empieza en la piel o en los tejidos que revisten o cubren los órganos internos.

Clasificación de Cáncer TNM: Sistema de estadificación del cáncer de mayor uso:

- T: se refiere al tamaño y extensión del tumor principal, el tumor principal se llama cáncer primario.
- N: Se refiere a la extensión del cáncer que se ha diseminado a los ganglios (o nódulos) linfáticos cercanos.
- M: Se refiere si el cáncer se ha metastatizado, es decir si ha tenido

metástasis. Esto significa que el cáncer se ha diseminado desde el tumor primario a otras partes del cuerpo.

- T2: Tumor grande, pero limitado al órgano de origen.
- NO: No hay cáncer en los ganglios linfáticos cercanos.
- MO: El cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

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

Contributivo: Forma de pago de la prima en la cual los miembros del grupo Asegurado contribuyen con una parte o la totalidad de la misma.

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

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

Histopatología: Estudio de las células y el tejido enfermo bajo un microscopio.

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

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

Pago Contributivo: El contratante y el Asegurado aportan la prima en la proporción

convenida o el Asegurado aporta la totalidad de la prima.

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

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

Período de Espera: Tiempo comprendido entre la primera fecha de inicio de vigencia del Consentimiento-Certificado Individual y el momento que entra en vigor la cobertura de Cáncer. El período de espera aplica para el primer año de seguro.

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

Vigencia: Es el período de tiempo previsto en la Póliza durante el cual surten efecto 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 cada uno de los Consentimientos-Certificados Individuales.

5. COBERTURA

5.1 Riesgo Cubierto:

La Aseguradora pagará al Asegurado, la suma asegurada señalada en la póliza, Consentimiento-Certificado Individual, después del período de espera de noventa (90) días y dentro de la vigencia del seguro, si se le diagnóstica por primera vez la siguiente enfermedad:

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

El diagnóstico deberá haber sido realizado por un médico oncólogo, basado en la historia clínica del paciente y confirmado por un

diagnóstico histopatológico o citológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito. El cáncer debe haber progresado al menos a una Clasificación TNM T2N0M0, desarrollado por la "Unión Internacional contra el Cáncer", o alguna clasificación equivalente.

Los Cánceres primarios cubiertos en esta póliza, y descritos en el Consentimiento-Certificado Individual son los siguientes: Próstata, Testículo, Hígado, Estómago, Colon, Recto, Pulmón.

Los siguientes **cánceres** no están cubiertos por la póliza:

- Los tumores benignos.
- Las displasias y lesiones pre-cancerígenas.
- Tumores que presentan los cambios malignos característicos del carcinoma "in situ" o aquellos considerados por estudio histológico como "pre-malignos" cáncer de próstata "in situ".
- Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares y espinocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos.
- Todo cáncer cuyo "diagnóstico clínico" se haya iniciado con anterioridad a la contratación de la Póliza, Consentimiento-Certificado Individual o durante el período de espera.
- Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.
- Enfermedades preexistentes y/o enfermedades congénitas.
- 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.
- No serán cubiertos los tumores que muestran los cambios malignos del carcinoma in situ o melanoma in situ.

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, Consentimiento-Certificado Individual.
- Sea el primer diagnóstico de Cáncer primario cubierto en este Consentimiento-Certificado Individual.

5.2 Exclusiones:

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

1. Omisión de la búsqueda de información o en el seguimiento de recomendaciones médicas.
2. Vivir en el extranjero (vivir fuera del territorio por más de 13 semanas consecutivas en cualquier período de 12 meses)
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.
3. Fusión nuclear, fisión nuclear, desperdicio nuclear o cualquier radiación radioactiva o ionizante.
4. SIDA o presencia de VIH.
5. No tendrá cobertura si ha padecido y/o presentado síntomas, que no podrían pasar desapercibidos, propios de la condición cubierta, con fecha anterior al inicio de vigencia la póliza, Consentimiento-Certificado Individual, sin importar si estaba enterado del diagnóstico o no.

6. LÍMITES DE EDAD

Límites de edad de contratación serán desde los 18 años hasta los 65 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 70 años.

La suma asegurada para la cobertura principal a partir de los 65 años se reducirá un 50% de la suma asegurada contratada. Para los Asegurados que ingresen a la póliza antes de cumplir 60 años de edad, no aplicará la reducción de suma asegurada para la cobertura principal.

7. PAGO DE PRIMA Y PERÍODO DE GRACIA

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

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

8. EL CONTRATANTE Y SUS OBLIGACIONES

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

Son obligaciones del Contratante:

- a) Pagar a la Aseguradora la prima de seguro con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
- b) Recaudar de las personas del grupo Asegurado la cantidad de la prima de seguro con la que contribuyen, con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
- c) Informar, en la forma convenida, a La Aseguradora:

1. El ingreso al grupo Asegurado de nuevas personas, adjuntando los respectivos Consentimientos-Certificados Individuales y demás documentación que le requiera La Aseguradora;

2. La separación definitiva de alguna persona asegurada del grupo Asegurado;
3. Cualquier situación de los Asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza, así como las agravaciones esenciales que tenga el riesgo, que sean de su conocimiento; y,
4. La terminación de su calidad como Contratante.

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

9. TERMINACIÓN DE SU CALIDAD COMO CONTRATANTE

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

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

La Aseguradora reembolsará al Contratante, la parte proporcional de la prima pagada que pudiera resultar no devengada.

10. INGRESOS Y SEPARACIONES DEL GRUPO ASEGURADO

10.1 Altas de Asegurados

Las personas que cumplan con los requisitos

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

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

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

10.2. Bajas de Asegurados

Las personas que se separen definitivamente del grupo Asegurado dejan de estar amparadas por la presente póliza desde el momento de dicha separación; quedando automáticamente sin validez alguna el Consentimiento-Certificado Individual de seguro emitido a su favor por La Aseguradora.

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

11. BENEFICIARIOS:

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

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

12. VIGENCIA, RENOVACIÓN, REHABILITACIÓN

Vigencia

12.1.1 Vigencia de la Póliza: La vigencia de la póliza será la indicada en la carátula.

12.1.2. Vigencia del Consentimiento-Certificado Individual: Tendrá una vigencia anual renovable. Siempre y cuando el Asegurado siga reuniendo los requisitos otorgados por la misma.

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

12.3 Rehabilitación: En caso de falta de pago de la prima convenida, la aceptación posterior de una prima por la Aseguradora o por cualquiera de sus agentes debidamente autorizados, rehabilitará la cobertura, previo análisis, clasificación y aceptación del riesgo por parte de la Aseguradora.

13. MODIFICACIONES

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

14. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

Toda omisión, reticencia, declaración falsa o inexacta por parte del Asegurado indicada en Certificado-Consentimiento Individual de la póliza o cualquier otro documento relacionado con el seguro otorgado por esta Póliza, acerca de cualquier circunstancia, que aminore el concepto de gravedad del riesgo o cambie el

objeto de este, dará lugar a la terminación del contrato conforme a lo estipulado en el Código de Comercio de Guatemala.

15. INDISPUTABILIDAD

Las omisiones o inexactas declaraciones del Asegurado, diferentes de las referentes a la edad, 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.

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

16. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN POR CÁNCER

Aviso de Reclamación

El aviso por escrito del padecimiento de cáncer primario cubierto en esta póliza, Consentimiento-Certificado Individual, sobre el cual pueda establecerse una reclamación, debe realizarse mediante un formulario de reclamación y deberá ser entregado prontamente a la Aseguradora, y en todo caso, dentro de los 15 días hábiles, de haberse incurrido en cualquier gasto médico relacionado con el diagnóstico de dicha enfermedad.

El aviso dado por o en nombre del reclamante a la Aseguradora con datos suficientes para identificar al Asegurado, se considerará como aviso a la Aseguradora.

Prueba de Ocurrencia de Cáncer

La evidencia sobre la ocurrencia de Cáncer cubierto por la Póliza debe ser sustentada por:

- a. Médico especialista, colegiado activo en Guatemala. No aplicaran como médicos especialistas el Asegurado, su respectiva pareja, cónyuge o familiar.
- b. Investigaciones confirmatorias, incluyan, pero no estén limitadas a evidencia clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.

- c. Original o copia certificada del estudio patológico que indique el diagnóstico definitivo de cáncer cubierto en esta póliza, mismo que deberá estar firmado y sellado por el médico especialista en patología humana, así como membretado por la institución que lo elabore.
- d. Los médicos de la Aseguradora podrán corroborar la ocurrencia del evento asegurado.

La Aseguradora se reserva el derecho de requerir al Asegurado que se someta a un examen médico u otras pruebas razonables para confirmar la ocurrencia del evento en cuestión y tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente una reclamación.

La falta de envío de aviso de la reclamación dentro de los 15 días hábiles estipulados anteriormente, no invalidará o reducirá la reclamación si se demuestra que no fue razonablemente posible.

Pago de la Aseguradora

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del diagnóstico por primera vez del cáncer primario realizado después del período de espera y ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente ya sea al Asegurado o a sus beneficiarios, siempre y cuando el Asegurado haya sobrevivido un período de treinta (30) días contados a partir de la fecha de dicho diagnóstico cubierto por esta póliza. Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso.

La Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la fecha de haber completado toda la documentación requerida, el pago de la indemnización podrá realizarse directamente en las oficinas de la Aseguradora.

17. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

- a. Si el Asegurado presenta 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, no puede probar la ocurrencia del siniestro.
- c. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las coberturas y Anexos de la póliza, siempre que las mismas no contradigan normas legales aplicables.

18 OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE, EL ASEGURADO EN CASO DE RECLAMACIÓN

El Contratante, el Asegurado están obligados a:

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

19. TERMINACIÓN DE COBERTURA

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

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

- d. Después del pago total de la suma asegurada correspondiente a esta cobertura.
- e. Por falta de pago de prima.
- f. A solicitud escrita del Asegurado.

20. TERMINACIÓN ANTICIPADA

No obstante el término de vigencia del contrato, el Contratante podrá dar por terminado el contrato anticipadamente sin expresión de causa, con quince días de aviso previo dado a la contraparte. La prima no devengada será devuelta al Asegurado conforme las tarifas respectivas.

21. PROCEDIMIENTO PARA LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTO

21.1 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.

21.2 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.

21.3 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.

22. NOTIFICACIONES

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

23. MONEDA

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

24. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de esta Póliza prescribirán en dos 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 años contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones del Asegurador.

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

ANEXO VIDA Seguro Colectivo de Cáncer para Hombres

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada "La Aseguradora" y el Contratante de la póliza, a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la póliza.

1. Cobertura

La Aseguradora pagará al (los) beneficiario(s) de esta cobertura cuando el Asegurado fallezca por enfermedad o accidente cubierto por la presente póliza, la suma asegurada establecida en el Consentimiento-Certificado Individual.

Se cubrirá el fallecimiento a causa de cualquier enfermedad, siempre y cuando haya transcurrido el período de espera de noventa (90) días contados a partir del inicio de vigencia, establecida en el Consentimiento-Certificado Individual.

2. 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.

3. Indisputabilidad

Las omisiones o inexactas declaraciones del Asegurado, diferentes de las referentes a la edad, 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.

4. Límites de Admisión

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

5. Edad:

La edad del Asegurado será calculada de acuerdo con la fecha de nacimiento consignada en DPI, partida de nacimiento o cualquiera de los demás documentos permitidos por la Ley para tales fines.

Si se comprueba que la edad real de alguno de los miembros del Grupo Asegurado, es mayor que la edad declarada, la Aseguradora pagará la suma asegurada correspondiente a la prima efectivamente pagada.

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

Si el Asegurado vive, se considera como no hecho su seguro, devolviéndole al Contratante la última prima anual pagada o las partes de ésta, cuando la prima es fraccionada, quedando la Aseguradora liberada de cualquier otra responsabilidad al respecto; y

Si el Asegurado ha fallecido, la suma asegurada a pagar será la que con la prima satisfecha hubiere podido comprarse a la edad verdadera, y como máximo, la suma asegurada que figurase en el registro de asegurados en cuestión, si de dicho cálculo resultare una cantidad mayor.

Para los cálculos que exige el presente numeral se aplicarán las tarifas que hayan estado en

vigor a tiempo de la celebración del contrato.

acuerdo con un programa de vuelos publicado.

6. Exclusiones:

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

- a) Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas (medie o no declaración de guerra), guerra civil, golpe militar, actos de terrorismo, insurrección, rebelión, revolución, poder militar o usurpación de poder, ley marcial, amotinamiento, disturbio, conmoción civil, alboroto popular, levantamientos.
- b) Participación en fuerza armada o actividad relacionada con la conservación de la paz.
- c) Contaminación radioactiva, fisión o fusión nuclear.
- d) Ingesta de drogas diferentes a las que están indicadas por un médico calificado, abuso de alcohol o ingesta de veneno.
- e) Actos delictivos cometidos, en calidad de autor, cómplice, encubridor.
- f) Vuelos no regulares. Se considerarán vuelos regulares, los vuelos que cumplan con cada una de las siguientes condiciones:
 - I. El vuelo debe estar programado para despegar y aterrizar en aeropuertos con código IATA.
 - II. Todos los miembros de la tripulación deberán tener las licencias válidas y vigentes para el vuelo.
 - III. El vuelo deberá estar programado para una ruta de pasajeros establecida de

7. Procedimiento en caso de reclamación

7.1 Obligaciones del Beneficiario en caso de siniestro

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

7.2 Pago del Reclamo

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

7.3 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.

8. Terminación de Cobertura

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir lo siguiente:

- a. La cobertura del Consentimiento-Certificado Individual de la Póliza finaliza de acuerdo a lo estipulado en el numeral 18. 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 renovación de acuerdo a lo establecido a los límites de edad de esta cobertura.
- c. Al finalizar el plazo del Consentimiento-Certificado Individual 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

MUERTE POR INFARTO

Seguro Colectivo de Cáncer para Hombres

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A. en adelante "La Aseguradora" y el Contratante de la póliza, a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la póliza.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará la suma asegurada contratada de acuerdo al plan cubierto por la Póliza, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un infarto al miocardio durante la vigencia de la póliza, Consentimiento-Certificado Individual, y después de haber transcurrido el período de espera de noventa (90) días, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento-Certificado Individual.

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.

Para los efectos de la cobertura se cubrirá siempre que:

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

2. 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.

3. INDISPUTABILIDAD

Las omisiones o inexactas declaraciones del Asegurado, diferentes de las referentes a la edad, 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.

4. LÍMITES DE EDAD

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

5. EDAD

La edad del Asegurado será calculada de acuerdo con la fecha de nacimiento consignada en DPI, partida de nacimiento o cualquiera de los demás medios permitidos por la Ley para tales fines.

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

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

6. EXCLUSIONES

Ninguna cobertura y Anexo será pagadero con relación a esta Póliza si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquier 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.
3. Intoxicación o encontrarse el Asegurado bajo la influencia de alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión. Para los efectos de la presente exclusión, se considerará que el asegurado se encontraba en esto de ebriedad.
4. Padecimientos o enfermedades preexistentes.

7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

7.1 Obligaciones del Beneficiario en caso de siniestro

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

Pago del Reclamo

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

derecho a recibirla. Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha de haber completado toda la documentación requerida, el pago de la indemnización podrá realizarse directamente en las oficinas de la Aseguradora o sucursal.

7.2 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.

8. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir lo siguiente:

La cobertura del Consentimiento-Certificado Individual de la Póliza finaliza de acuerdo a lo estipulado en el numeral 18 Terminación de la cobertura de las Condiciones Generales.

- Al final de la fecha de vigencia, una vez que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de renovación de acuerdo a lo establecido en los límites de edad de esta cobertura.
- Al finalizar el plazo del Consentimiento-Certificado Individual de la Póliza.
- Después del pago total de la Suma asegurada correspondiente a esta cobertura.

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

ANEXO CÁNCER TERMINAL Seguro Colectivo de Cáncer para Hombres

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A. en adelante “La Aseguradora” y el Contratante de la póliza, a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la póliza.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al Asegurado, la suma asegurada señalada en el Consentimiento-Certificado Individual, si el Asegurado es diagnosticado por primera vez con Cáncer Terminal y además, a consecuencia de dicho diagnóstico, la expectativa de vida del Asegurado es menor a 12 meses. El diagnóstico debe ser realizado después del período de espera de noventa días (90) y dentro de la vigencia del seguro, si se le diagnostica por primera vez la siguiente enfermedad:

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

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

Los siguientes **cánceres** no están cubiertos por la póliza:

- Los tumores benignos.
- Las displasias y lesiones pre-cancerígenas.
- Tumores que presentan los cambios malignos característicos del **carcinoma “in situ”** o aquellos considerados por estudio histológico como “pre-malignos” cáncer de próstata “in situ”.
- Todos los carcinomas de la piel, **carcinomas basocelulares** y espinocelulares, células escamosas, excepto cuando se trate de diseminación a otros órganos.
- Todo cáncer cuyo “diagnóstico clínico” se haya iniciado con anterioridad a la contratación de la Póliza, Consentimiento-Certificado Individual o durante el período de espera.
- **Sarcoma de Kaposi** y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.
- Enfermedades preexistentes y/o enfermedades congénitas.
- 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.

Para los efectos de la cobertura se cubrirá siempre que:

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

- Si el Asegurado sobrevive a un período de 28 días, después del primer diagnóstico de cáncer.

2. LÍMITES DE EDAD

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

3. EXCLUSIONES

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

3.2 Además, las situaciones o enfermedades que tengan su causa mediata o inmediata en alguno de los siguientes hechos:

- a. SIDA o presencia del virus VIH.
- b. Leucemia linfocítica crónica.
- c. Omisión en la búsqueda de atención o en el seguimiento de recomendaciones médicas.
- d. Trasplantes que sean procedimientos de investigación.
- e. Situaciones o Enfermedades preexistentes.
- f. No tendrá cobertura si ha padecido y/o presentado síntomas, que no podrían pasar desapercibidos, propios de la condición cubierta, con fecha anterior al inicio de vigencia del Certificado Individual, Consentimiento-Certificado Individual, sin importar si estaba enterado del diagnóstico o no.
- g. Personas con ocupaciones que incluyen alta exposición a radiación, sustancias tóxicas, sustancias explosivas, asbestos (amianto), gases o rayos solares por un prolongado período de tiempo.

4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

4.1 Obligaciones del Beneficiario en caso de siniestro

En todo momento del reclamo, el Asegurado y/o Beneficiario(s) deberán presentar el Consentimiento-Certificado Individual, informes médicos, resultados de estudios médicos realizados para el diagnóstico, formulario de

reclamación, Certificado de nacimiento del Asegurado, DPI del (o los) beneficiario(s) y aquella documentación adicional que la Aseguradora requiera según las circunstancias del evento.

Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del diagnóstico por primera vez del cáncer terminal cubierto por esta póliza y ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla. Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha de haber completado toda la documentación requerida, el pago de la indemnización podrá realizarse directamente en las oficinas de la Aseguradora.

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. La cobertura del Consentimiento-Certificado Individual de la Póliza finaliza de acuerdo a lo estipulado en el numeral 18 Terminación de la cobertura de las Condiciones Generales.
- b. Al final de la fecha de vigencia, una vez que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de renovación de acuerdo a lo establecido a los límites de edad de esta cobertura.
- c. Al finalizar el plazo del Consentimiento-Certificado Individual de la Póliza.
- d. Al fallecimiento del Asegurado.
- e. Después del pago total de la Suma asegurada correspondiente a esta cobertura.

GLOSARIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLASIFICACIONES DEL CANCER

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

TNM:

TNM: emplea

T) para referenciar el tamaño,

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

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

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

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

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

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

Los ganglios linfáticos son órganos minúsculos que ayudan a combatir infecciones, ya que forman parte del sistema inmunológico del cuerpo. Existen ganglios linfáticos regionales y ganglios linfáticos distantes.

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

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

MO: La enfermedad no se ha metastatizado.

Otra clasificación por etapas:

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

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

**ANEXO
SERVICIOS MÉDICOS
Seguro Colectivo de Cáncer para Hombres**

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A. en adelante "La Aseguradora" y el Contratante de la póliza, a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la póliza.

CLÁUSULA PRIMERA

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:

Coberturas de salud incluidas	Límite anual

Los Servicios médicos serán prestados al Asegurado bajo la responsabilidad de Aseguradora Rural, S.A., por medio de su red de proveedores de servicios.

CLÁUSULA SEGUNDA

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

CLÁUSULA TERCERA

Límite Geográfico: Los Servicios Médicos se prestarán únicamente dentro del territorio de la República de Guatemala.

CLÁUSULA CUARTA

Período de Espera: Los Servicios Médicos descritos en el presente anexo, podrán ser utilizados después de haber transcurrido noventa (90) días de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la póliza, Consentimiento-Certificado Individual.

CLÁUSULA QUINTA

El Asegurado al momento de solicitar la cobertura de Servicios Médicos debe comunicarse al número que le proporcionará Aseguradora Rural, S.A., indicando nombre completo, número de identificación personal, número de póliza y número de Consentimiento-Certificado individual para la coordinación de los servicios,

CLÁUSULA SEXTA

Todos los servicios médicos serán pagados por Aseguradora Rural, S.A., directamente a la red de proveedores y en ningún caso se realizarán reembolsos por servicios médicos.

CLÁUSULA SÉPTIMA

Terminación de cobertura: La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir lo siguiente:

- a. La cobertura del Consentimiento-Certificado Individual finaliza de acuerdo a lo estipulado en el numeral 18 Terminación de Cobertura de las Condiciones Generales.

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

ANEXO
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
POR CÁNCER ESPECÍFICO
Seguro Colectivo de Cáncer para Hombres

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A. en adelante "La Aseguradora" y el Contratante de la póliza, a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la póliza.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al Asegurado una renta diaria fija por cada día que el Asegurado permanezca internado en una Clínica u Hospital, debidamente autorizado, a partir de las 48 horas siguientes a la internación, como consecuencia de un cáncer primario cubierto como se indica en el Consentimiento-Certificado individual cubierto por la presente póliza, lo que implica que la Aseguradora pagará una renta diaria a partir del tercer día de internación y hasta un máximo de cuarenta y cinco (45) días por año, continuos o discontinuos, por un mismo evento.

El período máximo por el cual se reconocerá la renta no excederá de cuarenta y cinco (45) días, continuos o discontinuos, por año y por evento y será pagado a partir del tercer día de internación, es decir, la Aseguradora no efectuara desembolso alguno si la internación es igual o menor a (48) horas.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

- El diagnóstico lo efectuó y certifique por escrito un Médico Oncólogo y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio. La fecha en que se efectúe el estudio histopatológico se considerará como la fecha de diagnóstico.

Si el cáncer primario se diagnostica durante el período de espera estipulado en el Consentimiento-Certificado Individual la

responsabilidad de la Aseguradora se limitará a reembolsar al asegurado la prima no devengada.

Hospitalizaciones continuas o discontinuas:
 En caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas, a causa de un mismo cáncer primario cubierto, cada uno de estos períodos de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de aplicar el período máximo de 45 días. El pago de dichas indemnizaciones será cubierto siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al momento en que dichas hospitalizaciones se presenten.

1.1. DEFINICIÓN

Para todos los efectos de esta Póliza se entiende por:

Evento:

Comprende todos gastos incurridos, hospitalizaciones e incapacidades totales temporales, continuas o discontinuas, debidas a un mismo accidente.

Infección Piógena:

Es una infección que produce la acumulación de leucocitos y bacterias muertas (pus).

Estudios Histopatológicos:

Son los documentos que contienen resultados positivos de las pruebas de diagnóstico y para ser aceptados bajo este Consentimiento-Certificado Individual deberán fecharse y encontrarse debidamente firmadas por un médico autorizado para ejercer la especialidad de Anatomía Patológica. Las evidencias deben

basarse en los exámenes microscópicos de tejidos fijos.

Renta diaria:

Monto pagadero al Asegurado por cada día de Hospitalización.

1.2 LÍMITE GEOGRÁFICO

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

2. LÍMITES DE EDAD

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

3. EXCLUSIONES

No quedará cubierta por esta cobertura, la hospitalización a consecuencia de:

- a. Cualquier cáncer primario no especificado en el Consentimiento-Certificado Individual, solo se cubrirán los cánceres primarios indicados en el Consentimiento-Certificado Individual.
- b. Condiciones médicas preexistentes.
- c. Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio por chequeo o con fines diagnósticos de cáncer y estos resulten positivos y/o sospechosos de cáncer, previo al inicio de vigencia del Consentimiento-Certificado Individual.
- d. Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de cáncer, aun cuando el Asegurado haya sido dado de alta, previo al inicio de vigencia del Consentimiento-Certificado Individual.
- e. Enfermedades relacionadas o derivadas de HIV o Síndrome de Kaposi y linfoma primario del sistema nervioso central.
- f. Cuando el diagnóstico sea realizado por un médico que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado.

- g. Cuando el cáncer sea secundario a exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.
- h. Carcinoma "in situ" y los tipos de cáncer no invasivos.
- i. Cáncer premaligno, entendiéndose como tal, aquella condición que histológicamente se sabe antecede o puede precipitar enfermedades malignas.
- j. Suicidio, conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.

4. 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.

5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

- a. De acuerdo a lo estipulado en el numeral 18 Terminación de Cobertura de las Condiciones Generales.
Al efectuar el pago total de 45 días establecidos en el Consentimiento, Certificado Individual durante la vigencia de cada período de cobertura.

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

ANEXO RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Seguro Colectivo de Cáncer para Hombres

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A. en adelante "La Aseguradora" y el Contratante de la póliza, a partir de la fecha de inicio indicada en la carátula de la póliza.

1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al Asegurado una renta diaria fija por cada día que el Asegurado permanezca internado en una Clínica u Hospital, debidamente autorizado, a partir de las 48 horas siguientes a la internación, como consecuencia de Enfermedad no pre-existente o accidente cubierto por la presente póliza, Consentimiento-Certificado Individual lo que implica que la Aseguradora pagará una renta diaria a partir del tercer día de internación y hasta un máximo de cuarenta y cinco (45) días por año, continuos o discontinuos, por un mismo evento.

El período máximo por el cual se reconocerá la renta no excederá de cuarenta y cinco (45) días, continuos o discontinuos, por año y por evento y será pagado a partir del tercer día de internación, es decir, la Aseguradora no efectuara desembolso alguno si la internación es igual o menor a (48) horas.

1.1. DEFINICIÓN

Para todos los efectos de esta Póliza se entiende por:

Evento:

Comprende todos gastos incurridos, hospitalizaciones e incapacidades totales temporales, continuas o discontinuas, debidas a una misma enfermedad o accidente.

Infección Piógena:

Es una infección que produce la acumulación de leucocitos y bacterias muertas (pus).

1.2 LÍMITE GEOGRÁFICO

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

2. LÍMITES DE EDAD

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

3. EXCLUSIONES

No quedará cubierta por esta cobertura, la hospitalización a consecuencia de:

- 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.
- b. Tratamientos médicos o quirúrgicos estético, tratamiento de fertilidad, para ganar o perder peso, correctivas de ojos excepto como consecuencia de un accidente.
- c. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de la enfermedad de Parkinson, Alzheimer, diabetes o esclerosis múltiple. Así

- mismo quedan excluidos tratamientos o intervenciones quirúrgicas con el fin de efectuar un diagnóstico, con fines terapéuticos, a consecuencia de omisión en la búsqueda de atención o en el seguimiento de recomendaciones médicas.
- d. Suicidio, conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
 - e. 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.
 - f. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.
 - g. Lesiones corporales o la muerte causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.
 - h. La participación del Asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, carreras, contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia, velocidad, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, práctica de deportes riesgosos, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos pero no limitados a pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o ejercite como profesión el béisbol o el fútbol.
 - i. Postración por calor o insolación.
 - j. Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
 - k. 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.
 - l. Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimientos, sonambulismo.
 - m. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).
 - n. Accidentes ocurridos cuando el Asegurado maneje o viaje como pasajero en motocicletas, motonetas o cualquier otro vehículo de motor similar.
 - o. Accidentes ocurridos cuando el Asegurado maneje mototaxi.
- 4. 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.
- 5. TERMINACIÓN DE COBERTURA**
- La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir: De acuerdo a lo estipulado en el numeral 18 Terminación de Cobertura de las Condiciones Generales.

Al efectuar el pago total de 45 días establecidos en el Consentimiento-Certificado individual durante la vigencia de cada período de cobertura.

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