

SOLICITUD DE SEGURO

Seguro Colectivo de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente

Por medio de la presente solicito a "ASEGURADORA RURAL, S. A.", una póliza de Seguro Colectivo de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente proporcionando para esto los datos que me identifican como Contratante:

CONTRATANTE

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

Y como Representante Legal del Contratante:

8. Nombre Completo: _____
9. Nacionalidad: _____
10. DPI: _____
11. Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América: Si ☐ No ☐
12. Documento de identidad Green Card: Si ☐ No ☐
13. Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América: Si ☐ No ☐
14. Persona Expuesta Políticamente – PEP-: Si ☐ No ☐
15. Parentesco con una – PEP- Si ☐ No ☐
16. Asociado cercano con una PEP: Si ☐ No ☐

COBERTURAS SOLICITADAS

17. Grupo Asegurable: _____
18. Inicio de Vigencia: _____ Fin de Vigencia: _____
19. Suma Asegurada: _____ Número de cuotas: _____

20. Contributiva: Si ☐ No ☐ Porcentaje: _____ %
21. Periodicidad de pago: Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐
22. Moneda: _____

PROGRAMA DE BENEFICIOS

Límites de edad: Las edades de contratación serán, desde los 18 años pudiéndose renovar hasta los 75 años.

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL ASEGURADO

Cobertura Principal	Suma Asegurada

ANEXOS – COBERTURAS ADICIONALES -

Cobertura Incluida	Suma Asegurada

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 dar por terminado el contrato de seguro.

Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud, autorizo como Representante Legal, 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 Número _____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

CARÁTULA DE LA PÓLIZA
**Seguro Colectivo de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal
 por Enfermedad o Accidente**

CONTRATANTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ NIT: _____

Nombre del Representante Legal: _____

Actividad: _____

Grupo Asegurado: _____

PROGRAMA DE BENEFICIOS

Las edades de contratación para la Cobertura de Seguro Colectivo de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente serán desde los 18 años pudiéndose renovar hasta los 75 años.

Coberturas Solicitadas	Suma Asegurada	Deducible	Período de Carencia

Criterios para determinar la suma asegurada: _____

Número de cuotas máximas a indemnizar: _____

PRIMA

Forma de pago: _____ Moneda: _____

Periodicidad de pago: _____

Contributiva: Si ☐ No ☐ Porcentaje: _____ %**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 procedan 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
Seguro Colectivo de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal
por Enfermedad o Accidente

No. Póliza: _____

CONTRATANTE:

Solicito ser incluido como Asegurado en la póliza de Seguro Colectivo de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente, para lo cual suministro los siguientes datos personales:

1. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE ASEGURADO PRINCIPAL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Otros nombres
Primer apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada
NIT	Tipo de Documento de Identificación	Número de documento de Identificación
Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: _____ Otra Nacionalidad: _____		
Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 		
Edad: _____ Estado civil: _____		
Dirección del Solicitante (Domicilio) (No. De calle o avenida, No. De casa, sector, lote, manzana)		
Zona	Colonia	Municipio
Departamento		País
Celular/Móvil: _____ Teléfono(s)Oficina: _____ Teléfono casa: _____		
Correo electrónico/ e-mail: _____		

Datos Laborales del Solicitante Asegurado Principal

Vigencia indefinida: ☐ Vigencia definida: ☐ Fecha de Vencimiento: _____ Renovable: Si ☐ No ☐

Trabajador Dependencia: Si ☐ No ☐ | Trabajador independiente/Comercio/Profesional: Si ☐ No ☐

Nombre de lugar donde labora: _____ Teléfono: _____

Dirección lugar trabajo: _____

Profesión/Oficio/Ocupación: _____ Fecha de ingreso trabajo: _____

Puesto que ocupa : _____

Detalle de Actividades laborales : _____

2. DATOS DEL CRÉDITO

No. de crédito: _____ Crédito por: _____ No. de Meses _____

Valor de cuota Mensual Asegurada: _____ Crédito con: 1 Deudor ☐ varios deudores ☐**3. PROGRAMA DE BENEFICIOS**

Las edades de contratación serán, desde los 18 años hasta los 70 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 75 años.

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL ASEGURADO

Nombre completo Asegurado	Cobertura	Suma Asegurada	% participación en crédito

- El límite de suma asegurada para cada uno de los asegurados será la misma proporción en la cual participan en la cuota del crédito.
- Al quedar una o más personas excluidas por límites de edad, la suma asegurada se distribuirá proporcionalmente entre los asegurados restantes.

ANEXOS – COBERTURAS ADICIONALES -

Cobertura Incluida	Nombre del Asegurado	Suma Asegurada

Fecha de ingreso al seguro: _____ Moneda: _____

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

Facturar a nombre de: _____

Dirección: _____ N.I.T: _____

4. BENEFICIARIOS**Beneficiario Irrevocable para la cobertura de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente**

Nombre del Beneficiario	Relación	%

Beneficiarios para el Anexo de Muerte Accidental del Solicitante Asegurado Principal

Asegurado	Nombre completo Beneficiario	Parentesco	Porcentaje

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

Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*:/:	Si ☐	No ☐
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 Personas Expuesta Políticamente (PEP)

El Solicitante actúa en nombre propio	Si ☐	No ☐
Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América	Si ☐	No ☐
Posee documento de Identidad Green Card	Si ☐	No ☐
Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América	Si ☐	No ☐

Ingresos Mensuales: _____

Aseguradora Rural, S.A., pagará las sumas aseguradas que se indican para cada cobertura y de acuerdo con lo que se estipula en las condiciones generales de la póliza. El pago se hará a los beneficiarios designados por el asegurado después de recibir pruebas de la realización de la eventualidad prevista en este Consentimiento 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 período mensual, trimestral, semestral o anual amparado, no hubiere 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.

Para la cobertura de Desempleo por Incapacidad temporal por Enfermedad o Accidente: No se cubrirán padecimientos y/o enfermedades preexistentes.

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 Aseguradora la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí sin limitación alguna.
2. A la Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi documento personal de identificación.

6. AUTORIZACIÓN

Yo _____ Autorizo al Contratante

Para que se haga de la cuota de seguro a mi cuenta: _____ O cualquier otra Cuenta que posea con fondos disponibles, por el importe de la prima correspondiente al plan de seguro y la periodicidad de pagos seleccionados.

Depósito Monetario ☐ Depósito Ahorro ☐ Tarjeta de crédito: ☐ Vencimiento: _____

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

Aseguradora Rural, S.A.

f) Asegurado Principal
DPI: | | | | | | | | | | | | | | | |

f) Cuentahabiente o Tarjetahabiente
DPI: | | | | | | | | | | | | | | | |

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 ASEGURADO ADICIONAL
Seguro Colectivo de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal
por Enfermedad o Accidente

Póliza _____

CONTRATANTE:

Solicito ser incluido como Asegurado adicional en la póliza de Seguro Colectivo de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente, para lo cual suministro los siguientes datos personales:

Nombre de Solicitante Asegurado Principal: _____

Solicitantes Asegurados adicionales miembros del núcleo Familiar que participan en el crédito:

SOLICITANTE ASEGURADO ADICIONAL 1

Primer Nombre	Segundo Nombre	Otros nombres			
Primer apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada			
NIT	Tipo de Documento de Identificación	Número de documento de Identificación			
Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: _____ Edad: _____					
Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>					
Porcentaje de participación en el crédito : _____					

DATOS LABORALES

Vigencia indefinida: ☐ Vigencia definida: ☐ Fecha de Vencimiento: _____ Renovable: Si ☐ No ☐

Trabajador Dependencia: Si ☐ No ☐ Trabajador independiente/Comercio/Profesional: Si ☐ No ☐

Nombre de lugar donde labora: _____ Teléfono: _____

Dirección lugar trabajo: _____

Profesión/Oficio/Ocupación: _____ Fecha de ingreso trabajo: _____

Puesto que ocupa : _____

Detalle de Actividades laborales : _____

BENEFICIARIO(S) ANEXO MUERTE ACCIDENTAL

Asegurado	Nombre completo Beneficiario	Parentesco	Porcentaje

CONSENTIMIENTO SOLICITANTE ASEGURADO ADICIONAL

Estoy de acuerdo con la Suma Asegurada estipulada en el Consentimiento, Certificado Individual, Consentimiento -Certificado Individual, de acorde a los criterios para determinar la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza.

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.

Para la cobertura de Desempleo por Incapacidad temporal por Enfermedad o Accidente: No se cubrirán padecimientos y/o enfermedades preexistentes.

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 Aseguradora la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí sin limitación alguna.
2. A la Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi documento personal de identificación.

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

f) Solicitante Asegurado Adicional
DPI:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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.

CERTIFICADO INDIVIDUAL
Seguro Colectivo de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal
por Enfermedad o Accidente

Póliza No. _____ No. De Certificado _____

CONTRATANTE: _____

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Otros nombres
Primer apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada
NIT	Tipo de Documento de Identificación	Número de documento de Identificación
Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: _____ Otra Nacionalidad: _____		
Lugar de nacimiento: _____		Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
Edad: _____ Estado civil: _____		
Dirección del Solicitante (Domicilio) (No. De calle o avenida, No. De casa, sector, lote, manzana)		
Zona	Colonia	Municipio
Departamento		País
Celular/Móvil: _____ Teléfono(s)Oficina: _____ Teléfono casa: _____		
Correo electrónico/ e-mail: _____		

Datos Laborales del Asegurado Principal

Vigencia indefinida: ☐ Vigencia definida: ☐ Fecha de Vencimiento: _____ Renovable: Si ☐ No ☐

Trabajador Dependencia: Si ☐ No ☐ | Trabajador independiente/Comercio/Profesional: Si ☐ No ☐

Nombre de lugar donde labora: _____ Teléfono: _____

Dirección lugar trabajo: _____

Profesión/Oficio/Ocupación: _____ Fecha de ingreso trabajo: _____

Puesto que ocupa : _____

Detalle de Actividades laborales : _____

2. DATOS DEL CRÉDITO

No. de crédito: _____ Crédito por: _____ Meses: _____

Valor de cuota Mensual

Crédito con: ☐ 1 Deudor ☐ varios deudores

Asegurada: _____

3. PROGRAMA DE BENEFICIOS

Las edades de contratación serán, desde los 18 años hasta los 70 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 75 años.

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL ASEGURADO

Nombre completo Asegurado	Cobertura	Suma Asegurada	% participación en crédito

- El límite de suma asegurada para cada uno de los asegurados será la misma proporción en la cual participan en la cuota del crédito.
- Número máxima de _____ cuotas mensuales aseguradas.

ANEXOS -COBERTURAS ADICIONALES-

Cobertura Incluida	Nombre del Asegurado	Suma Asegurada

4. BENEFICIARIOS

Beneficiario Irrevocable de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente

Nombre del Beneficiario	Relación	%

Beneficiarios Anexo de Muerte Accidental

Asegurado	Nombre completo Beneficiario	Parentesco	%

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

Forma de pago: ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

Prima a pagar: _____ Moneda: _____

Aseguradora Rural, S.A, pagará las sumas aseguradas que se indican para cada cobertura y de acuerdo con lo que se estipula en las Condiciones Generales de la Póliza. El pago se hará a los beneficiarios designados 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.

Obligaciones del Asegurado o Beneficiario en caso de siniestro: Para acceder al beneficio de este seguro, El Asegurado 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 le informó del siniestro, debiendo indicar el monto de la cuota mensual del Asegurado, el saldo de capital, intereses y otros seguros y adjuntar fotocopia del estado de cuenta del crédito de los últimos tres (3) meses.

El Contratante y el Asegurado están obligados a suministrar a la Aseguradora, a requerimiento de esta, 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.

Cuando a requerimiento del 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 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.

CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO INDIVIDUAL
Seguro Colectivo de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal
por Enfermedad o Accidente

Póliza No. _____ No. De Certificado _____

CONTRATANTE:

Me adhiero a la solicitud para ser incluido como Asegurado en la Póliza de Seguro Colectivo de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente:

1. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Primer Nombre	Segundo Nombre	Otros nombres
Primer apellido	Segundo Apellido	Apellido de Casada
NIT	Tipo de Documento de Identificación	Número de documento de Identificación
Sexo: M ☐ F ☐ Nacionalidad: _____ Otra Nacionalidad: _____		
Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): 		
Edad: _____ Estado civil: _____		
Dirección del Solicitante (Domicilio) (No. De calle o avenida, No. De casa, sector, lote, manzana)		
Zona	Colonia	Municipio
Departamento		País
Celular/Móvil: _____ Teléfono(s)Oficina: _____ Teléfono casa: _____		
Correo electrónico/ e-mail: _____		

Datos Laborales del Asegurado Principal

Vigencia indefinida: ☐ Vigencia definida: ☐ Fecha de Vencimiento: _____ Renovable: Si ☐ No ☐

Trabajador Dependencia: Si ☐ No ☐	Trabajador independiente/Comercio/Profesional: Si ☐ No ☐
---	--

Nombre de lugar donde labora: _____ Teléfono: _____

Dirección lugar trabajo: _____

Profesión/Oficio/Ocupación: _____ Fecha de ingreso trabajo: _____

Puesto que ocupa : _____

Detalle de Actividades laborales : _____

2. DATOS DEL CRÉDITO

No. de crédito: _____ Crédito por: _____ Meses: _____

Valor de cuota Mensual Asegurada: _____ Crédito con: ☐ 1 Deudor ☐ varios deudores**3. PROGRAMA DE BENEFICIOS**

Las edades de contratación serán, desde los 18 años hasta los 70 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 75 años.

PROGRAMA DE BENEFICIOS DEL ASEGURADO

Nombre completo Asegurado	Cobertura	Suma Asegurada	% participación en crédito

- El límite de suma asegurada para cada uno de los asegurados será la misma proporción en la cual participan en la cuota del crédito.
- Número máxima de _____ cuotas mensuales aseguradas.

ANEXOS -COBERTURAS ADICIONALES-

Cobertura Incluida	Nombre del Asegurado	Suma Asegurada

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

Forma de pago: ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual

Prima a pagar: _____ Moneda: _____

Facturar a nombre de: _____

Dirección: _____ N.I.T: _____

4. BENEFICIARIOS**Beneficiario Irrevocable de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente**

Nombre del Beneficiario	Relación	%

Beneficiarios Anexo de Muerte Accidental

Asegurado	Nombre completo Beneficiario	Parentesco	%

--	--	--	--

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

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.

Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*: Si ☐ No ☐

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 Personas Expuesta Políticamente (PEP)

El Solicitante actúa en nombre propio Si ☐ No ☐

Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América Si ☐ No ☐

Posee documento de Identidad Green Card Si ☐ No ☐

Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América Si ☐ No ☐

Ingresos Mensuales: _____

Aseguradora Rural, S.A. pagará las sumas aseguradas que se indican para cada cobertura y de acuerdo con lo que se estipula en las condiciones generales de la póliza. El pago se hará a los beneficiarios designados por el asegurado después de recibir pruebas de la realización de la eventualidad prevista en este Consentimiento-Certificado Individual, 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 treinta (30) días de finalizado cada período mensual, trimestral, semestral o anual amparado, no hubiere 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.

Para la cobertura de Desempleo por Incapacidad temporal por Enfermedad o Accidente: No se cubrirán padecimientos y/o enfermedades preexistentes.

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 Aseguradora la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí sin limitación alguna.
2. A la Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi documento personal de identificación.

Obligaciones del Asegurado o Beneficiario en caso de siniestro: Para acceder al beneficio de este seguro, El Asegurado 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 le informó del siniestro, debiendo indicar el monto de la cuota mensual

del Asegurado, el saldo de capital, intereses y otros seguros y adjuntar fotocopia del estado de cuenta del crédito de los últimos tres (3) meses.

El Contratante y el Asegurado están obligados a suministrar a la Aseguradora, a requerimiento de esta, 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.

Cuando a requerimiento del 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:

6. AUTORIZACIÓN

Yo _____ Autorizo al Contratante

Para que se haga de la cuota de seguro a mi cuenta: _____ O cualquier otra

Cuenta que posea con fondos disponibles, por el importe de la prima correspondiente al plan de seguro y la periodicidad de pagos seleccionados.

Depósito Monetario ☐ Depósito Ahorro ☐ Tarjeta de crédito: ☐ Vencimiento: _____

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

Aseguradora Rural, S.A.

f) Asegurado Principal

DPI: | | | | | | | | | | | | | | | |

f) Cuentahabiente o Tarjetahabiente

DPI: | | | | | | | | | | | | | | | |

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 Colectivo de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente

1. CONTRATO

La Solicitud, la Carátula de la Póliza, Certificado Individual, 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*" y el Contratante y 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 SEGURO

Mediante este seguro La Aseguradora se compromete a cubrir los riesgos de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente, en caso de siniestro cubierto por esta Póliza y hasta por la suma asegurada indicada como límite en la Carátula de la Póliza, Certificado Individual o 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 en su condición de deudor del Contratante y a solicitud éste queda cubierta por este seguro colectivo.

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.

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.

Deducible: Es el período de días indicado en la Carátula de la póliza, Certificado Individual o Consentimiento-Certificado Individual, que debe transcurrir para que La Aseguradora inicie a pagar el beneficio del seguro, contados a partir de la fecha en que ocurre el Desempleo Involuntario siempre y cuando el Asegurado continúe desempleado.

Desempleo Involuntario: Pérdida involuntaria del empleo como consecuencia de despido por parte del empleador por alguna causa que no se encuentre específicamente excluida por esta cobertura.

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.

Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente: Incapacidad temporal deriva de accidente y/o enfermedad, que impida al asegurado ejecutar sus tareas y labores diarias.

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.

No Contributivo: Forma de pago de la prima en la cual el seguro es sin costo alguno para los miembros del grupo asegurado y el Contratante es quien debe pagar la totalidad de la misma.

Período de carencia: Es el período de días que se indica en la Carátula de la póliza, Certificado Individual o Consentimiento-Certificado Individual, que deberá transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual o Consentimiento-Certificado Individual para que el Asegurado se encuentre cubierto bajo este seguro.

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

Suma Asegurada: La suma del número de cuotas estipuladas en la Carátula, Certificado Individual y/o Consentimiento-Certificado Individual.

5. COBERTURA

Desempleo Involuntario:

La Aseguradora ampara dentro de la vigencia de la póliza, Certificado Individual o Consentimiento-Certificado Individual en caso de que el Asegurado(s) Principal o Adicional(es) quede Desempleado(s) Involuntariamente una vez transcurrido el período de carencia de noventa (90) días, el pago mensual se realizará al Contratante beneficiario irrevocable a nombre del Asegurado, hasta por el número máximo de seis (6) cuotas mensuales y hasta la suma asegurada máxima estipulada en el Certificado Individual, Consentimiento-Certificado Individual, contados a partir de la fecha en que termina el deducible de treinta(30) días. Las cuotas mensuales se pagaran hasta llegar al máximo de cuotas o hasta que el Asegurado se reincorpore a su empleo, lo que ocurra primero.

Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente:

La Aseguradora ampara dentro de la vigencia de la póliza, Certificado Individual o Consentimiento-Certificado Individual en caso de que el Asegurado(s) Principal o Adicional(es) quede Desempleado(s) por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente una vez transcurrido el período de carencia de noventa (90) días y la incapacidad sea superior a quince (15) días continuos a consecuencia directa de una enfermedad o accidente, el pago mensual se realizará al Contratante beneficiario irrevocable a nombre del Asegurado, de acuerdo a la Tabla de clasificación de días en función del periodo de indemnización por los días de la Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente, hasta la suma asegurada máxima estipulada en el Certificado Individual, Consentimiento-Certificado Individual. Las cuotas mensuales se pagaran hasta llegar al máximo de cuotas indicadas en la tabla de clasificación de días en función del período de indemnización o hasta que el Asegurado se reincorpore a su actividad económica o empleo, lo que ocurra primero.

Tabla de clasificación de días en función del período de indemnización

Duración de Incapacidad				Período de Indemnización
15	a	44	días consecutivos	1 Cuota
45	a	74	días consecutivos	2 Cuotas
75	a	104	días consecutivos	3 Cuotas
105	a	134	días consecutivos	4 Cuotas
135	a	164	días consecutivos	5 Cuotas
165	a	194	días consecutivos	6 Cuotas

Asegurado Principal: Es la persona cuyo nombre aparece en el Certificado Individual, Consentimiento-Certificado Individual encabezando la nómina de Asegurados. Es la persona designada en el Consentimiento, Consentimiento-Certificado Individual, donde se indica el porcentaje de participación en el crédito aprobado. En los casos que el Asegurado Principal haya reportado dos o más fuentes de ingreso en el momento de la calificación como sujeto de crédito, al momento de presentar un reclamo y este sea aprobado, la suma a indemnizar será de acuerdo al porcentaje de participación registrado en el Certificado Individual o, Consentimiento-Certificado Individual, únicamente de la fuente de ingresos que se dejó de percibir.

Asegurado(s) Adicional(es): Podrán ser uno o más Asegurados adicionales que son miembros del núcleo Familiar que participan en el crédito y que son aprobados por el Contratante; cada uno participa en un porcentaje de acuerdo a su fuente de ingresos. La edad máxima permitida para todos los Asegurados Adicionales del núcleo familiar que participen, será la fecha en que cumplan los 75 años. Al quedar excluida una o más personas por el límite de edad; la suma asegurada será distribuida proporcionalmente al porcentaje de participación de los demás participantes.

La Aseguradora pagará al Contratante beneficiario irrevocable en nombre del Asegurado, hasta el número máximo de cuotas especificadas en el Certificado Individual, Consentimiento-Certificado Individual, para ser aplicado a tales cuotas del crédito. Estos pagos están sujetos a los límites establecidos en el Consentimiento, Certificado Individual, Consentimiento-Certificado Individual, siempre y cuando ocurra:

5.1 Desempleo Involuntario:

A la terminación del contrato de trabajo del Asegurado en relación de dependencia, por decisión del patrono, debido a causa no imputable al Asegurado, dicha causa no deberá estar contemplada en el artículo setenta y siete (77) del Código de Trabajo.

5.1.1 Elegibilidad:

Sólo son elegibles para la cobertura de Desempleo Involuntario las personas que antes de la fecha de inicio de vigencia de esta póliza, Certificado Individual, Certificado-Consentimiento Individual estén empleadas en relación de dependencia, de tiempo completo, trabajen bajo un contrato indefinido para una empresa legalmente establecida y hayan trabajado ininterrumpidamente al menos 12 meses inmediatos anteriores a la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual o Consentimiento-Certificado Individual de la póliza. Se excluye a las personas que sean comerciantes o profesionales que laboren en forma independiente y estén percibiendo un ingreso.

5.1.2 Exclusiones para Desempleo Involuntario:

La presente póliza no otorga cobertura por Desempleo Involuntario que resulte a consecuencia de:

1. Actos de guerra interior, exterior, revolución, rebelión, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción civil.
2. Contratos verbales.
3. Desempleo ocasionado por decisión unilateral del Asegurado.
4. El desempleo resultante del vencimiento de los contratos pactados a término fijo por no renovación y la finalización de obra o labor contratada.
5. Cuando los asegurados sean trabajadores empleados de su propia empresa.
6. Cuando la terminación del contrato de trabajo se presente durante o la finalización del período de prueba.
7. Cuando el asegurado termine uno de los contratos de trabajo y tenga contratos concurrentes.
8. Suspensión temporal del contrato de trabajo acorde con lo establecido en la ley laboral guatemalteca.
9. Despido masivo se considera cuando hay desvinculación laboral del 50% o colectivo con autorización del ente encargado en la legislación guatemalteca.
10. Quedan excluidos los seguros contratados con posterioridad a la declaratoria de liquidación, liquidación obligatoria, o fusión de empresas.
11. Cuando el asegurado se desvincule laboralmente de la entidad para la cual trabaja, como consecuencia de adquirir el derecho a recibir la pensión de jubilación, vejez o Incapacidad.
12. Cuando el asegurado sea en listado en las fuerzas armadas.

5.2 Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente:

Incapacidad Temporal derivada de Enfermedad o Accidente que impida al asegurado ejecutar sus tareas y labores diarias. Una Incapacidad se aceptará como cubierta por esta cobertura, cuando la incapacidad del asegurado que reclama sea superior al 60% de la pérdida de la capacidad laboral de la persona. La incapacidad debe ser certificada por un médico contratado y/o aceptado por la Aseguradora. Aplica para personas independientes (no un empleado a contrato indefinido), que no están en relación de dependencia.

5.2.1 Elegibilidad:

Son elegibles para la cobertura de Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente las personas que siendo comerciantes o profesionales, laboren en forma independiente y estén percibiendo un ingreso (autoempleados). Se excluye a las personas que están empleadas de tiempo completo y que trabajan para una empresa legalmente constituida.

5.2.2 Exclusiones:

La presente póliza no otorga cobertura de Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente que resulte a consecuencia de:

1. El fallecimiento del asegurado.
2. Accidentes por participar en: servicio militar, actos de guerra insurrección. Actos delictivos, intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el asegurado.
3. Actos de guerra interior, exterior, revolución, rebelión, sedición, asonada o actos violentos motivados por conmoción civil.
4. Salvo pacto en contrato no ampara accidentes que se originen por participar en actividades como:
 - a. Aviación privada como tripulante o mecánico.
 - b. Pruebas o contiendas de velocidad.
 - c. Paracaidismo
 - d. Deportes extremos.
5. Suicidio o intento de suicidio o mutilación voluntaria.
6. Las afecciones propias del embarazo.
7. No se cubrirán gastos relacionados con tratamientos o intervenciones quirúrgicas.
8. Lesiones sufridas bajo estado alcohólico o uso de estimulantes o estupefacientes.
9. Padecimientos y/o enfermedades preexistentes.
10. Se excluye a las personas que estén empleados de tiempo completo.

6. PAGO DE PRIMA Y PERÍODO DE GRACIA

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

6.2 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.

7. 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 Consentimientos respectivos o los Consentimientos-Certificados Individuales y demás documentación que le requiera La Aseguradora;
 2. La separación definitiva de alguna persona asegurada del grupo asegurado;
 3. Cualquier situación de los asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza, así como las agravaciones esenciales que tenga el riesgo, que sean de su conocimiento; y,
 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 Certificado Individual, 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.

El contratante que concluya sus obligaciones para con el Grupo Asegurado, debe notificarlo por escrito a La Aseguradora, en un término que no exceda de ocho (8) días, desde la fecha en que finalizaron sus obligaciones. La Aseguradora podrá decidir a su juicio, y conforme a la ley, la rescisión de la Póliza durante los treinta (30) días corridos siguientes a la fecha de haber recibido la notificación y sus obligaciones terminarán treinta (30) días corridos después de haber sido notificada la rescisión al nuevo Contratante. La Aseguradora reembolsará al Contratante, la parte proporcional de la prima pagada que pudiera resultar no devengada.

8. 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.

9. 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 Certificado Individual o 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.

10. BENEFICIARIOS

Las rentas mensuales a indemnizar se realizarán al Beneficiario Irrevocable designado en el Certificado Individual, Consentimiento-Certificado Individual que es el Contratante de la póliza, la contratación de esta póliza es para garantizar el crédito, autorizado por el Contratante al Asegurado(s).

11. VIGENCIA, RENOVACIÓN Y REHABILITACIÓN

11.1 Vigencia

11.1.1 Vigencia de la Póliza: La vigencia de la póliza será de un año, desde la fecha que se estipula en la carátula de la póliza.

11.1.2. Vigencia del Certificado Individual o Consentimiento-Certificado Individual: Tendrá una vigencia anual renovable hasta el plazo que se otorgue el crédito, siempre y el grupo asegurado siga reuniendo los requisitos otorgados por la misma.

11.2. Renovación: La Aseguradora renovará esta póliza los Certificados Individuales, los Consentimientos-Certificados Individual de acuerdo a las condiciones pactadas, siempre que el grupo asegurado siga reuniendo los requisitos establecidos por la misma.

11.3 Rehabilitación: A efectos de esta póliza, no aplica la rehabilitación.

12. SUMA ASEGURADA

Es el número máximo de rentas mensuales estipulado en el Certificado Individual o Consentimiento-Certificado Individual.

Disminución de suma asegurada por Indemnización: Cada renta mensual pagada por la Aseguradora reducirá la suma asegurada, la reinstalación de suma asegurada es automática y ocurrirá al momento de la renovación.

13. RESTABLECIMIENTO DE CUOTAS:

El pago de las cuotas se restablecerá una vez el asegurado deudor se vincule laboralmente y posterior a su vinculación cumpla con un período de espera de 6 meses de estabilidad laboral con un mismo patrono.

14. INDISPUTABILIDAD

La cobertura de Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad será indisputable por omisión o inexacta declaración, inmediatamente después de haber cumplido dos años de vigencia o de la última renovación. Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurable, la indisputabilidad, será después de dos años contados desde la fecha en que respectivamente quedaron asegurados.

15. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

Toda omisión, reticencia, declaración falsa o inexacta por parte del Asegurado indicada en Consentimiento, 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.

16. LIMITES DE EDAD

Las edades para el ingreso a este seguro será mínima de dieciocho (18) años, máxima edad de ingreso: 70 años y la máxima de permanencia no podrá superar los setenta (75) años cumplidos; aplica para asegurado principal y asegurado(s) adicional(es).

17. MODIFICACIONES

Podrán realizarse modificaciones en la presente póliza, Consentimiento Individual o Consentimiento-Certificado individual previo acuerdo entre el Contratante y/o Asegurado y la Aseguradora. Dichas modificaciones deberán constar por escrito por medio de Anexo.

18. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O DEL BENEFICIARIO EN CASO DE SINIESTRO

Para acceder al beneficio de este seguro, El Asegurado 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 le informó del siniestro, debiendo indicar el monto de la cuota mensual del Asegurado, el saldo de capital, intereses y otros seguros y adjuntar fotocopia del estado de cuenta del crédito de los últimos tres (3) meses.

El Contratante y el Asegurado están obligados a suministrar a la Aseguradora, a requerimiento de esta, 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.

19. PAGO DEL RECLAMO

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente cubierto por esta póliza, ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual, Consentimiento-Certificado Individual, la Aseguradora indemnizará las cuotas del crédito aseguradas en la proporción que participe cada asegurado 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.

La indemnización será proporcional al porcentaje de participación de cada uno de los Asegurados del crédito, como se estipula en el Certificado Individual, Consentimiento-Certificado Individual.

Indemnización:

- **En los casos que participe Asegurado Principal:** Se indemnizará el 100% hasta por el número máximo de seis (6) cuotas mensuales para la cobertura de desempleo involuntario; para la cobertura de Desempleo por Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad se indemnizará de acuerdo a los días de Incapacidad del Asegurado y se liquidará a lo estipulado en la Tabla de clasificación de días en función del período de indemnización y hasta la suma asegurada máxima estipulada en el Certificado Individual ó Consentimiento-Certificado Individual.
- **Asegurado(s) Adicional(es):** La indemnización será proporcional al porcentaje de participación hasta por el número máximo de seis (6) cuotas mensuales para la cobertura de desempleo involuntario; para la cobertura de Desempleo por Incapacidad Temporal por Accidente o Enfermedad se indemnizará de acuerdo a los días de incapacidad del Asegurado y se liquidará a lo estipulado en la Tabla de clasificación de días en función del periodo de indemnización y hasta la suma asegurada máxima estipulada en el Certificado Individual, o Consentimiento-Certificado Individual.

20. 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.

21. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Tanto el Contratante como la Aseguradora pueden dar por terminado el contrato sin limitación alguna después del primer año del seguro, sin otro requisito que el de comunicar esta decisión, a la otra parte, mediante carta con quince (15) días de anticipación a la fecha de terminación correspondiente.

22. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DEL ASEGURADO

Las coberturas del Certificado Individual o Consentimiento-Certificado Individual finalizan:

- a. Cuando el asegurado haya alcanzado la edad máxima de acuerdo a lo establecido en los límites de edad de la cobertura.
- b. Al cancelar el crédito anticipadamente.
- c. Fallecimiento del Asegurado principal o adicional (es).
- d. Por falta de pago de prima de seguro.

23. PROCEDIMIENTO PARA LA RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

23.1 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.

23.2 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.

23.3 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.

24. NOTIFICACIONES

Toda notificación a la Aseguradora deberá efectuarse en las oficinas de esta ubicadas en la dirección que aparece en la carátula de póliza, el Certificado Individual o el Consentimiento ó Consentimiento-Certificado Individual, mientras que al Asegurado en la dirección que hubiere consignado en el Consentimiento ó 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.

25. MONEDA

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

26. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que 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 MA

MUERTE ACCIDENTAL

Seguro Colectivo de Desempleo Involuntario o Desempleo por Incapacidad Temporal por Enfermedad o accidente

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 cobertura de Muerte Accidental se otorgará a cada uno de los Asegurados indicados en el Consentimiento Individual o Consentimiento-Certificado Individual, de acuerdo a la suma asegurada indicada para cada uno de ellos. La Aseguradora pagará al (los) beneficiario(s) designado(s) la suma asegurada cuando el Asegurado Principal o los Asegurados adicionales sufran la muerte accidental, durante la vigencia del Consentimiento Individual o Consentimiento-Certificado Individual o cuando la muerte ocurra dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de haber sufrido el accidente.

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, tanto para el Asegurado Principal como para Asegurado(s) Adicional(es).

3. Exclusiones

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

- a. Suicidio, conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
- b. Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
- c. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.
- d. Lesiones corporales o la muerte causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.
- e. La participación del asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, carreras, contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia, velocidad, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, práctica de deportes riesgosos, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos pero no limitados a pesca en alta mar

- (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o ejercite como profesión el béisbol o el fútbol.
- f. Postración por calor e insolación.
 - g. Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
 - h. Cualquier enfermedad o dolencia corporal o mental como enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis que contribuya total o parcialmente a la muerte o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes cubiertos.
 - i. Accidentes como consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, desvanecimiento, sonambulismo.
 - j. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).

4. Procedimiento en caso de reclamación

4.1 Pago de reclamación

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento accidental ocurrido durante la vigencia del Consentimiento Certificado o Consentimiento-Certificado Individual la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente los beneficiario (s), designados por el Asegurado Principal o Asegurado(s) Adicional(es) o que tengan derecho a recibirla.

4.2 Prueba de muerte

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

5. Terminación de Cobertura

La cobertura de este Anexo finaliza de acuerdo a lo estipulado en el numeral 20 y 21 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.