SOLICITUD DE LA PÓLIZA "SEGURO ESTUDIANTE"

Seguro Colectivo de Gastos Médicos por Accidente y Vida

Tipo de Moneda: **Quetzales** ☐ **Dólares** ☐ **Otra Moneda:**_____

Nombre del Contratante: _____ NIT: _____

Dirección: _____ Teléfono:_____

Nombre del grupo asegurado:_____

Relación con el contratante:_____

Dirección:

_____

_____

COBERTURAS SOLICITADAS

COBERTURA	ESTUDIANTE, PADRES Y/O TUTOR	SUMA ASEGURADA

Vigencia: Desde _____ Hasta _____

Opciones de Pago:

Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ **Mensual** ☐

Contributiva ☐ _____ % No Contributiva ☐

_____ Fecha

_____ Firma Contratante

Texto Registrado en la Superintendencia de Bancos, según Resolución No. del

CONSENTIMIENTO-CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA "SEGURO ESTUDIANTE"

Seguro Colectivo de Gastos Médicos por Accidente y Vida

ESTE CONTRATO INCLUYE UN ACUERDO DE ARBITRAJE

PÓLIZA No. _____ Consentimiento-Certificado Individual No. _____

Vigencia del Seguro: Fecha de Inicio:_____ Fecha de Terminación:_____

CONTRATANTE: _____
Código de Agencia: _____ **Iniciales del Empleado:**_____

Me adhiero a la solicitud de seguro para ser incluido como asegurado en la Póliza del Seguro Colectivo de Gastos Médicos por Accidente y Vida, para lo cual suministro los siguientes datos personales:

1. Nombres y Apellidos del Estudiante: _____
2. Fecha de nacimiento del Estudiante: _____ 3. Edad del Estudiante:_____
4. Nombres y Apellidos del (padre, madre o tutor legal):

_____

5. D.P.I. (padre, madre o tutor legal)_____ 6. Estado Civil_____
7. Fecha de nacimiento: _____ 8. Edad: _____años. 9. Sexo M_____ F_____
10. Ocupación_____ 11. Teléfono casa y oficina: _____
12. Dirección: _____
13. Municipio: _____ 14. Departamento _____
15. Fecha de ingreso al seguro_____
16. Facturar a: _____ 17. N.I.T:_____

PROGRAMA DE BENEFICIOS PARA EL ESTUDIANTE, PADRES O TUTOR LEGAL

ASEGURADO	COBERTURA OTORGADA	NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO	SUMA ASEGURADA	PRIMA ANUAL

ANEXOS- COBERTURAS ADICIONALES PARA EL ESTUDIANTE, PADRES O TUTOR LEGAL

ASEGURADO	COBERTURA OTORGADA	NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO	SUMA ASEGURADA	PRIMA ANUAL

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (padre, madre o tutor legal)

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	D.P.I.	%

En caso ocurriere el fallecimiento de algún beneficiario antes que el del (padre, madre o tutor legal), la parte correspondiente a dicho beneficiario se distribuirá entre los restantes.

DECLARACIÓN DE SALUD DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

A. Padece alguna enfermedad actualmente	NO	☐	SÍ	☐
B. En los últimos doce meses ha estado bajo tratamiento médico	NO	☐	SÍ	☐
C. Tiene alguna incapacidad física para el desempeño normal de su trabajo	NO	☐	SÍ	☐

En caso afirmativo de alguna de las preguntas anteriores, indique padecimiento, nombre y dirección del médico o la clase de incapacidad:_____

_____

Declaro que me encuentro en buen estado de salud y que no padezco ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, cáncer o SIDA. También declaro que mi habilidad física no se encuentra limitada y no padezco de paraplejia, cuadraplejia, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, hepatitis, cirrosis, apoplejía, vértigo o enfermedades mentales y reconozco que de padecer alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, durante los dos primeros años de vigencia no tendré derecho a ningún beneficio descrito en el Programa de Beneficios, de este certificado, quedando como única obligación de la Compañía la devolución de primas.

Autorizo a los médicos y hospitales que me han atendido a suministrar a la Compañía los datos que posean de mi estado de salud. Aseguradora Rural, S. A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se comprobare que esta declaración no corresponde a la verdad.

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. El incumplimiento 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 incumplimiento del pago de la prima cuando transcurridos treinta (30) días de finalizado cada periodo mensual, trimestral o anual amparado, no hubiere sido pagada la prima de seguro correspondiente al siguiente periodo.

COMO ASEGURADO DE LA PÓLIZA COLECTIVA INDICADA ANTERIORMENTE AUTORIZO AL CONTRATANTE PARA QUE SE HAGA EL CARGO A MI CUENTA _____ POR EL IMPORTE DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE AL PLAN DE SEGURO Y LA PERIODICIDAD DE PAGO SELECCIONADOS.

DEPÓSITOS MONETARIOS ☐ DEPÓSITOS DE AHORRO ☐ TARJETA DE CRÉDITO ☐

Se firma el presente Consentimiento-Certificado Individual en _____a los _____días del mes de _____ de _____.

Nombre del Cuentahabiente o Tarjetahabiente (si es diferente al Asegurado):

_____

_____	_____	_____
Aseguradora Rural S. A.	Asegurado (Padre, Madre o Tutor Legal)	Cuentahabiente o tarjetahabiente
	DPI:_____	DPI:_____

CARÁTULA DE LA PÓLIZA "SEGURO ESTUDIANTE"

Seguro Colectivo de Gastos Médicos por Accidente y Vida

ESTE CONTRATO INCLUYE UN ACUERDO DE ARBITRAJE

Intermediario de Seguros:

Contratante

Nombre:
Dirección:
Número de Teléfono:
Actividad: Grupo Asegurado:
Forma de Pago:
Moneda: NIT:

Coberturas Amparadas, Suma Asegurada y Asegurado

Prima	**Periodicidad pago de la prima**
Moneda	

Contributiva ☐ % No Contributiva ☐

Plazo de Vigencia del Contrato

Inicio	Terminación
D M A	D M A

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.

En testimonio de lo cual ASEGURADORA RURAL, S.A. firma la presente Póliza en la Ciudad de Guatemala, el de del

ASEGURADORA RURAL, S.A.

Firma Autorizada

Texto Registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. del

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA "SEGURO ESTUDIANTE"

Seguro Colectivo de Gastos Médicos por Accidente y Vida

A. CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

1. CONTRATO

La Solicitud, la Carátula de la Póliza, el Consentimiento-Certificado Individual, las Condiciones Generales, el Registro de Asegurados y cualquier anexo que se adhiera a la Póliza forman parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S. A. en adelante La Compañía. El Contratante y el Asegurado .

El Contratante, al recibir esta Póliza, debe cerciorarse que concuerde con la solicitud presentada a La Compañía.

2. ESTIPULACIÓN LEGAL

El Contratante al recibir la póliza y el Asegurado, al recibir el Consentimiento-Certificado Individual debe cerciorarse que concuerde con lo solicitado a la Compañía, 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".***

Se conviene que esta Póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República de Guatemala.

3. OBJETO DEL SEGURO

Mediante este seguro la Compañía se compromete a cubrir los riesgos mencionados en estas condiciones generales y anexos, y a indemnizar al (o los) beneficiario (s) o al Asegurado 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 y en la Carátula de la Póliza.

4. DEFINICIONES

Asegurado. Es la persona que a solicitud del Contratante ha quedado amparada bajo esta Póliza.

Se considera Asegurado:

Para las coberturas aplicables al estudiante: el estudiante, según se indique en la Carátula de la Póliza.

Para las coberturas aplicables al padre, madre o tutor legal del estudiante, según se indique en la Carátula de la Póliza.

Contratante. Es aquella persona jurídica o individual que contrata la Póliza siendo responsable ante La Compañía de recaudar la prima del seguro en su totalidad.
Beneficiario. Aquella persona que por designación del Asegurado tiene derecho a recibir las Sumas Aseguradas o su proporción correspondiente.
Edad. Es la edad alcanzada efectivamente por cada Asegurado, que sirve para determinar la prima anual inicial o de renovación de las coberturas de esta Póliza.
Estudiante. Aquella persona que mediante la documentación pertinente acredite estar cursando estudios y no perciba ingresos derivados de un contrato de trabajo o por honorarios.
Enfermedad Pre-existente. Es aquella cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura, independientemente de que la persona haya o no tenido conocimiento del diagnóstico, y/o que exista un diagnóstico médico previo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido.
Período de Gracia. Lapso de treinta (30) días corridos que tiene El Contratante para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas.
Durante este periodo, la cobertura de la Póliza o del Consentimiento-Certificado Individual está en pleno vigor.
Prima Total. La prima total es igual a la suma de las primas individuales de todos los Asegurados.
Vigencia. Es el período de tiempo previsto en la Póliza durante el cual surten efectos las coberturas. Dicho período comienza a las cero horas del día de inicio y termina a las 24 horas del día de finalización de la vigencia de la Póliza. Los Consentimientos-Certificados Individuales, podrán tener una fecha de inicio diferente al de la Póliza.

5. EL CONTRATANTE Y SUS OBLIGACIONES

El Contratante es la persona jurídica o individual, capaz de celebrar la contratación de la Póliza. La solicitud que ha servido de base para expedir la presente Póliza, ha sido suscrita por El Contratante. Son obligaciones del Contratante:

a) Recaudar y pagar en las oficinas centrales de La Compañía, la prima de la Póliza.
b) Informar por escrito a La Compañía, adjuntando los documentos del caso en cuanto a:
    1. Nuevos ingresos al grupo, con su respectivo Consentimiento-Certificado Individual.
    2. Separaciones definitivas del grupo.
    3. Cualquier situación de los asegurados que afecte alguna de las cláusulas de la Póliza.
    4. Propuesta de modificación de las sumas aseguradas, a reserva de lo que La Compañía decida al respecto.
    5. La terminación de su calidad como Contratante.
c) Dar a conocer a las personas que se aseguren, la necesidad de declarar exactamente la edad.
d) No efectuar cargos adicionales al Asegurado sobre la prima fijada por la Compañía.
e) Entregar los consentimientos certificados a los asegurados

El Contratante que concluya sus obligaciones para con el Grupo Asegurado, debe notificarlo por escrito a La Compañía, en un término que no exceda de ocho (8) días, desde la fecha en que finalizaron sus obligaciones. La Compañía 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 calendario después de haber sido notificada la rescisión al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará al Contratante, la parte proporcional de la prima pagada que pudiera resultar no devengada.

6. PAGO DE PRIMAS Y PERÍODO DE GRACIA DEL CONTRATO DE SEGURO

La prima es la retribución o precio del seguro y conforme la ley deberá pagarse por El Contratante en el momento de la celebración del contrato, salvo pacto en contrario.
Si El Contratante y La Compañía acuerdan pagos fraccionados de la prima, los pagos vencerán en la fecha estipulada. El Contratante 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 pactadas.
Es y queda convenida la condición resolutoria expresa, que si El Contratante deja de pagar la prima al vencer el período de gracia, la cobertura del contrato de seguro quedará sin ningún efecto ni validez legal desde el día de vencimiento de la prima no pagada sin necesidad de declaratoria judicial, ni de emisión de anexo de cancelación y La Compañía queda relevada de cualquier responsabilidad, de conformidad con lo previsto en los artículos 1278 y 1581 del Código Civil.

7. INGRESOS Y SEPARACIONES DEL GRUPO ASEGURADO

a) ALTAS DE ASEGURADOS. Los estudiantes, padres o tutores legales que cumplan los límites de edad establecidos por La Compañía, podrán ingresar al Grupo Asegurado con posterioridad a las fechas de emisión o renovación de esta Póliza, siempre que mantengan relación con el Contratante. En este caso, la vigencia del seguro iniciará en la fecha que indique el Consentimiento-Certificado Individual. La Compañía cobrará al Contratante la parte de la prima que corresponda al tiempo que falte para concluir el período asegurado. La Prima por cada Asegurado, se determinará tomando en cuenta los días completos, a partir del día siguiente al que causó alta.

b) BAJAS DE ASEGURADOS. Los estudiantes, padres o tutores legales que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejan de estar amparados 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 Compañía. En este caso, la parte de la prima que resulte no devengada, será restituida al Contratante por La Compañía, para ser entregada al Asegurado, si procediere. 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 Compañía la prima correspondiente al día durante el cual suceda la baja.

8. BENEFICIARIOS

Para la cobertura de Vida, el Asegurado, padre, madre o tutor legal, 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, excepto en el caso de beneficiarios irrevocables, 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.

9. EXTINCIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Compañía 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

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

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

a) Rendir con exactitud y veracidad cualquier declaración requerida por La Compañía de manera que pueda comprobarse el derecho a un beneficio con respecto a las coberturas, y
b) Suministrar cualquier documentación que La Compañía pueda requerir para su comprobación.

11. VIGENCIA Y RENOVACIÓN

La Compañía asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o del Consentimiento-Certificado Individual y termina en la fecha fin de Vigencia de la póliza..

Al finalizar el plazo de vigencia podrán ser renovados automáticamente por La Compañía conforme a 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. REHABILITACIÓN

En caso de falta de pago de la prima convenida, la aceptación posterior de una prima por La Compañía o por cualquiera de sus intermediarios de seguros debidamente autorizados, previo análisis, clasificación y aceptación del riesgo por parte de La Compañía, se rehabilitará la cobertura.

13. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE LAS PARTES

Cualquier diferencia que pudiera surgir, agotada la vía conciliatoria, se resolverá, a elección del asegurado acudiendo a los tribunales competentes del Departamento de Guatemala o por

medio de un procedimiento arbitral, de conformidad con la Ley de Arbitraje y el Reglamento de Arbitraje del Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Guatemala, CENAC, observándose las siguientes reglas:

Si el conflicto se fundase en la aplicación, interpretación y/o el cumplimiento del contrato, el asunto será sometido a Arbitraje de Derecho y si es en relación con la prestación del servicio médico, será sometido a Arbitraje de Equidad.

14. AVISOS Y NOTIFICACIONES

Toda notificación a la Compañía deberá efectuarse en las oficinas de esta ubicadas en la dirección que aparece en la Carátula de la Póliza, mientras que al asegurado en la dirección que hubiere consignado en el Consentimiento – Certificado Individual y al Contratante a la dirección indicada en la Carátula de la Póliza, 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.

15. MODIFICACIONES

Toda solicitud de modificación deberá hacerse por escrito a La Compañía. En consecuencia, los intermediarios de seguros o cualquier otra persona no autorizada especificamente por la Compañía, carecen de facultad para hacer modificaciones o concesiones a las condiciones de la póliza.

16. DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

Toda omisión, reticencia, declaración falsa o inexacta por parte del Asegurado en el Consentimiento-Certificado Individual 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 del mismo, dará lugar a la terminación o disminución de la suma asegurada del contrato conforme a lo estipulado en el Código de Comercio de Guatemala.

17. 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.

18. 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.

B. COBERTURAS

1. RIESGOS CUBIERTOS

Mediante la presente Póliza la Compañía garantiza al Asegurado o Beneficiario (s), según sea el caso, la indemnización indicada en el Consentimiento-Certificado Individual por las siguientes coberturas:

a. Coberturas aplicables al Estudiante
b. Coberturas aplicables al padre o madre o tutor legal.

2. COBERTURAS Y CONDICIONES APLICABLES AL ESTUDIANTE

Para estas coberturas el Asegurado es el Estudiante:

2.1. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

La Compañía pagará al Asegurado o al padre, madre o tutor legal, si este no tiene capacidad legal, hasta el monto máximo estipulado en el Consentimiento-Certificado Individual, los gastos médicos y hospitalarios razonables y acostumbrados en que efectivamente el Asegurado incurra a consecuencia de un accidente amparado, siempre que estos sean provenientes de: hospitalización; asistencia médica, asistencia quirúrgica, servicios de enfermería, ambulancia y gastos de hospitalización.

2.1.1 Definiciones:

Para todos los efectos de esta Póliza se entiende por:

a) 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. ..

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

2.1.2. Límite Geográfico:

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

2.1.3. Exclusiones para esta cobertura:

No quedarán amparados por esta cobertura los siguientes tratamientos y/o gastos médicos:

a) Tratamientos fisioterapéuticos.
b) A consecuencia de accidentes y/o enfermedades Pre-Existentes.
c) A consecuencia de cualquier enfermedad.
d) Preñez, parto, aborto o intento del mismo, o cualquier enfermedad o dolencia de los órganos reproductores de la mujer y/o el hombre.
e) Anomalías congénitas y las afecciones que sobrevengan o resulten en relación con las mismas.
f) La participación del Asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente y práctica de deportes riesgosos, entendiendo por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
g) Cirugía plástica o cosmética excepto como consecuencia de un accidente.

2.1.4. Terminación de la Cobertura:

La cobertura del Consentimiento-Certificado Individual finaliza:

a) Al final de la fecha de vigencia, una vez que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de contratación de acuerdo a lo establecido a los límites de edad de esta cobertura.
b) Al finalizar el plazo de la Póliza.
c) Al efectuar el pago total de la Suma Asegurada correspondiente por esta cobertura
d) A solicitud del asegurado. En este caso será devuelta la prima no devengada.

2.1.5 Límites de Edad:

Las edades de contratación y renovación serán desde los 0 años hasta los 23 años de edad.

2.1.6 Procedimiento en caso de reclamación:

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

Reembolso de Gastos Médicos
La Compañía reembolsará los gastos de curación en que incurriere el Estudiante por concepto de: asistencia médica, asistencia quirúrgica, servicios de enfermería, ambulancia, gastos de hospitalización a causa de un accidente cubierto por el contrato de seguro, hasta por la suma asegurada para este concepto. Los gastos de curación absorbidos a cargo de instituciones estatales, no serán indemnizados por este contrato, en caso que el asegurado fuere atendido por dichas instituciones. Si el Asegurado hubiere suscrito otros seguros con la cobertura de

gastos de curación, La Compañía pagará en caso de reembolso de gastos, la parte proporcional que le corresponda de acuerdo a la suma asegurada por este concepto.
Será condición necesaria para proceder al reembolso, la presentación por parte del Asegurado o los padres o el tutor legal, según corresponda, de las facturas originales comprobatorias de los gastos efectuados. En este caso el Asegurado sólo tendrá derecho a los gastos realmente incurridos por él.

2.2. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

La Compañía pagará al Asegurado o al padre, madre o tutor legal si este no tiene capacidad legal, una renta diaria fija por cada día que el Asegurado permanezca internado en una Clínica u Hospital, debidamente autorizado, como consecuencia de Enfermedad o Accidente cubierto por la presente póliza.

2.2.1 Período de Cobertura:

El período máximo por el cual se reconocerá la renta no excederá de cuarenta y cinco (45) días por año y será pagado a partir del tercer día de internación, es decir, la Compañía no efectuará desembolso alguno si la internación es igual o menor a dos (2) días.

2.2.2 Límite Geográfico:

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

2.2.3 Exclusiones para esta cobertura:

No quedarán amparados por esta cobertura, la hospitalización a consecuencia de:

a) Preñez, parto, aborto o intento del mismo, o cualquier enfermedad o dolencia de los órganos reproductores de la mujer y del hombre.
b) Exámenes físicos de rutina o cualesquiera otros, donde no haya indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal y diagnósticos de laboratorio o exámenes de rayos X, excepto los que se originen por la atención de un médico.
c) Cirugía plástica o cosmética, excepto como consecuencia de un accidente.
d) Anomalías congénitas y las afecciones que sobrevengan o resulten en relación con las mismas.
e) Cualquier desorden mental o nervioso.
f) Cualquier accidente ocurrido antes de la fecha efectiva de esta cobertura o enfermedad contraída o que haya principiado antes de dicha fecha.

2.2.4 Terminación de la Cobertura:

La cobertura del Consentimiento-Certificado Individual finaliza:

a) Al final de la fecha de vigencia, una vez que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de contratación de acuerdo a lo establecido a los límites de edad de esta cobertura.
b) Al finalizar el plazo de la Póliza.
c) Al efectuar el pago total del número de días de cobertura.
d) A solicitud del Asegurado. En este caso será devuelta la prima no devengada.

2.2.5 Límites de Edad:

Las edades de contratación y renovación serán desde los 0 años hasta los 23 años de edad.

2.2.6 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, la constancia de los días de hospitalización, y cualquier otro documento que la Compañía considere oportuno solicitar para la comprobación de la reclamación.

3. COBERTURAS Y CONDICIONES APLICABLES A LOS PADRES O AL TUTOR LEGAL.

Para estas coberturas el Asegurado es el padre, madre o tutor legal del Estudiante.

3.1. VIDA

3.1.1 Cobertura:
La Compañía pagará al (los) beneficiarios de esta cobertura cuando el padre, madre o tutor legal, fallezca por enfermedad o accidente cubierto por la presente póliza.

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

3.1.3 Indisputabilidad:
Las omisiones o inexactas declaraciones del contratante del seguro o del asegurado, diferentes de las referentes a la edad del asegurado, dan derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de seguro, pero dicho derecho caduca si la póliza o el Consentimiento-Certificado Individual ha estado en vigor, en vida del asegurado, durante dos (2) años a partir de la fecha de su perfeccionamiento o de la última rehabilitación.

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

3.1.5 Edad:

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

Si se comprueba que la edad real de alguno de los miembros Asegurados, es mayor que la edad declarada, la Compañía pagará la Suma Asegurada correspondiente por la prima efectivamente pagada.

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

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

2. 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 al tiempo de la celebración del contrato.

3.1.6 Procedimiento en caso de reclamación:

Pago de la Reclamación

Al recibir la Compañía pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, mediante la presentación del certificado de defunción, partida de nacimiento del asegurado, DPI del beneficiario y aquella documentación adicional que la Compañía requiera, la Compañía indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que por su calidad de beneficiarios, tengan derecho a recibirla.

Prueba de Muerte

La Compañía 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 Compañía.

3.2. MUERTE Y/O DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL

3.2.1 Cobertura:

La Compañía pagará al (los) beneficiarios la suma asegurada cuando el Asegurado (padre, madre o tutor legal), sufra la muerte, en adición a la establecida en el numeral 3.1, o al

asegurado si sufre la pérdida de alguno de los miembros o de los sentidos descritos en la tabla que más adelante se detalla, siempre y cuando sea a consecuencia de un accidente del Asegurado, dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha de ocurrencia del accidente y durante la vigencia de la presente póliza.

Para efectos de esta cobertura se define como accidente a 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.

3.2.2 Tabla:
Comprobado el accidente, la Compañía indemnizará al Asegurado o beneficiarios, según corresponda, el porcentaje de la suma asegurada establecido en la siguiente tabla:

100 %	Pérdida de la vida
100 %	En caso de pérdida total de la visión de ambos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;
50 %	Por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano, o de un pie, o por la sordera completa de ambos oídos, o por la pérdida del habla;
50 %	Por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;
35 %	Por la pérdida total de la visión de un ojo;
25 %	Por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;
20 %	Por la pérdida total del pulgar de una mano;
15 %	Por la sordera total completa de un oído;
5 %	Por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;
3 %	Por la pérdida total de un dedo del pie.

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

3.2.3. Pago:
Cualquier pago que la Compañía haya hecho por la pérdida de alguno de los miembros o de los sentidos detallados en la tabla anterior, se considerará como adelanto a la suma asegurada para esta cobertura y se deducirá de la misma.

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

3.2.5. 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) Hallarse practicando un arresto como representante de la ley.
b) Postración por calor o insolación.
c) Certámenes de velocidad sobre ruedas.
d) Participación en cualquier delito.
e) Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
f) Cualquier enfermedad.
g) Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).

3.2.6 Procedimiento en caso de reclamación:
Pago de la Reclamación
Al recibir la Compañía pruebas fehacientes del fallecimiento o pérdida de algunos de los miembros o de los sentidos descritos en la Tabla indicada en el numeral 3.2.2, ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, mediante la presentación de la documentación solicitada por la Compañía en función al tipo de reclamación, la Compañía indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que por su calidad de beneficiarios, tengan derecho a recibirla.

Prueba de Muerte
La Compañía 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 Compañía.

3.3. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

3.3.1 Cobertura:

La Compañía pagará al Asegurado (padre, madre o tutor legal), cuando éste sufra una incapacidad total y permanente, siempre que su origen se haya producido a consecuencia de un accidente, dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha de ocurrencia del accidente y durante la vigencia de la presente póliza y del Consentimiento-Certificado Individual.

Para efectos de esta cobertura se define como accidente a 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.

3.3.2 Definición de Incapacidad Total y Permanente:

Se entiende por incapacidad total y permanente el estado de salud por el cual la persona asegurada se encuentre ininterrumpidamente impedida e inhabilitada, en forma absoluta, por un período continuo de ciento ochenta (180) días calendario, acorde con su capacidad, fuerza y formación teórica y práctica, para llevar a cabo cualquier ocupación o actividad lucrativa, como resultados de lesiones corporales.

3.3.3 Pago:

La indemnización se efectúa mediante un solo pago, luego de transcurridos ciento ochenta (180) días calendario de incapacidad total y permanente, certificada por el Asesor Médico de la Compañía.

3.3.4 Límites de Admisión:

Las edades de contratación serán, desde los 18 años hasta los 60 años de edad, pudiéndose renovar hasta los 65 años.

3.3.5 Exclusiones:

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

a) Postración por calor o insolación.
b) Certámenes de velocidad sobre ruedas.
c) Participación en la acción de cualquier delito.
d) Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente)

e) Cualquier enfermedad.
f) Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).

3.3.6 Procedimiento en caso de reclamación:

Pago de la Reclamación

Al recibir la Compañía pruebas fehacientes de la incapacidad del Asegurado ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, mediante la presentación de las pruebas fehacientes de la incapacidad a la Compañía indemnizará la suma asegurada al Asegurado.

C. EXCLUSIONES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS Y ANEXOS

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:

a) Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas (medie o no declaración de guerra), guerra civil, golpe militar, insurrección, rebelión, revolución, poder militar o usurpación de poder, ley marcial, amotinamiento o disturbio o conmoción civil, alboroto popular, o levantamiento.
b) Actos de terrorismo o acciones tomando el control del mismo, previniéndolo, reprimiéndolo o de alguna manera relacionada con cualquier acto de terrorismo.
c) Vuelos no regulares. Se considerarán vuelos regulares, los vuelos que cumplan con cada una de las siguientes condiciones:
    a. El vuelo debe estar programado para despegar y aterrizar en aeropuertos con código IATA.
    b. Todos los miembros de la tripulación deberán tener las licencias válidas y vigentes para el vuelo.
    c. El vuelo deberá estar programado para una ruta de pasajeros establecida de acuerdo con un programa de vuelos publicado.

Ninguna cobertura y Anexo, a excepción de la cobertura de vida al padre, madre o tutor legal, será pagadera en relación con esta Póliza si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionada o agravada como resultado de cualquiera de las siguientes causas:

a) Suicidio o conato de suicidio, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
b) Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo efectos alcohólicos o de cualquier droga.
c) Lesiones corporales o la muerte causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.
d) La participación del asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa o

imprudente y práctica de deportes riesgosos, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.

e) Lesiones corporales o la muerte causadas por riña, peleas, asaltos o actos ilícitos.
f) Lesiones causadas por el asegurado voluntariamente a sí mismo.

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.

Texto Registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. del

ASEGURADORA RURAL, S.A.
PÓLIZA " SEGURO ESTUDIANTE"
Seguro Colectivo de Gastos Médicos por Accidente y Vida
REGISTRO DE ASEGURADOS

PÓLIZA No. _____
GRUPO ASEGURADO: _____
VEGENCIA DEL _____ AL _____

No. Correlativo	CERTIFICADO No.	APELLIDOS	NOMBRES	ESTUDIANTE, PADRE, MADRE O TUTOR	EDAD	FECHA DE INGRESO	COBERTURA	SUMA ASEGURADA	PRIMA ANUAL
				TOTALES				Q.	Q.
				PROMEDIO				Q.	Q.

Texto Registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No del

PÓLIZA "SEGURO ESTUDIANTE"

Seguro Colectivo de Gastos Médicos por Accidente y Vida

ANEXO I
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS DEL ESTUDIANTE POR ENFERMEDAD

Para Anexar a la Póliza No. _____

Para Anexar al Consentimiento-Certificado Individual No. _____

Vigencia
Desde: _____ **Hasta:**_____

Suma
Asegurada: _____

Asegurado: Estudiante indicado en el Consentimiento-Certificado Individual.

El presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que apliquen a la Póliza de Seguro Colectivo arriba identificada. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL ANEXO
El presente Anexo tiene como objeto el pago al Asegurado o al padre, madre o tutor legal del estudiante, si este no tiene la capacidad legal, de los gastos médicos derivados del tratamiento de una enfermedad abajo indicada, de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza y las condiciones establecidas en el presente Anexo.

CLÁUSULA 2. BENEFICIOS DEL ANEXO
Si durante la vigencia de la póliza, al Asegurado se le llegare a diagnosticar por primera vez alguna de las enfermedades que se detallan más adelante, la Compañía pagará hasta el límite de suma asegurada indicada por este anexo, los gastos médicos derivados del tratamiento de la misma, siempre y cuando sea adquirida después de treinta (30) días de haber ingresado como asegurado a la póliza, con sujeción a las especificaciones y límites señalados en el Consentimiento-Certificado Individual.

Las enfermedades cubiertas son:
A) Cáncer, B) Poliomielitis, C) Leucemia, D) Tétano, E) Escarlatina, F) Sida, G) Afección Renal Crónica, H) Infarto Agudo del Miocardio, I) Accidente Cerebro Vascular.

CLÁUSULA 3. DEFINICIONES
Para efectos de este Anexo se entiende:

A) Cáncer: Es la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas y la invasión del tejido. Esto incluye linfomas, y la enfermedad de Hodgkin, en cambio, no incluye todos los tumores de la piel, salvo que se trate de melanomas malignos y cáncer in situ no invasivo.

B) Poliomielitis: Enfermedad infecciosa aguda causada por un poliovirus que inflama y daña las células del sistema nervioso encargadas del control muscular. La lesión de la médula espinal, se caracteriza clínicamente por atrofia y parálisis irreversible de los músculos afectados, generando contracción y deformidad permanente.

C) Leucemia: Enfermedad tumoral aguda o crónica caracterizada por la reproducción incontrolada de células sanguíneas inmaduras (blastos) en la médula ósea, y que proliferan y acumulan en la sangre, ganglios linfáticos o bazo. La proliferación de glóbulos blancos inmaduros reemplaza las otras células sanguíneas normales, causando anemia, cansancio físico, sangrados espontáneos, manchas en la piel (petequias) e infecciones por virus o bacterias.

D) Tétano: Infección aguda producida por una bacteria (clostridium tetani) que genera una toxina que irrita el sistema nervioso. Esta infección tetánica se desarrolla después de estar expuesto a la bacteria por una lesión de piel, quemadura o punción. Se caracteriza por contracciones musculares dolorosas en los músculos de la cara, cuello y tronco. La rigidez muscular es progresiva causando espasmos generalizados, convulsiones y la muerte en algunos casos.

E) Escarlatina: Enfermedad infectocontagiosa aguda, producida por bacterias estreptocócicas que colonizan la garganta. Se caracteriza típicamente por fiebre alta, escalofríos, dolor de garganta, vómitos, malestar general y erupción puntiforme de la piel en forma de salpullido, que aparece inicialmente en el cuello y en el tórax y luego se generaliza por todo el cuerpo. De la misma forma, la lengua se torna enrojecida y los pliegues axilares y de la ingle toman una coloración roja intensa. El diagnóstico clínico deberá ser claro y confirmado con la presencia de la bacteria en la faringe.

F) Afección Renal Crónica: Es el estado final de una enfermedad renal, con falla total, crónica e irreversible de la función de ambos riñones.

G) Infarto Agudo del Miocardio: Es la primera ocurrencia de un infarto cardiaco, que consiste en la muerte o necrosis de una parte del músculo cardiaco (Miocardio), como resultado de la interrupción abrupta del flujo sanguíneo adecuado a esa área.

H) Accidente Cerebro Vascular: Es cualquier accidente vascular cerebral que produzca déficit neurológico permanente.

CLÁUSULA 4. PAGO DE BENEFICIOS

La Compañía reembolsará los gastos médicos cubiertos por este Anexo, siempre que presente las pruebas entre las que pueden mencionarse facturas, exámenes, diagnósticos y recetas, por las enfermedades que sufra el Asegurado durante la vigencia y siempre que la edad del asegurado esté comprendida dentro de los límites de edad y hasta el límite de la suma asegurada indicada en el Consentimiento-Certificado Individual y del presente Anexo.

CLÁUSULA 5. EXCLUSIONES.

Las exclusiones aplicables son las indicadas en las Condiciones Generales de la Póliza.

Adicionalmente, quedan excluidos de esta cobertura los gastos médicos por enfermedades a consecuencia de Accidentes y/o Enfermedades Pre-Existentes.

CLÁUSULA 6. LÍMITES DE EDAD.

Las edades de contratación y renovación de este Anexo serán desde los 0 años hasta los 23 años de edad.

Texto Registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. del

PÓLIZA "SEGURO ESTUDIANTE"

Seguro Colectivo de Gastos Médicos por Accidente y Vida

ANEXO II
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS DEL ESTUDIANTE POR ENFERMEDAD TROPICAL

Para Anexar a la Póliza No. _____

Para Anexar al Consentimiento-Certificado Individual No. _____

Vigencia
Desde: _____ **Hasta:** _____ **Suma Asegurada:** _____

Asegurado: Estudiante indicado en el Consentimiento-Certificado Individual.

El presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que apliquen a la Póliza de Seguro Colectivo arriba identificada. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL ANEXO
El presente Anexo tiene como objeto el pago al Asegurado o al padre, madre o tutor legal del estudiante, si este no tiene la capacidad legal, de los gastos médicos derivados de una enfermedad abajo indicada, de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza y las condiciones establecidas en el presente Anexo.

CLÁUSULA 2. BENEFICIOS DEL ANEXO
Si durante la vigencia de la póliza, al asegurado se le llegare a diagnosticar por primera vez alguna de las enfermedades que se detallan más adelante, la Compañía pagará hasta el límite de suma asegurada indicada por este anexo, los gastos médicos derivados del tratamiento de la misma, siempre y cuando sea adquirida después de treinta (30) días de haber ingresado como Asegurado a la póliza, con sujeción a las especificaciones y límites señalados en el Consentimiento-Certificado Individual.

Las enfermedades cubiertas son:
A) Dengue, B) Fiebre Amarilla o Vómito Negro, C) Leishmaniasis, D) Lepra, E) Tuberculosis, F) Cólera, G) Pénfigo

CLÁUSULA 3. DEFINICIONES
Para efectos de este Anexo se entiende:

A) Dengue: Enfermedad febril, epidémica y contagiosa, que se manifiesta por dolores de los miembros y un exantema semejante al de la escarlatina.

B) Fiebre Amarilla o Vómito Negro (también llamada la Plaga Americana): Es una enfermedad viral aguda e infecciosa causada por "el virus de la fiebre amarilla", que pertenece a la familia de los Flaviviridae, y del género Flavivirus amaril. Lo amarillo de la enfermedad se refiere a los signos de ictericia que afectan a algunos pacientes.

C) Leishmaniasis: Enfermedad zoonótica causada por un protozoo del género Leishmania y transmitido por la picadura de moscas del género Phlebotomus. Las manifestaciones clínicas de la enfermedad van, desde úlceras cutáneas que cicatrizan espontáneamente, hasta formas fatales en las cuales se presenta inflamación severa del hígado y del bazo.

D) Lepra: Enfermedad infecciosa, de nula transmisibilidad cuando está debidamente tratada, aunque los pacientes que no reciben tratamiento, o cuando éste es inadecuado, sí constituyen una fuente de contagio. Puede estar producida por la bacteria Mycobacterium leprae o por Mycobacterium lepromatosis.

E) Tuberculosis (abreviada TBC o TB): Es una infección bacteriana contagiosa que compromete principalmente los pulmones, pero puede propagarse a otros órganos. La especie de bacterias más importante y representativa causante de tuberculosis es Mycobacterium tuberculosis o bacilo de Koch, perteneciente al complejo Mycobacterium tuberculosis.

F) Cólera: Es una enfermedad aguda, diarreica, provocada por la bacteria Vibrio cholerae, la cual se manifiesta como una infección intestinal, caracterizada por diarrea acuosa profusa, vómitos y entumecimiento de las piernas.

G) Pénfigo: El término proviene del griego y significa ampollas. Por lo tanto, todas las erupciones ampollosas pueden entrar en éste término, ya que se ha conservado para indicar una enfermedad dermatológica, idiopática y, sobre todo, en base a un aspecto específico de alteración estructural microscópicamente reconocible.

CLÁUSULA 4. PAGO DE BENEFICIOS

Los gastos médicos cubiertos por este Anexo, se concederán si se presentan a la Compañía las pruebas, tales como facturas, recetas y exámenes médicos, de la enfermedad tropical que sufra el Asegurado durante la vigencia de este Anexo, y siempre que la edad del asegurado esté comprendida dentro de los límites de edad estipulados en este Anexo.

CLÁUSULA 5. EXCLUSIONES.

Las exclusiones aplicables son las indicadas en las Condiciones Generales de la Póliza.

Adicionalmente, quedan excluidos de esta cobertura los gastos médicos por enfermedades a consecuencia de Accidentes y/o Enfermedades Pre-Existentes.

CLÁUSULA 6. LÍMITES DE EDAD.
Las edades de contratación y renovación serán desde los 0 años hasta los 23 años de edad.

Texto Registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. del

PÓLIZA "SEGURO ESTUDIANTE"

Seguro Colectivo de Gastos Médicos por Accidente y Vida

ANEXO III
AUXILIO DE MATRICULA

Para Anexar a la Póliza No. _____

Para Anexar al Consentimiento-Certificado Individual No. _____

Vigencia **Suma**
Desde: _____ **Hasta:**_____ **Asegurada:** _____

Asegurado: Estudiante indicado en el Consentimiento-Certificado Individual.

El presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que apliquen a la Póliza de Seguro Colectivo arriba identificada. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL ANEXO
El presente Anexo tiene como objeto el pago al asegurado o al padre, madre o tutor legal, si este no tiene la capacidad legal, de la suma asegurada derivado de una incapacidad temporal y total que sufra el asegurado estudiante, de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza y las condiciones establecidas en el presente Anexo.

CLÁUSULA 2. BENEFICIOS DEL ANEXO
Si durante la vigencia de la póliza, el estudiante asegurado sufre un accidente amparado por la Póliza que lo incapacite de forma temporal y total por un periodo igual o superior a noventa (90) días calendario, que le impida durante ese tiempo la asistencia a sus actividades académicas, la Compañía pagará, presentando la certificación médica correspondiente, la suma asegurada por esta cobertura como Auxilio de Matrícula para el siguiente período académico.

CLÁUSULA 3. DEFINICIONES
Para efectos de este Anexo se entiende:

A) Incapacidad Temporal: Es aquella que por causa de un accidente impide al Asegurado ejercer sus actividades habituales de forma temporal y requiere de asistencia médica.

B) Incapacidad Total: Cuando el Asegurado a causa de un accidente cubierto, durante los siguientes noventa (90) días calendario, presente lesiones orgánicas o alteraciones funcionales que le impidan desempeñar tres o más actividades básicas de la vida diaria como:

- Aseo Personal: Capacidad para lavarse en el baño o la ducha (incluyendo la entrada y la salida de la misma) o de realizar su aseo personal por sí mismo.

- Vestirse: Capacidad para ponerse, quitarse, atarse y desatarse todo tipo de prendas, así como aparatos ortopédicos de cualquier tipo, miembros artificiales y dispositivos quirúrgicos.

- Comer: Capacidad para ingerir por sí mismo los alimentos, una vez preparados.

- Control de esfínteres: Incluye el control completo del vaciado voluntario de la vejiga y del intestino.

- Movilidad: Capacidad para desplazarse en espacios interiores, de una habitación a otra en superficies planas.

- Traslados: Capacidad para desplazarse desde la cama hasta una silla recta o silla de ruedas y viceversa.

C) Matricula: la inscripción del establecimiento estudiantil del período siguiente hasta el límite de la suma asegurada indicada en este Anexo.

CLÁUSULA 4. PAGO DE BENEFICIOS

La indemnización contenida en este Anexo, se concederá si se presenta a la Compañía las pruebas, entre las que pueden mencionarse dictámenes de expertos, de la Incapacidad que sufra el Asegurado durante la vigencia de este Anexo, y siempre que la edad del asegurado esté comprendida dentro de los límites de edad estipulados en este Anexo.

CLÁUSULA 5. EXCLUSIONES.

Las exclusiones aplicables son las indicadas en las Condiciones Generales de la Póliza.

Adicionalmente, quedan excluidos de esta cobertura los gastos médicos por enfermedades a consecuencia de Accidentes y/o Enfermedades Pre-Existentes.

CLÁUSULA 6. LÍMITES DE EDAD.

Las edades de contratación y renovación serán desde los 0 años hasta los 23 años de edad.

PÓLIZA "SEGURO ESTUDIANTE"

Seguro Colectivo de Gastos Médicos por Accidente y Vida

ANEXO IV
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD NO PRE-EXISTENTE

Para Anexar a la Póliza No. _____

Para Anexar al Consentimiento-Certificado Individual No. _____

Vigencia **Suma**
Desde: _____ **Hasta:** _____ **Asegurada:** _____

Asegurado: Estudiante indicado en el Consentimiento-Certificado Individual.

El presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que apliquen a la Póliza de Seguro Colectivo arriba identificada. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL ANEXO
El presente Anexo tiene como objeto el pago de la suma asegurada al Asegurado o al padre, madre o tutor legal, si este no tiene capacidad legal, derivada de que el estudiante sufra de una incapacidad total y permanente por enfermedad no pre-existente, de acuerdo a las Condiciones Generales de la Póliza y a las condiciones establecidas en el presente Anexo.

CLÁUSULA 2. BENEFICIOS DEL ANEXO
Si durante la vigencia de la póliza, el Asegurado sufre una incapacidad total y permanente por una enfermedad no pre-existente que le impida la asistencia a sus actividades académicas, la Compañía pagará la suma asegurada por esta cobertura, una vez presente la certificación correspondiente.
La incapacidad deberá desarrollarse durante la vigencia del presente anexo.

El pago del beneficio será exigible una vez hayan transcurrido seis (6) meses, de forma ininterrumpida, desde la fecha de inicio de la incapacidad.

CLÁUSULA 3. DEFINICIONES
Para efectos de este Anexo se entiende por:
Incapacidad Total y Permanente: Cuando el Asegurado a consecuencia de una enfermedad no pre-existente, presente lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables que de por vida le impidan a la persona desempeñar tres o más actividades básicas de la vida diaria, tales como:

- Aseo Personal: Capacidad para lavarse en el baño o la ducha (incluyendo la entrada y la salida de la misma) o de realizar su aseo personal por sí mismo.

- Vestirse: Capacidad para ponerse, quitarse, atarse y desatarse todo tipo de prendas, así como aparatos ortopédicos de cualquier tipo, miembros artificiales y dispositivos quirúrgicos.

- Comer: Capacidad para ingerir por sí mismo los alimentos, una vez preparados.

- Control de esfínteres: Incluye el control completo del vaciado voluntario de la vejiga y del intestino.

- Movilidad: Capacidad para desplazarse en espacios interiores, de una habitación a otra en superficies planas.

- Traslados: Capacidad para desplazarse desde la cama hasta una silla recta o silla de ruedas y viceversa.

CLÁUSULA 4. PAGO DEL BENEFICIO

Las indemnización a que da lugar este Anexo, se concederá si se presentan a la Compañía las pruebas de la Incapacidad que sufra el estudiante asegurado durante la vigencia de este Anexo, y siempre que la edad del asegurado esté comprendida dentro de los límites de edad estipulados en este Anexo.

CLÁUSULA 5. EXCLUSIONES.

Las exclusiones aplicables son las indicadas en las Condiciones Generales de la Póliza.

Adicionalmente, quedan excluidos de esta cobertura los gastos médicos por enfermedades a consecuencia de Accidentes y/o Enfermedades Pre-Existentes.

CLÁUSULA 6. LÍMITES DE EDAD.

Las edades de contratación y renovación serán desde los 0 años hasta los 23 años de edad.

PÓLIZA "SEGURO ESTUDIANTE"

Seguro Colectivo de Gastos Médicos por Accidente y Vida

ANEXO V
INDEMNIZACIÓN EN RENTAS POR MUERTE ACCIDENTAL

Para Anexar a la Póliza No. _____

Para Anexar al Consentimiento-Certificado Individual No. _____

Vigencia
Desde: _____ **Hasta:**_____ **Suma Asegurada:** _____

Renta Mensual:_____ **Número de Meses:**_____

Asegurado: Padre, Madre o Tutor Legal indicado en el Consentimiento-Certificado Individual.

NOMBRE COMPLETO DE LOS BENEFICIARIOS	% DE LA RENTA

El presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que apliquen a la Póliza de Seguro Colectivo arriba identificada. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL ANEXO
El presente Anexo tiene como objeto el pago de una renta mensual por muerte accidental del padre o madre o tutor legal al beneficiario o beneficiarios del Asegurado, de conformidad con las Condiciones Generales de la Póliza así como las condiciones establecidas en el presente Anexo.

CLÁUSULA 2. PAGO DE BENEFICIOS
Al recibir la Compañía pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del Consentimiento-Certificado Individual, mediante la presentación del certificado de defunción, partida de nacimiento del asegurado y DPI del beneficiario, así como la demás documentación que la Compañía requiera; la Compañía pagará la renta mensual, hasta un máximo de suma asegurada y número de meses ambos arriba indicados, a la persona que ejerza la representación legal de los beneficiarios menores de edad.

CLÁUSULA 3. EXCLUSIONES
Las exclusiones aplicables son las indicadas en las Condiciones Generales de la Póliza.

Adicionalmente, quedan excluidos de esta cobertura los gastos médicos por enfermedades a consecuencia de Accidentes y/o Enfermedades Pre-Existentes.

CLÁUSULA 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.

Texto Registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. del

PÓLIZA "SEGURO ESTUDIANTE"

Seguro Colectivo de Gastos Médicos por Accidente y Vida

ANEXO VI
REHABILITACIÓN PSICOLÓGICA POR ACOSO ESCOLAR

Para Anexar a la Póliza No. _____

Para Anexar al Consentimiento-Certificado Individual No. _____

Vigencia
Desde: _____ **Hasta:**_____ **Suma Asegurada:** _____

Asegurado: Estudiante indicado en el Consentimiento-Certificado Individual.

El presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que apliquen a la Póliza de Seguro Colectivo arriba identificada. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL ANEXO
El presente Anexo tiene como objeto el pago al Asegurado o al padre, madre o tutor legal, si no tiene la capacidad legal, de la suma asegurada derivada del tratamiento psicológico a consecuencia de acoso escolar sufrido por el estudiante, de acuerdo a las Condiciones Generales de la Póliza y a las condiciones establecidas en el presente Anexo.

CLÁUSULA 2. BENEFICIOS DEL ANEXO
Si durante la vigencia de la póliza, el Asegurado incurriera en gastos por asistencia profesional de un médico psiquiatra o de un psicólogo, ambos debidamente autorizados para el ejercicio de la profesión, a consecuencia del acoso escolar, la Compañía cubrirá los gastos derivados del tratamiento de la misma, siempre y cuando dichos gastos sean efectuados después de noventa (90) días calendario de haber ingresado como Asegurado a la póliza, con la cobertura del presente Anexo y hasta la suma asegurada indicada arriba.

CLÁUSULA 3. DEFINICIÓN
Para efectos de este Anexo se entiende por

A) Acoso Escolar: A cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de forma reiterada a lo largo de un tiempo determinado en el establecimiento estudiantil.

CLÁUSULA 4. PAGO DE BENEFICIOS
Los gastos cubiertos por este Anexo, se pagaran si se presentan a la Compañía las pruebas, tales como facturas y exámenes, del tratamiento psicológico por un profesional debidamente autorizado para el ejercicio de la profesión, durante la

vigencia de este Anexo, y siempre que la edad del asegurado esté comprendida dentro de los límites de edad estipulados en este Anexo.

CLÁUSULA 5. EXCLUSIONES.
Las exclusiones aplicables son las indicadas en las Condiciones Generales de la Póliza.
Adicionalmente, quedan excluidos de esta cobertura los tratamientos por enfermedades mentales a consecuencia de Enfermedades Pre-Existentes.

CLÁUSULA 6. LÍMITES DE EDAD.
Las edades de contratación y renovación serán desde los 0 años hasta los 23 años de edad.

Texto Registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. del

PÓLIZA "SEGURO ESTUDIANTE"

Seguro Colectivo de Gastos Médicos por Accidente y Vida

ANEXO VII
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR RIESGO QUÍMICO

Para Anexar a la Póliza No. _____

Para Anexar al Consentimiento-Certificado Individual No. _____

Vigencia **Suma**
Desde: _____ **Hasta:**_____ **Asegurada:** _____

Asegurado: Estudiante indicado en el Consentimiento-Certificado Individual.

El presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que apliquen a la Póliza de Seguro Colectivo arriba identificada. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL ANEXO
El presente Anexo tiene como objeto el pago al Asegurado o al padre, madre o tutor legal del estudiante, si no tiene la capacidad legal, de los gastos médicos incurridos por el estudiante dentro del establecimiento estudiantil a consecuencia de los daños producidos por la exposición del Asegurado a un agente químico de acuerdo a las Condiciones Generales de la Póliza y las condiciones establecidas en el presente Anexo y hasta el límite de suma asegurada estipulada en este Anexo.

CLÁUSULA 2. BENEFICIOS DEL ANEXO
Si durante la vigencia de la póliza, el Asegurado incurriera en gastos de atención médica especializada por la exposición involuntaria del estudiante a agentes químicos los cuales le produzcan efectos agudos o crónicos, la Compañía cubrirá los gastos médicos derivados del tratamiento de la atención médica, siempre y cuando la exposición haya ocurrido después de treinta (30) días calendario de haber ingresado como Asegurado a la póliza.

CLÁUSULA 3. DEFINICIONES
Para efectos de este Anexo se entiende por

A) Agente Químico: Cualquier elemento o compuesto químico, por sí solo o mezclado, tal como se presenta en estado natural o producido, utilizado o vertido (incluido el vertido como residuo) en una actividad laboral.
B) Efecto Agudo: Grave y de corta duración.
C) Efecto Crónico: Grave y de larga duración.

CLÁUSULA 4. PAGO DE BENEFICIOS

Los gastos médicos cubiertos por este Anexo, se concederán si se presentan a la Compañía los resultados médicos que comprueben la exposición a agentes químicos que sufra el Asegurado durante la vigencia de este Anexo, y siempre que la edad del asegurado esté comprendida dentro de los límites de edad estipulados en este Anexo.

CLÁUSULA 5. EXCLUSIONES.

Las exclusiones aplicables son las indicadas en las Condiciones Generales de la Póliza.

Adicionalmente, queda excluido de esta cobertura los gastos médicos a consecuencia de Enfermedades Pre-Existentes y/o exposiciones pre-existentes.

CLÁUSULA 6. LÍMITES DE EDAD.

Las edades de contratación y renovación serán desde los 0 años hasta los 23 años de edad.

Texto Registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. del