Póliza No._____

PÓLIZA PARA COMERCIALIZAR EN FORMA MASIVA
SEGURO DE RENTA POR HOSPITALIZACIÓN

Nombre y Apellidos:		**Documento de Identificación:**
Fecha de Nacimiento:	**NIT:**	**Inicio de Vigencia:**
Dirección Domiciliar:	**Número de Teléfono y/o Celular:**	**Correo Electrónico:**

Suma Asegurada por Hospitalización		**Prima Anual de Seguro (de Contado)**	**Fracciona-miento**	**Prima Mensual de Seguro**	**Selección del Plan**	
Total (Máxima)	**Por Día**				**Anual**	**Mensual**
Q 27,000.00	Q 300.00	Q 214.96	Q 24.82	Q 19.95		
Q 36,000.00	Q 400.00	Q 321.99	Q 37.05	Q 29.95		
Q 54,000.00	Q 600.00	Q 429.98	Q 49.39	Q 39.95		
Q 72,000.00	Q 800.00	Q 484.21	Q 55.60	Q 44.95		

MEDIO DE PAGO:

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. CONTRATO: Esta póliza constituye el contrato entre el Asegurado y Seguros G&T, Sociedad Anónima (en adelante llamada la Compañía), por lo tanto le son aplicables las disposiciones contenidas en el Decreto Número 2-70 de El Congreso de la República de Guatemala Código de Comercio, relacionadas con el contrato de seguro.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES: Para efectos de esta Póliza las definiciones que prevalecen serán las siguientes:

1. **Hospitalización (Reclusión)**: Es la reclusión de una persona registrada como paciente en un hospital que haga uso de una habitación o cuarto y su alimentación por más de un día.
2. **Hospital:** Es una institución organizada de acuerdo con la Ley que cuenta con instalaciones para proporcionar servicios a personas enfermas o heridas, inclusive instalaciones para diagnóstico y cirugía. Bajo la supervisión y atención de médicos colegiados y enfermeras, legalmente autorizados para ejercer.
   No son considerados como Hospital: Los asilos de ancianos, los hogares para convalecencias y enfermos crónicos y, las casas de reposo, así como instituciones de tratamiento de enfermedades psiquiátricas o subnormalidad y el departamento psiquiátrico de un hospital.
3. **Médico**: Es un profesional que practica las ciencias médicas, titulado de médico y cirujano, que esté legalmente establecido y que sea colegiado activo del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. No debe existir relación de consanguinidad en primer o segundo grado entre el médico y el asegurado. El cobro por los servicios médicos no está cubierto por la Póliza.
4. **Lesión:** Es un daño al cuerpo como resultado de un accidente fortuito. Todos los daños sufridos por el Asegurado en conexión con un accidente fortuito serán considerados como una sola lesión.
5. **Enfermedad:** Es toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo y, son materia u objeto de esta Póliza solo las enfermedades que ameriten hospitalización.

6. **Accidente:** Es toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el asegurado, independientemente de cualquier otra causa por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.
7. **Deducible:** Es la suma, cantidad, días o porcentaje que invariablemente se deduce del monto de la indemnización y, por lo tanto, siempre estará a cargo del Asegurado.
8. **Familiares:** Se consideran familiares, toda persona que tenga relación de consanguinidad de primer o segundo grado con el asegurado de acuerdo a la Ley.
9. **Condición Médica Previamente Existentes:** Es aquella enfermedad que sus síntomas aparecieron antes que la cobertura del asegurado cobrara vigencia y sean comprobables por la compañía.
10. **Carencia:** Período en el que el asegurado nuevo no tiene cobertura del seguro.

CLÁUSULA 3. COBERTURA:

Beneficio Diario por Hospitalización: Cuando una enfermedad o una lesión cause hospitalización de un asegurado y siempre que dicha reclusión comience mientras el presente seguro este en el período de vigencia, la Compañía pagará al asegurado el beneficio diario por hospitalización.

Suma Asegurada: Corresponde a cada día en que el asegurado esté recluido en el hospital. El periodo máximo de hospitalización es de noventa (90) días.

Beneficios Adicionales: Esta Póliza incluye asistencias de consultas médicas al número teléfono _____ de manera ilimitada, traslado ambulatorio terrestre (ambulancia), en caso de emergencia hasta dos veces durante la vigencia de la Póliza para el asegurado o sus familiares siempre que vivan en el domicilio del asegurado; estos servicios serán prestados por medio de los proveedores que designe la compañía los cuales pueden ser comunicados al número telefónico _____ y en el sitio web _____.

Elegibilidad: Será elegible bajo este seguro la persona comprendida entre los 18 años de edad y hasta 65 años de edad cumplidos.

CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES:

Esta Póliza no cubre y no se pagará Beneficio alguno por:

1. Reclusión Hospitalaria causada o que resulte de:
   - 1.1 Guerra, invasión, acciones de enemigos extranjeros, hostilidades (haya o no-guerra declarada), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección o poder militar o usurpado, o si participara el asegurado en deberes de combate o ejercicios militares con cualquier fuerza armada de cualquier país o autoridad nacional o internacional.
   - 1.2 Lesión intencionalmente causada a sí mismo, intento de suicidio mientras se esté cuerdo o desequilibrado mentalmente.
   - 1.3 Participar en (o practicar o tomar parte en entrenamiento peculiar): actividades bajo el agua que necesiten el uso de un aparato artificial para respirar, escalar, o trepar montañas cuando se hace necesario el uso de sogas o guías, espeleología, paracaidismo, deslizamiento colgante, deportes de invierno, deportes profesionales o carreras que no sean a pie.
   - 1.4 Cuando el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando se viaja como pasajero con boleto pagado en una aeronave de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros, en viaje de itinerario regular.
   - 1.5 Las lesiones ocasionadas por acto(s) que sea contrario(s) a la Ley en el que participe el asegurado como miembro activo.
   - 1.6 El alcoholismo y la drogadicción.
   - 1.7 Embarazo (incluso partos o abortos) y complicaciones que surjan de éste.

1.8 Reclusión hospitalaria para examen físico rutinario o cualquier otro examen que no haya indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal.

1.9 Hospitalización por una infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o variantes que incluyan el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el Complejo Relacionado con SIDA (CRS); o enfermedades e infecciones en conexión o resultantes de estas u otras condiciones malignas no conocidas o que se determinen como causantes de muerte en presencia del Síndrome de Inmundo Deficiencia Adquirida.

1.10 Condiciones Médicas Previamente Existentes, al inicio de vigencia de la Póliza.

2. Reclusión en un establecimiento que no sea un Hospital, según se define en esta Póliza.

CLÁUSULA 5. PAGO DE PRIMA: Es el costo de la cobertura del seguro que se debitará de la cuenta monetaria o de ahorro o de algún otro medio de pago seleccionado. Si la forma de pago aquí convenida no fuera cumplida por el asegurado, la Compañía esperará 30 días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha en que debió efectuarse el pago, una vez transcurrido el plazo y no se hubiere logrado el cobro de la cantidad adeudada, la póliza automáticamente se cancelará, desde la fecha de pago.

CLÁUSULA 6. VIGENCIA: La vigencia de la Póliza será de un año; siempre que la compañía haya cobrado la prima correspondiente, su renovación es automática.

CLÁUSULA 7. PROCEDIMIENTO PARA RECLAMACIONES:

1. **Aviso de Reclamación:** El Asegurado deberá notificar por medio escrito a la Compañía o a través del comercializador (denominación social, razón social o nombre comercial), dentro de los quince (15) días siguientes al día de su retiro del Hospital que prestó sus servicios de Hospitalización, detallando el padecimiento que fue atendido, el número de días de su hospitalización y el nombre del médico tratante y Hospital que prestó el servicio, así como adjuntar los documentos requeridos en el numeral siguiente:
2. **Prueba de Pérdida:** El asegurado deberá presentar certificado médico, el mismo debe de indicar el padecimiento y tratamiento requerido por el paciente, el cual debe justificar la Hospitalización; la factura/recibo de pago del Hospital o constancia en caso de haber sido atendido en hospital público, con el detalle de los días que estuvo recluido.
3. **Período de Carencia:** Los primeros noventa (90) días de la primera vigencia de la Póliza, únicamente debido a enfermedad.
4. **Deducible:** Para efectos de esta Póliza, será deducible del monto a indemnizar por un (1) día de hospitalización de acuerdo con el plan contratado.
5. **Notificación:** cualquier notificación deberá hacerse a la Compañía.

CLÁUSULA 8. BENEFICIARIO: Es la(s) persona(s) designada(s) como beneficiario(s), en el medio de pago (bancarizado) seleccionado en esta póliza por el asegurado para el pago de la prima, o en el caso no exista esa designación, los beneficiarios de Ley.

CLÁUSULA 9. CANCELACIÓN (Terminación Anticipada): Esta Póliza podrá ser cancelada por: a) falta de pago de la prima según la forma de pago seleccionada, b) a solicitud del asegurado, c) por haberse pagado la suma asegurada o reclamado y pagado el número de días máximo establecidos en esta póliza, y d) por decisión de la Compañía.

CLÁUSULA 10. PÉRDIDA DE LOS DERECHOS DEL SEGURO. El asegurado perderá los derechos que le otorga este seguro cuando presente una reclamación fraudulenta a la Compañía.

CLÁUSULA 11. RESOLUCIÓN DE ASUNTOS LITIGIOSOS: Cualquier controversia entre el asegurado y la Compañía se dilucidará por la vía conciliatoria, si esto no fuere posible, podría acudirse a los tribunales de justicia ordinarios correspondientes.

CLÁUSULA 12. PRESCRIPCIÓN: Los derechos y acciones para exigir los beneficios que conceda el presente seguro, concluyen (prescriben) en dos años contados a partir de la fecha de ocurrida la hospitalización y si el beneficiario no tiene conocimiento de su derecho en cinco años.

CLÁUSULA 13. RESPONSABILIDAD: La Aseguradora Seguros G&T, Sociedad Anónima es responsable por los seguros vendidos, por cuenta de ésta, a través del comercializador (denominación social, razón social o nombre comercial).

f)_____
Asegurado y/o Contratante

f)_____
Representante Legal
Seguros G&T, Sociedad Anónima

Este texto es responsabilidad de Seguros G&T, S. A. y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución número _____ del _____.