

**CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO DE SEGURO COLECTIVO  
-ASEGURADO SUSCRITO-**

No. Consentimiento/Certificado: \_\_\_\_\_

No. de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de vigencia: \_\_\_\_\_

Fecha de fin de vigencia: \_\_\_\_\_

Contratante: _____	
Nombre del empleado: _____	Código de empleado: _____ Código de Agencia: _____

**IDENTIFICACIÓN DEL CANDIDATO**

Nombres y apellidos completos:									
Fecha de nacimiento			Sexo			Estado civil			
	Día	Mes	Año		F	M		Soltero	Casado
Documento de identificación personal:						Extendido en:			
Ocupación:						Lugar de trabajo:			
Dirección de trabajo:									
Dirección de Residencia:									
Teléfono de trabajo:			Teléfono de residencia:			Teléfono celular:			
NIT:			Correo electrónico:						

BENEFICIARIOS		
Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

DATOS DEL SEGURO	
Cuadro de beneficios	Coberturas
Forma de pago	
Contributiva:	Porcentaje:

No contributiva:

<b>AUTORIZACIÓN</b>	
Autorizo a _____, para que descuente durante la vigencia de este seguro, el valor de las primas de la opción seleccionada, de mi cuenta:	
Cuenta monetaria ( ) Cuenta de ahorro ( ) Tarjeta de crédito ( ) Nómina ( )	
No. de Cuenta/Tarjeta: _____	Vencimiento tarjeta: _____

<b>DECLARACIÓN</b>					
1. ¿Padece alguna enfermedad actualmente?				Si ( ) No ( )	
2. En los últimos meses, ¿ha estado bajo tratamiento médico?				Si ( ) No ( )	
3. ¿Tiene alguna incapacidad física para el desempeño normal de sus labores?				Si ( ) No ( )	
Si respondió afirmativamente alguna pregunta, proporcionar mayor información					
Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, Etc.	No. de veces que la ha sufrido	Fecha	Duración	Estado actual
Nombre, dirección y teléfono del médico que acostumbra a visitar:					

Yo, el solicitante declaro: Que las respuestas que anteceden y las que aparte pudiera yo hacer, ampliando lo contestado en este documento, aunque no sean escritas de mi puño y letra, son verdaderas y exactas, que en la actualidad gozo de buena salud y que no padezco de alcoholismo o adicción a drogas, ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular, cirrosis, hipertensión, cáncer o SIDA; o bien que mi habilidad física no se encuentra limitada y no padezco de cuadruplejía, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, apoplejía, ataque de delirium tremens, psicopes, vértigo o enfermedades mentales, y que reconozco que de padecer alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, no tendré derecho a ningún beneficio descrito en este consentimiento/certificado, quedando como obligación de la Compañía únicamente la devolución de primas. Autorizo a los médicos, clínicas, hospitales y/o sanatorios que me hayan asistido o examinado, para que proporcionen a Seguros G & T, S.A. los informes que requiera referente a mi salud y/o enfermedades anteriores, información que podrá ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere necesario, inclusive después de mi fallecimiento. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CONSENTIMIENTOS/CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EMITAN CON FUNDAMENTO DE ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO. SE

ENTENDERÁ QUE EXISTE MORA, CUANDO TRANSCURRIDOS TREINTA ( 30 ) DÍAS DE FINALIZADO CADA PERÍODO MENSUAL, TRIMESTRAL O ANUAL AMPARADO, NO HUBIERE SIDO PAGADA LA PRIMA DE SEGURO CORRESPONDIENTE AL SIGUIENTE PERÍODO.

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza contratada cuyo número se indica arriba. Doy mi conformidad a estar asegurado y a lo actuado por el contratante y la Compañía en lo que respecta a la póliza.

Otorgo mi consentimiento a Seguros G & T, S.A. que de ser aceptada esta solicitud, mi póliza de seguro sea entregada de forma digital a través del correo electrónico registrado en el apartado de identificación del candidato.

Este documento puede ser aceptado y firmado electrónicamente con base a la Ley para el Reconocimiento de las Comunicaciones y Firmas Electrónicas, Decreto 47-2008.

“Queda entendido y convenido que: Seguros G&T, 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, falta o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de seguro”.

Se firma en triplicado el presente Consentimiento/Certificado, en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

La cobertura inicia a partir de esta fecha.

\_\_\_\_\_  
Firma del candidato

\_\_\_\_\_  
Firma del funcionario legalmente autorizado

## **CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO**

### **Período de gracia**

Se concede un plazo para el pago de las primas de 30 días, contados a partir del primer día siguiente al que venza la prima no pagada, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este periodo, la póliza y los Consentimientos / Certificados individuales permanecerán vigentes. Si al vencimiento de este periodo no ha sido pagada la prima vencida, la cobertura terminará en forma inmediata para el Consentimiento/Certificado Individual o Póliza que no ha pagado la prima, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando la Compañía libre de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

### **Edad inexacta**

Si se declaró inexactamente la edad del Asegurado, la Aseguradora sólo podrá dar por terminado el contrato, si la edad real estuviere fuera de los límites de admisión fijados por la propia Compañía.

### **Beneficiarios**

El contratante no podrá ser designado beneficiario, con excepción de los casos siguientes:

- a) Cuando la cobertura del contrato de seguro sea para garantizar créditos concedidos por el contratante; y,

- b) cuando la cobertura del contrato de seguro sea para garantizar prestaciones laborales o sociales a cargo del contratante.

En estos casos, el contratante recibirá la suma asegurada respectiva hasta por el saldo adeudado del crédito o por el valor de las prestaciones laborales o sociales, salvo que esta sea mayor, en cuyo caso la diferencia será pagada a los beneficiarios designados por el asegurado, o a los herederos legales del asegurado, si no existe tal designación.

El asegurado deberá nombrar beneficiarios, en el consentimiento respectivo.

Siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier miembro del grupo asegurado podrá hacer nueva designación de beneficiarios o modificar la designación vigente, mediante notificación por escrito que deberá enviarse a la Compañía para la anotación y cambio correspondiente.

#### Obligaciones en caso de siniestro

Tan pronto como el asegurado o, en su caso el beneficiario, tuvieren conocimiento de la realización del siniestro, deberán comunicárselo al contratante, quién procederá según lo estipulado en la literal f) del apartado obligaciones del contratante, descrito en las condiciones generales de la póliza de seguro colectivo .

Salvo pacto o disposición expresa en contrario, el aviso deberá darse por escrito y dentro de un plazo de cinco (5) días. Este plazo no correrá sino en contra de quienes tuvieran conocimiento del derecho constituido a su favor.

#### Terminación del contrato

El Contratante puede solicitar a la Compañía la terminación del seguro para cualquiera de los miembros, siempre y cuando se cumplan uno o más de los siguientes requisitos:

- a) La falta de pago de la prima de un asegurado, la terminación tomará efecto en la fecha en que debió efectuar el pago;
- b) El retiro definitivo del asegurado del grupo, la terminación tomará efecto en la fecha que dejó de ser parte del grupo;
- c) Cuando el asegurado así lo solicite, la terminación tomará efecto en la fecha en que se recibe la notificación;
- d) Cuando el asegurado no pueda seguir formando parte del grupo asegurado, ya sea debido a su edad, ocupación o cualquier otra causa relacionada con el riesgo que se asume y la cobertura que se otorga, la terminación tomará efecto al momento que adquiera tal condición.

En estos casos, la Compañía restituirá al Contratante la fracción a prorrata de prima no devengada.

#### Procedimiento para el pago de reclamos

En el momento en que el o los beneficiario(s), tuvieren conocimiento del fallecimiento del asegurado deberán comunicárselo a la Compañía; el aviso deberá darse por escrito y dentro de un plazo de cinco (5) días hábiles. Cualquier aviso fuera de este plazo no invalidará la reclamación si el beneficiario(s) demuestra(n) que no le(s) fue posible dar el aviso en el plazo establecido, ha dicho aviso se debe adjuntar:

- Póliza.
- Original y fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado.
- Fotocopia legalizada del Documento Personal de Identificación o Certificado de Nacimiento del

- Asegurado y de los Beneficiarios o del pasaporte en caso de extranjeros.
- Declaración legal de herederos (en caso de no existir Beneficiarios declarados).
  - Certificado de matrimonio, en caso de que el beneficiario sea el cónyuge.
  - Informe Médico de la causa de fallecimiento del Asegurado o incapacidad.
  - En caso de muerte accidental, se requiere, adicionalmente, un Informe Médico Forense

Lo anterior no limita que La Compañía pueda solicitar mayor información y/o documentación para continuar con el proceso de análisis del reclamo presentado.

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 DE SEGURO COLECTIVO**

Seguros G&amp;T, S.A.

No. Consentimiento/Certificado: \_\_\_\_\_

No. de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de vigencia:

Fecha de fin de vigencia:

Contratante: _____	
Nombre empleado: _____	del Código de empleado: _____ Código de Agencia: _____

**IDENTIFICACIÓN DEL CANDIDATO**

Nombres y apellidos completos:									
Fecha de nacimiento				Sexo			Estado civil		
	Día	Mes	Año		F	M		Soltero	Casado
Documento de identificación personal:					Extendido en:				
Ocupación:					Lugar de trabajo:				
Dirección de trabajo:									
Dirección de la residencia:									
Teléfono de trabajo:			Teléfono de residencia:			Teléfono celular:			
NIT:			Correo electrónico:						

BENEFICIARIOS		
Nombre completo	Parentesco	Porcentaje

DATOS DEL SEGURO	
Cuadro de beneficios	Coberturas

Forma de pago	
Contributiva:	Porcentaje:

No contributiva:
------------------

<b>AUTORIZACIÓN</b>
---------------------

Autorizo a _____, para que descuente durante la vigencia de este seguro, el valor de las primas de la opción seleccionada, de mi cuenta:
--

Cuenta de monetarios ( ) Cuenta de ahorro ( ) Tarjeta de crédito ( ) Nómina ( )
---

No. de Cuenta/Tarjeta: _____ Vencimiento tarjeta: _____
---

<b>DECLARACIÓN</b>
--------------------

1. ¿Padece alguna enfermedad actualmente?	Si ( ) No ( )
---	---------------

2. En los últimos meses, ¿ha estado bajo tratamiento médico?	Si ( ) No ( )
--	---------------

3. ¿Tiene alguna incapacidad física para el desempeño normal de sus labores?	Si ( ) No ( )
--	---------------

Si respondió afirmativamente alguna pregunta, proporcionar mayor información
--

Pregunta No.	Nombre de las enfermedades, afecciones, lesiones, estudios, Etc.	No. de veces que la ha sufrido	Fecha	Duración	Estado actual

Nombre, dirección y teléfono del médico que acostumbra a visitar:

Yo, el solicitante declaro: Que las respuestas que anteceden y las que aparte pudiera yo hacer, ampliando lo contestado en este documento, aunque no sean escritas de mi puño y letra, son verdaderas y exactas, que en la actualidad gozo de buena salud y que no padezco de alcoholismo o adicción a drogas, ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular, cirrosis, hipertensión, cáncer o SIDA; o bien que mi habilidad física no se encuentra limitada y no padezco de cuadraplejía, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, apoplejía, ataque de delirium tremens, psicopes, vértigo o enfermedades mentales, y que reconozco que de padecer alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, no tendré derecho a ningún beneficio descrito en este consentimiento/certificado, quedando como obligación de la Compañía únicamente la devolución de primas. Autorizo a los médicos, clínicas, hospitales y/o sanatorios que me hayan asistido o examinado, para que proporcionen a Seguros G & T, S.A. los informes que requiera referente a mi salud y/o enfermedades anteriores, información que podrá ser requerida en cualquier momento que la Compañía lo considere necesario, inclusive después de mi fallecimiento. LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CONSENTIMIENTOS/CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EMITAN CON FUNDAMENTO DE ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO. SE ENTENDERÁ QUE EXISTE MORA, CUANDO TRANSCURRIDOS TREINTA ( ) DÍAS DE FINALIZADO CADA PERÍODO MENSUAL, TRIMESTRAL O ANUAL AMPARADO, NO HUBIERE SIDO PAGADA LA PRIMA DE SEGURO CORRESPONDIENTE AL SIGUIENTE PERÍODO.

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza contratada cuyo número se indica arriba. Doy mi conformidad a estar asegurado y a lo actuado por el contratante y la Compañía en lo que respecta a la póliza.

Otorgo mi consentimiento a Seguros G & T, S.A. que de ser aceptada esta solicitud, mi póliza de seguro sea entregada de forma digital a través del correo electrónico registrado en el apartado de identificación del candidato.

Este documento puede ser aceptado y firmado electrónicamente en base a la Ley para el Reconocimiento de las Comunicaciones y Firmas Electrónicas, Decreto 47-2008.

Por medio del pago de la prima correspondiente y al no existir el requerimiento de dar por finalizado el beneficio que se detalla en el presente Consentimiento/Certificado hasta el plazo que la Compañía determine, el cual será de \_\_\_\_\_ ( ) días. Como asegurado declaro que me adhiero a la póliza contratada, cuyo número se indica en la parte de arriba del presente documento. Dando mi conformidad a estar asegurado y a lo actuado por el contratante y la Compañía en lo que respecta a la póliza.

“Queda entendido y convenido que: Seguros G&T, 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, falta o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de seguro”.

La cobertura inicia a partir de esta fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del funcionario legalmente autorizado

#### CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO

##### Período de gracia

Se concede un plazo para el pago de las primas de 30 días, contados a partir del primer día siguiente al que venza la prima no pagada, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este periodo, la póliza y los Consentimientos / Certificados individuales permanecerán vigentes. Si al vencimiento de este periodo no ha sido pagada la prima vencida, la cobertura terminará en forma inmediata para el Consentimiento/Certificado Individual o Póliza que no ha pagado la prima, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando la Compañía libre de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

##### Edad inexacta

Si se declaró inexactamente la edad del Asegurado, la Aseguradora sólo podrá dar por terminado el contrato, si la edad real estuviere fuera de los límites de admisión fijados por la propia Compañía.

##### Beneficiarios

El contratante no podrá ser designado beneficiario, con excepción de los casos siguientes:

- a) Cuando la cobertura del contrato de seguro sea para garantizar créditos concedidos por el contratante; y,
- b) cuando la cobertura del contrato de seguro sea para garantizar prestaciones laborales o sociales a cargo del contratante.

En estos casos, el contratante recibirá la suma asegurada respectiva hasta por el saldo adeudado del crédito o por el valor de las prestaciones laborales o sociales, salvo que esta sea mayor, en cuyo caso la diferencia será pagada a los beneficiarios designados por el asegurado, o a los herederos legales del asegurado, si no existe tal designación.

El asegurado deberá nombrar beneficiarios, en el consentimiento respectivo.

Siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier miembro del grupo asegurado podrá hacer nueva designación de beneficiarios o modificar la designación vigente, mediante notificación por escrito que deberá enviarse a la Compañía para la anotación y cambio correspondiente.

#### Terminación del contrato

El Contratante puede solicitar a la Compañía la terminación del seguro para cualquiera de los miembros, siempre y cuando se cumplan uno o más de los siguientes requisitos:

- a) La falta de pago de la prima de un asegurado, la terminación tomará efecto en la fecha en que debió efectuar el pago;
- b) El retiro definitivo del asegurado del grupo, la terminación tomará efecto en la fecha que dejó de ser parte del grupo;
- c) Cuando el asegurado así lo solicite, la terminación tomará efecto en la fecha en que se recibe la notificación;
- d) Cuando el asegurado no pueda seguir formando parte del grupo asegurado, ya sea debido a su edad, ocupación o cualquier otra causa relacionada con el riesgo que se asume y la cobertura que se otorga, la terminación tomará efecto al momento que adquiera tal condición.

En estos casos, la Compañía restituirá al Contratante la fracción a prorrata de prima no devengada.

#### Procedimiento para el pago de reclamos

En el momento en que el o los beneficiario(s), tuvieren conocimiento del fallecimiento del asegurado deberán comunicárselo a la Compañía; el aviso deberá darse por escrito y dentro de un plazo de cinco (5) días hábiles. Cualquier aviso fuera de este plazo no invalidará la reclamación si el beneficiario(s) demuestra(n) que no le(s) fue posible dar el aviso en el plazo establecido, ha dicho aviso se debe adjuntar:

- Póliza.
- Original y fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado.
- Fotocopia legalizada del Documento Personal de Identificación o Certificado de Nacimiento del Asegurado y de los Beneficiarios o del pasaporte en caso de extranjeros.
- Declaración legal de herederos (en caso de no existir Beneficiarios declarados).
- Certificado de matrimonio, en caso de que el beneficiario sea el cónyuge.
- Informe Médico de la causa de fallecimiento del Asegurado o incapacidad.
- En caso de muerte accidental, se requiere, adicionalmente, un Informe Médico Forense

Lo anterior no limita que La Compañía pueda solicitar mayor información y/o documentación para continuar con el proceso de análisis del reclamo presentado.

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.

## PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO

Seguros G&T, S.A., en adelante denominada como la Compañía, conviene las siguientes Condiciones Generales que forman parte de la Póliza Colectiva, junto con los Anexos indicados en la Carátula, Endosos y Condiciones Particulares, si las hubiere.

Al presente contrato 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.

### CONDICIONES GENERALES

#### 1. CONTRATO COMPLETO:

Las Condiciones Generales, los Anexos, la Carátula, las declaraciones de Contratante, el Consentimiento / Certificado individual de cada integrante del grupo asegurado, Endosos y las Condiciones Particulares, si los hubiere, constituyen el contrato seguro.

#### 2. DEFINICIONES:

- **Asegurado:** es la persona individual que a solicitud del contratante queda cubierta por un seguro colectivo.
- **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.
- **Grupo asegurable:** es el conjunto de personas individuales que mantienen un vínculo o interés en común con el contratante, previo e independiente de la celebración del contrato de seguro.
- **Grupo asegurado:** es el conjunto de personas individuales que, satisfaciendo las características del grupo asegurable, están cubiertas por un contrato de seguro colectivo.
- **Seguro colectivo:** es un contrato de seguro suscrito entre un contratante y una aseguradora con el propósito de cubrir mediante una póliza los riesgos de cada uno de los integrantes del grupo asegurado.

#### 3. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:

- a) Comunicar a las personas candidatas al seguro de la norma para fijar la suma asegurada y solicitarles que llenen el respectivo consentimiento para el seguro.
- b) Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos al grupo asegurado, remitiendo los consentimientos respectivos, velará que estos consentimientos sean llenados correcta y exactamente.
- c) Pagar a la Compañía el total de la prima de la póliza, lo que implica la recaudación del porcentaje con que, en su caso, contribuyan los miembros del grupo.
- d) Pagar a la Compañía la prima de seguro con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
- e) Comunicar a más tardar quince (15) días antes, las separaciones definitivas del grupo asegurado.
- f) Dar aviso, a más tardar con quince (15) días de anticipación de cualquier cambio que se produzca en la situación de los asegurados y que dé lugar a modificaciones en las sumas aseguradas, de acuerdo con la regla establecida para determinarla. Las nuevas sumas aseguradas surtirán efecto después de la fecha solicitada por el contratante.

- g) Informar por escrito a la Compañía de cualquier situación de los asegurados que afecte alguna de las cláusulas o anexos de esta póliza.
- h) Velar porque los miembros del grupo declaren exactamente su edad.
- i) Informar por escrito a la Compañía cuando proceda, la terminación de su calidad como contratante.
- j) Dar a conocer a la persona que se asegure, la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- k) No efectuar cargos adicionales al asegurado sobre la prima fijada por la aseguradora.
- l) Entregar el consentimiento/certificado individual a cada persona del grupo asegurado y, en su caso, la constancia de contratación del seguro, por el medio convenido.
- m) 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.

#### **4. CAMBIOS EN LA PÓLIZA.**

Todo cambio o modificación a las condiciones de esta póliza, para ser válido, necesita que se haga constar en Anexo o Endoso firmado por un Apoderado de la Compañía y aceptado o solicitado por el Contratante.

#### **5. PAGO DE PRIMA.**

El contratante está obligado a pagar las primas en forma anticipada en las oficinas de la Compañía o en los lugares que éste designe según se especifique en la Carátula de la póliza.

La prima de este seguro podrá ser ajustada anualmente, de acuerdo con la tarifa vigente al momento de la renovación del contrato.

Deberá pagarse en la moneda y la forma en que se especifica en la Carátula. La misma regla será aplicable a la devolución de primas que correspondiere.

La prima del seguro de Grupo puede ser contributiva o no contributiva. Se entiende que es prima no contributiva cuando es pagada en su totalidad por el contratante, y es contributiva cuando los asegurados contribuyen al pago de la prima.

#### **6. PERIODO DE GRACIA.**

Se concede un plazo para el pago de las primas de 30 días, contados a partir del primer día siguiente al que venza la prima no pagada, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este periodo, la póliza y los Consentimientos / Certificados individuales permanecerán vigentes. Si al vencimiento de este periodo no ha sido pagada la prima vencida, la cobertura terminará en forma inmediata para el Consentimiento/Certificado Individual o Póliza que no ha pagado la prima, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando la Compañía libre de toda obligación y responsabilidad derivada de la póliza.

#### **7. DECLARACIONES.**

Al momento de solicitar la cobertura, el asegurado deberá declarar por escrito a la Compañía todos los hechos y circunstancias que permitan apreciar correctamente el riesgo y que puedan influir en las condiciones de la póliza. Toda omisión, reticencia o falsa información que altere el concepto de riesgo y cambie su naturaleza, pudiendo producir alguna modificación sustancial en las condiciones de esta póliza, o en la aceptación de esta por parte de la Compañía, causará su automática terminación y el asegurado no tendrá derecho a exigir indemnización de ninguna especie.

Igualmente, el Consentimiento/Certificado que corresponda terminará automáticamente y el asegurado carecerá de todo derecho a indemnización, si presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o apoyada en declaraciones falsas.

#### **8. PERIODO PARA EL AVISO DE RECLAMACIÓN.**

La notificación por escrito de un evento por el cual se pueda formular reclamación debe darse a la Compañía dentro de los cinco días siguientes a la fecha en que el asegurado o el beneficiario, según sea el caso, ha tenido conocimiento de éste. La omisión del aviso dentro del término señalado no invalidará ninguna reclamación y si se demuestra que no fue razonablemente posible dar dicho aviso y que éste se dio tan pronto como fue razonablemente posible.

#### **9. FORMULARIOS PARA PRUEBA DE LA PÉRDIDA.**

La Compañía, al recibir dicho aviso, suministrará al reclamante los formularios y requisitos para la presentación de la prueba de pérdida.

#### **10. PÉRDIDA DE DERECHOS.**

En caso que una reclamación fraudulenta sea presentada a la Compañía, ésta quedará liberada de toda obligación procedente del seguro, pero solamente en cuanto a las personas aseguradas que estén implicadas en ella, no afectando esta condición a las otras personas aseguradas, a menos que el contratante del seguro se encuentre implicado en el reclamo fraudulento. En este caso, la compañía podrá rescindir o modificar la póliza, previo aviso por escrito, según lo considere conveniente.

Se considera reclamación fraudulenta la comprendida en la siguiente enumeración:

- a) Cuando, en apoyo de reclamación, se hiciere o utilizaren declaraciones falsas.
- b) Cuando se emplearan medios o documentos engañosos o dolosos, por parte del Asegurado, del Beneficiario, por terceras personas, obrando por cuenta de estos, a fin de realizar un beneficio cualquiera con motivo de la presente póliza.
- c) Si el siniestro hubiere sido voluntariamente causado por el Asegurado o con su complicidad o por los beneficiarios o con su complicidad.

#### **11.EXAMEN MÉDICO:**

La Compañía tendrá el derecho y la oportunidad de hacer examinar al Asegurado cuando lo crea necesario y tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente una reclamación.

#### **12.PRESCRIPCIÓN:**

Todos los derechos y acciones que deriven de esta póliza, prescribirán en dos (2) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y si el beneficiario no tiene conocimiento de su derecho, la prescripción se consumará por el transcurso de cinco (5) años contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones de la Compañía.

**13. TERMINACIÓN DEL CONTRATO**

El Contratante puede solicitar a la Compañía la terminación del seguro para cualquiera de los miembros, siempre y cuando se cumplan uno o más de los siguientes requisitos:

- a) La falta de pago de la prima de un asegurado, la terminación tomará efecto en la fecha en que debió efectuar el pago;
- b) El retiro definitivo del asegurado del grupo, la terminación tomará efecto en la fecha que dejó de ser parte del grupo;
- c) Cuando el asegurado así lo solicite, la terminación tomará efecto en la fecha en que se recibe la notificación;
- d) Cuando el asegurado no pueda seguir formando parte del grupo asegurado, ya sea debido a su edad, ocupación o cualquier otra causa relacionada con el riesgo que se asume y la cobertura que se otorga, la terminación tomará efecto al momento que adquiera tal condición.

En estos casos, la Compañía restituirá al Contratante la fracción a prorrata de prima no devengada.

**14. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA O DEL CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO INDIVIDUAL.**

En caso de que la póliza o un Consentimiento/Certificado individual terminen por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación. En este caso, la Compañía podrá exigir las pruebas de asegurabilidad que considere necesarias, debiendo el Contratante pagar todos los gastos que por este efecto se originen. La rehabilitación de la póliza tomará efecto a partir de la aceptación por escrito de la compañía. El rechazo de la solicitud sólo obliga a la Compañía a devolver la prima recibida por este concepto, sin responsabilidad ulterior.

**15. RIESGOS CUBIERTOS.** Esta póliza cubre los riesgos que expresamente se indican en la Carátula de la póliza y en el Consentimiento / Certificado individual, según se define en los Anexos, Endosos del contrato y Condiciones Particulares si las hubiere.

**16. VIGENCIA Y RENOVACIÓN DEL CONTRATO.** El contrato tendrá una duración de un año, contado desde la fecha de inicio de vigencia indicado en la Carátula. Será renovado automáticamente al final del período, a menos que alguna de las partes manifieste por escrito su opinión en contrario por lo menos con un mes de anticipación a la fecha de vencimiento.

**17. VIGENCIA INDIVIDUAL.** Para un asegurado individual la vigencia de cobertura inicia a partir de la fecha de firma del Consentimiento/ Certificado.

**18. MONEDA.** Todas las sumas pagaderas o exigibles bajo esta póliza, deberán ser pagadas en moneda de curso legal indicada en la Carátula.

**19. EDAD INEXACTA** Si se declaró inexactamente la edad del Asegurado, la Aseguradora sólo podrá dar por terminado el contrato, si la edad real estuviere fuera de los límites de admisión fijados por la propia Compañía.

**20. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA.**

**El Contratante y la Compañía renuncian al fuero de sus respectivos domicilios y se someten expresamente a los tribunales competentes de la Capital de la República de Guatemala para todo litigio proveniente del contrato.**

## **21. CLÁUSULA DE CONVERSIÓN.**

La Compañía tendrá obligación de asegurar, sin examen médico y por una sola vez, al miembro que se separe definitivamente del grupo asegurado, en cualquiera de los planes individuales de seguro que opere, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Compañía ya estado asegurado en esta póliza por lo menos un año. Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo deberá presentar su solicitud, a la Compañía, dentro del plazo de 30 días a partir de su separación. La suma asegurada será igual o menor a lo que se encontraba en vigor en el momento de la separación.

El solicitante deberá pagar a la Compañía la prima que correspondiere a la edad alcanzada en la fecha de su solicitud y la suma asegurada.

## **22. REGISTRO DE ASEGURADOS.**

La compañía llevará un registro de asegurados en el que conste por lo menos:

- a) Nombre de los asegurados, edad computable a la fecha inicial del periodo que cubre la póliza.
- b) Suma asegurada para cada miembro, suma asegurada total y suma asegurada promedio.
- c) Prima de cada miembro, prima total y prima promedio.
- d) Periodo que cubre el seguro.
- e) Número de póliza, del certificado de cada miembro, el número total de certificados que corresponden al registro en cuestión.
- f) La regla y limitación de la suma asegurada de cada miembro.
- g) Ocupación o actividad profesional.

Este registro debidamente autorizado, lo enviará la Compañía al contratante quien luego de firmarlo y sellarlo en señal de aprobación devolverá la copia.

Los nuevos ingresos producidos durante el periodo de cobertura determinarán registros adicionales similares al que se detalló anteriormente.

## **23. BENEFICIARIOS.**

El contratante no podrá ser designado beneficiario, con excepción de los casos siguientes:

- a) Cuando la cobertura del contrato de seguro sea para garantizar créditos concedidos por el contratante; y,
- b) cuando la cobertura del contrato de seguro sea para garantizar prestaciones laborales o sociales a cargo del contratante.

En estos casos, el contratante recibirá la suma asegurada respectiva hasta por el saldo adeudado del crédito o por el valor de las prestaciones laborales o sociales, salvo que esta sea mayor, en cuyo caso la diferencia será pagada a los beneficiarios designados por el asegurado, o a los herederos legales del asegurado, si no existe tal designación.

El asegurado deberá nombrar beneficiarios, en el consentimiento/certificado respectivo.

Siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier miembro del grupo asegurado podrá hacer nueva designación de beneficiarios o modificar la designación vigente, mediante notificación por escrito que deberá enviarse a la Compañía para la anotación y cambio correspondiente.

#### **24. PANDEMIAS Y EPIDEMIAS**

Se excluye el fallecimiento por cualquiera de estas causas, así como sus complicaciones y consecuencias.

#### **25. ACCIÓN DIRECTA.**

Los beneficiarios designados, tendrán acción directa para cobrar la suma asegurada que corresponde, conforme a las reglas establecidas en este contrato y a las disposiciones legales vigentes.

#### **26. CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO INDIVIDUAL.**

La aseguradora deberá emitir un consentimiento/certificado individual por cada persona del grupo asegurado y remitirlos al contratante para su entrega a los asegurados, por el medio que convengan las partes. Adicionalmente, la aseguradora también debe entregar, a requerimiento del asegurado, copia de las condiciones generales del seguro, por el medio que lo solicite.

#### **27. PROCEDIMIENTO PARA EL PAGO DE RECLAMOS**

En el momento en que el o los beneficiario(s), tuvieren conocimiento del fallecimiento del asegurado deberán comunicárselo a la Compañía; el aviso deberá darse por escrito y dentro de un plazo de cinco (5) días hábiles. Cualquier aviso fuera de este plazo no invalidará la reclamación si el beneficiario(s) demuestra(n) que no le(s) fue posible dar el aviso en el plazo establecido, ha dicho aviso se debe adjuntar:

- Póliza.
- Original y fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado.
- Fotocopia legalizada del Documento Personal de Identificación o Certificado de Nacimiento del Asegurado y de los Beneficiarios o del pasaporte en caso de extranjeros.
- Declaración legal de herederos (en caso de no existir Beneficiarios declarados).
- Certificado de matrimonio, en caso de que el beneficiario sea el cónyuge.
- Informe Médico de la causa de fallecimiento del Asegurado o incapacidad.
- En caso de muerte accidental, se requiere, adicionalmente, un Informe Médico Forense

Lo anterior no limita que La Compañía pueda solicitar mayor información y/o documentación para continuar con el proceso de análisis del reclamo presentado.

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 DE COBERTURA EN CASO DE FALLECIMIENTO POR PANDEMIA O EPIDEMIA  
DE SEGURO COLECTIVO**

Para adherir y formar parte de la Póliza número: \_\_\_\_\_

Certificado: \_\_\_\_\_

Vigencia del: \_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

Por el presente Anexo la Aseguradora se obliga a indemnizar al Beneficiario o a los Beneficiarios designados, según sea el caso, la Suma Asegurada que corresponde a la cobertura por fallecimiento contratada e indicada en la certificado y/o consentimiento/certificado de la póliza, si durante la vigencia de la misma ocurre el fallecimiento del Asegurado derivado de una pandemia declarada por la OMS (Organización mundial de la Salud) o epidemia declarada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y/o Autoridad local de Salud.

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.