

CONDICIONES GENERALES DE VIDA INDIVIDUAL

Contrato: La solicitud, la carátula, las condiciones generales y los anexos constituyen el contrato entre el Asegurado y Seguros G&T, S. A. (en adelante denominada "la Compañía"), por lo tanto le son aplicables las disposiciones contenidas del Código de Comercio de Guatemala, relacionadas con el contrato de seguro, las que prevalecerán sobre el contenido de este contrato de seguro. El Asegurado, al recibir esta póliza debe cerciorarse que concuerde con la solicitud presentada a la Compañía, para los efectos de los primeros dos (2) párrafos del artículo seiscientos setenta y tres (673) del Código de Comercio de Guatemala que dicen 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 aquel 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. (...)"

CAPÍTULO I

DEFINICIONES GENERALES

Accidente: Daños producidos a consecuencia de una acción súbita, fortuita ocasionada por una fuerza externa ajena a la voluntad del asegurado y que provoque la muerte o lesiones corporales, excluyendo cualquier otra causa.

Asegurado: es el titular del interés, objeto del contrato de seguro, pudiendo ser una persona individual sobre la cual se calculan las primas y cargos de la póliza.

Anexo: documento emitido por la Compañía que amplía o complementa un contrato de Seguros, con un pago de prima o no, y debe estar aprobado por la Superintendencia de Bancos.

Beneficiario: Persona natural o jurídica, designadas por el asegurado para hacer efectivo el cobro de la indemnización de la póliza.

Beneficiario secundario: Es la persona o personas designadas por el Asegurado para que reciban la indemnización sólo en la eventualidad que el o los Beneficiarios Primarios designados fallezcan antes que el Asegurado Principal.

Beneficiario irrevocable: En caso de designación de beneficiario irrevocable, el asegurado no podrá disponer de los derechos derivados del seguro sin el consentimiento del beneficiario dado por escrito, salvo que el asegurado se haya reservado para sí tales derechos.

Beneficio Adicional: es una cobertura distinta del Seguro Básico, que a solicitud del Asegurado se incluye en el Programa de Beneficios. La suma asegurada de cada beneficio adicional contratado aparece anotada en el Programa de Beneficios en la carátula de la póliza. Ningún beneficio adicional estará en vigor si no se encuentra vigente el seguro básico de esta póliza.

Edad de Cálculo: Es la edad más próxima del asegurado en el último aniversario de la póliza y sirve para determinar el costo de la cobertura.

Edad Real: Es la edad alcanzada efectivamente por el Asegurado de acuerdo con su fecha de nacimiento y sirve para determinar el término de vigencia de los beneficios sujetos a límites de edad.

Epidemia: Enfermedad declarada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y/o

Autoridad local de Salud que puede ser considerada como la consolidación simultánea de múltiples brotes en una amplia zona geográfica y, generalmente, implica la ocurrencia de un gran número de casos nuevos en poco tiempo, mayor al número esperado.

Exención de restricciones: Esta póliza está exenta de toda clase de restricciones relativas al cambio de ocupación, viajes y género de vida del Asegurado.

Fecha de inicio de vigencia: la fecha en la cual la cobertura entra en vigor el Seguro básico y los beneficios adicionales, tomando en consideración que se debe de realizar el pago de la prima.

Fortuito: acontecimiento que sucede de forma inesperada por lo común dañoso, sin poder imputar a nadie su origen.

Gastos de Adquisición: Corresponden a los gastos en que incurra la aseguradora en forma directa o indirecta, en la suscripción, conservación y renovación de esta póliza.

Pagos de prima: Las primas se pagarán en los medios de pagos vigentes y establecidos por la Compañía, en los vencimientos mencionados en la carátula. La forma de pago de las primas establecidas en la presente póliza puede ser modificada a petición del Asegurado al cumplirse cada aniversario del seguro, siempre que esta petición se haga por escrito antes de terminar el periodo de gracia. El pago puede ser anual, semestral, trimestral o mensual, de acuerdo con las tarifas de la Compañía.

Pandemia: epidemia que se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo y que, generalmente, afecta a un gran número de personas. Declarada por la OMS (Organización Mundial de la Salud).

Plan contratado: se refiere al conjunto de coberturas y beneficios que el Asegurado ha escogido y que constan en la carátula de la póliza.

Periodo de gracia: el asegurado tiene derecho a una espera de treinta días calendario para cubrir cada prima o fracción a partir de la fecha de vencimiento del requerimiento, pactada de acuerdo con la forma de pago que haya elegido, sin que cause interés y continuando en vigor las coberturas correspondientes durante dicho plazo. Si el último día de este periodo resultare día inhábil dicho periodo finalizará el primer día hábil próximo.

Seguro Básico: es el Seguro de Vida contratado en esta póliza a favor del Asegurado y/o sus beneficiarios. En caso de fallecimiento del Asegurado, el monto de la suma asegurada por muerte, será la que esté vigente en la fecha del deceso.

Vigencia: El inicio y término de vigencia de cada cobertura amparada por esta póliza, son las cero horas de la fecha de inicio y las veinticuatro horas de fin de vigencia, indicadas en la carátula de esta póliza.

CAPÍTULO II PROCEDIMIENTOS

Competencia y Jurisdicción: En caso de controversia por la interpretación o cumplimiento del presente contrato, el Asegurado, los beneficiarios y la Compañía renuncian al fuero de sus respectivos domicilios y se someten expresamente a los tribunales ordinarios competentes de la Capital de la República de Guatemala, para todo litigio proveniente de este Contrato.

Designación de Beneficiarios: En cualquier momento el Asegurado podrá hacer nueva designación de beneficiarios, siempre que la póliza se encuentre en vigor y que el Asegurado no haya renunciado a este derecho. Para ello, deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, expresando con claridad la nueva designación de beneficiarios. La Compañía emitirá un anexo haciendo constar el cambio.

Si el Asegurado ha renunciado al derecho de cambiar beneficiarios y desea hacerlo, puede

solicitarlo, pero para que dicha solicitud quede firme, los beneficiarios deberán aceptar el cambio, comunicándolo por escrito a la Compañía, quien lo hará constar en esta póliza.

Edad Inexacta:

Si después del fallecimiento del Asegurado se descubre que la edad del Asegurado es mayor o menor a la declarada o los elementos que sirven para determinar la edad de cálculo se declara edad inexacta, el monto del beneficio a pagar será ajustado proporcionalmente a la prima pagada.

Epidemias y pandemias: se excluye el fallecimiento por cualquiera de estas causas, así como sus complicaciones y consecuencias.

Muerte en Guerras y conflictos de tipo político y social: no se tendrá cobertura si la muerte del asegurado se produce por Guerra y conflictos de tipo político y social. o por su participación en hechos que implican confrontaciones civiles y militares, tales como conflictos bélicos o manifestaciones políticas con uso de armas.

Indisputabilidad: Esta póliza será indisputable por omisiones o declaraciones inexactas del Asegurado, diferentes a la edad del Asegurado, después de haber estado vigente durante dos años contados a partir de la fecha de vigencia de su seguro, o a partir de la fecha de la última rehabilitación aplicable a su seguro, si la hubiere, o a partir de la fecha de cualquier aumento de la suma asegurada, siendo disputable en este caso lo correspondiente al aumento de la suma asegurada por dos años a partir de la vigencia del aumento.

Límites de Edad: Edad mínima de ingreso 18 años, edad máxima de permanencia 98 años inclusive, considerando como años la edad real; en algunos casos la edad mínima de ingreso podrá ser menor previa evaluación de límites y coberturas solicitadas.

Moneda: Todas las sumas pagaderas o exigibles bajo esta póliza están expresadas en la moneda contratada descrita en la carátula de la póliza las cuales pueden ser Quetzales o Dólares.

Notificaciones: La Compañía dirigirá todo aviso o notificación relacionada con la póliza a la última dirección o medio de comunicación que el Asegurado tenga registrado. El Asegurado debe notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio en su dirección o medio de comunicación. En todo caso, se entenderá que la Compañía ha dado aviso o hecho la notificación de que se trate, cuando la notificación se haga a la última dirección registrada o medio de comunicación designado por el asegurado.

Pago de la Prima: Las primas se pagarán en efectivo y en los vencimientos mencionados en la caratula, en las oficinas de la Compañía en la Ciudad de Guatemala, a cambio de recibido y extendido y firmado por ésta, y con el refrendo de la persona encargada del cobro. En consecuencia, la Compañía, no se compromete a cobrar las primas ni a dar aviso de su vencimiento y si lo hiciere, no sentará precedente de obligación, pudiendo suspender esa gestión en cualquier momento sin previo aviso y sin que esto pueda ser invocado por el asegurado para justificar la falta de pago, ni conceptuarse como una modificación al contrato en este sentido.

Período de gracia: El Asegurado tiene derecho a una espera de treinta días (30) calendario para cubrir cada prima o fracción, pactada de acuerdo con la forma de pago que haya elegido, sin que cause interés y continuando en vigor las coberturas correspondientes durante dicho plazo. Si el último día de este periodo resulta día inhábil dicho periodo se finalizará el primer día hábil próximo.

Pruebas de Reclamo: La Compañía tendrá derecho a requerir todas las pruebas necesarias para determinar su obligación al tramitarse alguna reclamación relativa a las coberturas amparadas por esta póliza.

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.

Rehabilitación: La póliza podrá rehabilitarse en cualquier tiempo, siempre que el asegurado cumpla con los requisitos siguientes:

1. Lo solicite por escrito por medio de un formulario de rehabilitación;
2. Presente a su costa, las pruebas de asegurabilidad que requiera la Compañía;
3. Reúna las condiciones de asegurabilidad a satisfacción de la Compañía de acuerdo a las políticas vigentes y;
4. Pague la prima necesaria para mantener vigente la póliza por lo menos seis meses posteriores a la rehabilitación.

Terminación de la Póliza: La póliza dejará de estar en vigor:

- a) Por falta de pago de la prima.
- b) Al cumplirse la fecha de vencimiento, anotada en el Programa de Beneficios de la carátula, dónde el Asegurado podrá disponer del valor Efectivo si lo hubiere
- c) Al llegar a la edad de terminación de la cobertura.
- d) Por haberse pagado la totalidad de la suma asegurada.

Suicidio: En caso de suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los primeros dos años contados desde la Fecha de Inicio de Vigencia, la obligación de la Compañía se limitará únicamente a la devolución de las primas recibidas, cualquiera que haya sido la causa de dicho suicidio, estado mental o físico del asegurado.

En caso de rehabilitación, el período de dos años a que se refiere el párrafo anterior, correrá a partir de la fecha de la última rehabilitación.

En caso de aumento de suma asegurada y de suicidio del Asegurado, el plazo de dos años correrá a partir de la fecha efectiva del aumento para la proporción de la suma asegurada aumentada. La responsabilidad de la Compañía, respecto al aumento, se limitará únicamente a la devolución en un solo pago de la proporción de los cargos mensuales de la póliza que correspondan al aumento de la suma asegurada.

Últimos Gastos: La Compañía se obliga, al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre que la póliza se encuentre en vigor y hubieren transcurrido más de dos años desde su expedición o de su última rehabilitación, a pagar una parte de la suma asegurada del seguro básico al Beneficiario designado vigente, con la sola presentación del Certificado de Defunción.

En caso de que hubiera varios beneficiarios el pago correspondiente se hará a aquél que presente a la Compañía el Certificado de Defunción, siempre que su parte del seguro sea igual o mayor al pago que por esta cláusula tenga que efectuar la Compañía.

La cantidad que por este concepto pague la Compañía será igual al 10% de la suma asegurada del seguro básico con un límite máximo de _____ (_____) total por todas las pólizas extendidas por la Compañía sobre la vida del Asegurado que al momento de su fallecimiento se encuentren en vigor.

La cantidad que por este concepto pague la Compañía será descontada de la liquidación final de los beneficiarios a quienes se les hizo efectivo el pago.

CAPÍTULO III PROGRAMAS DE BENEFICIOS

Beneficios:

Al ocurrir el fallecimiento, por cualquier causa, del Asegurado, la Compañía pagará en una sola exhibición, a los Beneficiarios designados vigentes, el importe de la suma asegurada en vigor a la fecha del fallecimiento, indicada en la última carátula de la póliza emitida por la Compañía. El pago a los Beneficiarios será realizado conforme lo regulado en la Ley de la Actividad Aseguradora,

artículo treinta y cuatro (34).

CAPÍTULO IV OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

Tan pronto como el (los) beneficiario(s), tuvieren conocimiento de la realización del siniestro 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,
- 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 relativo a la causa y origen de la muerte e informe de las autoridades competentes que intervinieron en el accidente (tránsito, bomberos, cuerpos de seguridad del Estado). O de existir un beneficio adicional indicado en la carátula de la póliza

Cualquier documento adicional que se considere necesario, les será solicitado posteriormente a la entrega de los anteriores.

Definiciones aplicables únicamente cuando se contratan coberturas que amparan riesgos de accidente y/o invalidez. En la carátula de la póliza se especifican los beneficios cubiertos:

Invalidez total y permanente: Para los efectos de esta póliza, se define como INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE el hecho que el Asegurado sufra lesiones corporales o padezca una enfermedad que lo incapacite para el desempeño de todas sus labores diarias propias de su ocupación u otra apropiada a sus conocimientos y aptitudes que pudiere producirle remuneración o utilidad durante un período continuo de seis meses. También se considera INVALIDEZ la pérdida completa e irremediable de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos o de ambos pies o la pérdida conjunta de una mano y un pie. Se entiende por pérdida de una mano su separación absoluta de la articulación de la muñeca o arriba de ella; por pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de él.

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 BENEFICIO DE ANTICIPO POR CÁNCER

Para adherir y formar parte de la Póliza No.

Vigencia del: **al:**

Condiciones

Este beneficio adicional forma parte de la póliza a la cual se adhiere y se encuentre especificado en la carátula de la póliza.

Beneficio otorgado

La suma asegurada correspondiente a este Beneficio Adicional corresponde al cincuenta por ciento (50%) de la suma asegurada principal contratada hasta un máximo de cien mil dólares estadounidenses (USD 100,000.00) o su equivalente en quetzales, especificada en la carátula de la póliza correspondiente, se pagará en el momento que se realice el primer diagnóstico, durante el periodo de cobertura de este Beneficio Adicional, que el asegurado ha desarrollado la enfermedad por Cáncer estipulada en la presente Cláusula.

Enfermedad

Cáncer: Diagnóstico inequívoco de un tumor maligno invasor, verificado por los estudios histopatológicos correspondientes. Incluye leucemia, linfoma maligno, enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de médula ósea, cáncer de piel metastásico y melanomas clasificados con un nivel de Clark III o mayor o un grosor de Breslow mayor a uno punto cinco milímetros (1.5 mm).

Período de Cobertura

El periodo de cobertura de este Beneficio adicional se inicia en la fecha de emisión de la póliza o en la fecha inclusión de este Beneficio adicional mediante el anexo correspondiente, si se agrega a una póliza ya vigente y termina cuando se dé cualquiera de las condiciones estipuladas en la siguiente cláusula, Terminación del beneficio adicional.

Período de espera

Este Beneficio será cubierto luego de los primeros dos (2) años en que la póliza inicie vigencia o de su última rehabilitación.

Terminación del Beneficio adicional

Este Beneficio Adicional termina en lo que ocurra primero entre:

- Si la póliza de la cual forma parte termina, caduca o es anulada por falta de pago.
- Si el Asegurado alcanza la edad de 65 años cumplidos.
- Si se realiza el pago del anticipo.

Aviso de diagnóstico

El Asegurado deberá notificar por escrito a la Compañía la ocurrencia de forma inmediata al momento que tuviere conocimiento del diagnóstico por la enfermedad de Cáncer, no más de treinta (30) días.

Pruebas médicas

El Asegurado debe, a su propio costo, aportar las pruebas que confirmen que tiene derecho al Beneficio. Asimismo, debe brindar la información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio necesarias que sustenten el diagnóstico.

La Compañía tiene derecho de solicitar la confirmación del diagnóstico por un médico de su elección, los gastos serán cubiertos por ella.

Requisitos para el pago del anticipo

- Fotocopia simple y legible del Documento Personal de Identificación (DPI) vigente.
- Fotocopia de la póliza.
- Certificado médico que establezca: fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico, tratamiento médico, estado actual y pronóstico de la paciente.
- Resultados de laboratorios, biopsias, y cualquier documento que pueda respaldar el diagnóstico.

Exclusiones

- No se dará cobertura si el Asegurado ya había sido diagnosticado anteriormente al inicio de vigencia de la cobertura.
- No se brindará la cobertura antes del período de espera de 2 años.
- No aplica si la póliza se encuentra caducada, no vigente o es anulada por falta de pago.
- Por Carcinoma in situ, cáncer in situ, cánceres no invasivos, displasias o condiciones premalignas.
- Cáncer papilar o folicular de tiroides en estadio menor a II de la 8ª edición de la AJCC.
- Cáncer de próstata en estadio menor a II de la 8ª edición del AJCC.
- Carcinoma de células basales o carcinomas de células escamosas de la piel y dermatofibrosarcoma protuberans.
- Cáncer diagnosticado o tratado durante el periodo de espera de 60 días o antes de la fecha de contratación de la póliza, incluyendo sus recurrencias o su extensión local, regional o metastásica, o cáncer diagnosticado con base en células tumorales, moléculas asociadas al tumor o marcadores en sangre, saliva, heces u otros fluidos, en ausencia de evidencia histopatológica definitiva.

Primas

Las primas de este Beneficio, se calculan anualmente según la edad alcanzada del Asegurado.

Edad inexacta

Si después de la inclusión de este anexo se comprobare la inexactitud de edad del Asegurado y como consecuencia se hubiera aplicado una prima mayor o menor, la suma asegurada a pagarse en virtud de este anexo será la que corresponda al importe que la Compañía hubiere asegurado según sus tarifas, teniendo en cuenta la prima efectivamente pagada y la que proceda según la verdadera edad.

SEGUROS G&T, SOCIEDAD ANÓNIMA.

REPRESENTANTE LEGAL.

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 BENEFICIO DE GASTOS MÉDICOS POR REEMBOLSO POR CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA POR ACCIDENTE

Para adherir y formar parte de la Póliza No.

Vigencia del: al:

Accidente

Daños producidos a consecuencia de una acción súbita, fortuita ocasionada por una fuerza externa ajena a la voluntad del asegurado y que provoque la muerte o lesiones corporales, excluyendo cualquier otra causa.

Beneficio otorgado

La Suma Asegurada correspondiente a este Beneficio Adicional se encuentra especificada en la carátula de la póliza, se pagará en el momento en que la asegurado sufra de algún accidente dentro y fuera del territorio nacional(único evento), y presente a la Compañía el reclamo por reembolso de los gastos médicos incurridos que no superen el monto estipulado en la carátula de la póliza.

Cirugía reconstructiva por Accidente

Procedimiento quirúrgico efectuado con el objeto de restaurar una formación corporal que se ve afectada como consecuencia de un accidente.

Condiciones

Este beneficio adicional forma parte de la póliza a la cual se adhiere y se encuentre especificado en la carátula de la póliza.

Edad inexacta

Si después de la inclusión de este anexo se comprobare la inexactitud de edad del asegurado y como consecuencia se hubiera aplicado una prima mayor o menor, la suma asegurada a pagarse en virtud de este anexo será la que corresponda al importe que la Compañía hubiere asegurado según sus tarifas, teniendo en cuenta la prima efectivamente pagada y la que proceda según la verdadera edad.

Período de Cobertura

El periodo de cobertura de este Beneficio adicional se inicia en la fecha de emisión de la póliza o en la fecha inclusión de este Beneficio adicional mediante el anexo correspondiente, si se agrega a una póliza ya vigente y termina cuando se dé cualquiera de las condiciones estipuladas en la siguiente cláusula, Terminación del beneficio adicional.

Terminación del Beneficio adicional

Este Beneficio Adicional termina en lo que ocurra primero entre:

- Si la póliza de la cual forma parte termina, caduca o es anulada por falta de pago.
- Si el asegurado alcanza la edad de sesenta y cinco (65) años cumplidos.
- Si se realiza el pago del reembolso (único evento) de acuerdo a lo establecido por la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza.

Reembolso de gastos médicos:

Serán sujetos de reembolso los gastos que incurra el asegurado por gastos hospitalarios , siempre y cuando los mismos sean derivados de un accidente.

Requisitos para el pago del reembolso

- Formulario de reclamación G&T.
- Facturas emitidas a nombre del titular.
- Detalle de costos unitarios de facturas.
- Resultados de estudios diagnósticos.
- Ingresar la papelería descrita al correo: reclamodigitalvida@gyt.com.gt

Primas

Las primas de este Beneficio, se calculan anualmente según la edad alcanzada del Asegurado.

SEGUROS G&T, SOCIEDAD ANÓNIMA.

REPRESENTANTE LEGAL.

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.