

## PÓLIZA DE SEGURO "VIDA INTEGRAL"

### CONDICIONES GENERALES

#### A. CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

- 1. CONTRATO:** Estas Condiciones Generales, la Solicitud y Carátula, los Anexos y las Condiciones Particulares que se emitan simultáneamente con la póliza o posteriormente se agreguen, previa aceptación del Asegurado constituyen el contrato entre el Asegurado y Seguros G&T, S. A. (en adelante denominada la Compañía).
- 2. ESTIPULACIÓN LEGAL:** El Asegurado, al recibir esta póliza debe cerciorarse que concuerde con la solicitud presentada 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 (los) beneficiario (s) la prestación correspondiente en caso de siniestro cubierto por esta póliza y hasta por la suma asegurada indicada como límite en la Solicitud y Carátula de esta póliza.

#### **4. DEFINICIONES:**

**ASEGURADO:** Es la persona natural expuesta a los riesgos cubiertos por esta póliza.

**BENEFICIARIO (S):** Persona o personas designada(s) por el Asegurado, para recibir de la Compañía los beneficios que el contrato de seguro determina.

**COBERTURAS:** Aquéllas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.

**EDAD:** La edad del Asegurado será la que corresponda al cumpleaños más cercano a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, cumpliendo años sucesivamente en cada aniversario de dicha fecha.

**ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE:** Toda enfermedad que pueda comprobarse que ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza, y que sea conocida por el Asegurado.

**SUMA ASEGURADA:** Es el monto que la Compañía pagará al beneficiario (s) en caso de siniestro cubierto por la póliza, y que está indicado en la Solicitud y Carátula de la póliza.

**SOLICITUD Y CARÁTULA DE LA PÓLIZA:** Documento donde se indican los datos particulares de la póliza, como son: número de la póliza, nombre del Asegurado y del (los) Beneficiario (s), dirección del

Asegurado, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, porcentaje de indemnización y firmas de la Compañía y del Asegurado.

5. **VIGENCIA DE LA PÓLIZA.** La Compañía asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza. La vigencia de la póliza se hará constar en la Solicitud y Carátula de la póliza, con indicación de la fecha en que se emita y el día de fecha de inicio y fin de vigencia.
6. **EDAD DE CONTRATACIÓN Y RENOVACIÓN.** La edad mínima de contratación es de dieciocho (18) años y la edad máxima de contratación de este seguro es de sesenta y cinco (65) años cumplidos y podrá ser renovado hasta que el Asegurado alcance la edad de setenta (70) años.
7. **RENOVACIÓN.** El contrato de seguro se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de la vigencia anterior y por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica una nueva póliza, sino la prórroga de la anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en la póliza, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.
8. **PERÍODO DE GRACIA.** La Compañía concede un plazo de gracia para el pago de las primas de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima, en el entendido de que durante tal plazo la póliza continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, la Compañía tendrá la obligación de pagar la prestación correspondiente, previa deducción de la Prima pendiente de pago.
9. **PRIMAS.** El Asegurado debe la prima desde el momento del inicio de vigencia del contrato. En caso de que la prima de la póliza no sea pagada en la fecha de su exigibilidad, la Compañía tendrá derecho a resolver la póliza de conformidad con lo indicado en el numeral ocho (8) anterior. El pago de una prima solamente conserva en vigor el contrato por el tiempo al cual corresponde dicho pago. La forma de pago de la prima se hará constar en la Solicitud y Carátula de la póliza.
10. **DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD.** El Asegurado perderá todo derecho de indemnización bajo esta póliza si en la Solicitud y Carátula de la póliza o en cualquier otro documento que entregue a la Compañía consigna datos o circunstancias que fueren falsos o que contengan omisiones voluntarias que hicieran suponer una disminución del riesgo, induciendo a la Compañía a aceptar el riesgo, cuando de conocer tales circunstancias la Compañía hubiera rechazado la aceptación del Seguro o lo hubiera aceptado en otras condiciones. En este caso, la Compañía quedará relevada de toda responsabilidad. La Compañía, dentro del mes siguiente a aquel en que conoció los datos o circunstancias que aquí se mencionan, notificará al Asegurado que da por terminado el contrato y en caso de que transcurra dicho plazo sin que se haga la notificación correspondiente, la Compañía perderá el derecho de invocarla.
11. **BENEFICIARIOS.** El Asegurado tiene el derecho de designar en la Solicitud y Carátula de la póliza a sus beneficiarios y el porcentaje a distribuir a cada uno de ellos.  
En caso de que algún beneficiario falleciere antes o simultáneamente con el Asegurado, la parte que le corresponda acrecerá a favor de los demás beneficiarios sobrevivientes, y si todos hubiesen fallecido, la prestación convenida se hará a favor de los herederos legales del Asegurado. A los efectos del seguro, se presume que el beneficiario de que se trate ha fallecido simultáneamente con el Asegurado cuando el suceso que da origen al fallecimiento, ocurra en un mismo momento, independientemente de que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.  
El Asegurado tiene derecho en cualquier momento de cambiar de beneficiarios y deberá comunicarlo por escrito a la Compañía.

## **12. EXONERACIÓN 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) involucrado presenta (n) una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.
- b) Si el Asegurado o el (los) beneficiario (s) no puede (n) probar la ocurrencia del siniestro.
- c) Si el Asegurado o el (los) beneficiario (s) actuase (n) con dolo o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Asegurado o del beneficiario.
- d) Si el Asegurado o el (los) beneficiario (s) actuasen con culpa grave, o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Asegurado o del beneficiario; no obstante, la Compañía estará obligada al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado como consecuencia del cumplimiento de un deber de solidaridad humana o en tutela de intereses comunes con la Compañía en lo que respecta a la Póliza.
- e) Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las coberturas, y Anexos de la Póliza, siempre que las mismas no contradigan normas legales aplicables.

**13. MODIFICACIONES Y REHABILITACIÓN.** Toda modificación de esta póliza entrará en vigor a partir de la fecha en que el Asegurado, según sea el caso, notifique su consentimiento a la proposición formulada por la Compañía, o cuando ésta comunique al Asegurado su aceptación a la solicitud de modificación por éste efectuada. Si la modificación requiere pago de prima adicional, se aplicará lo dispuesto para el contrato en los numerales ocho (8) y nueve (9) de estas Condiciones Generales. Una vez caducada, la póliza puede ser rehabilitada a solicitud escrita del Asegurado, sólo si el Asegurado se encuentra en buen estado de salud, según declaración de salud o reconocimiento médico. En este caso, se requiere el pago de las primas atrasadas y la aceptación por parte de la Compañía, entrando el contrato de nuevo en vigor, desde el día señalado en la Solicitud y Carátula de la póliza o en anexo correspondiente, con sujeción a cualquier condición nueva que establezca la Compañía.

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de modificar el contrato o de rehabilitarlo cuando así lo comunique por escrito la Compañía al asegurado. Cuando a criterio de la Compañía la modificación o rehabilitación del contrato, hagan necesario un reconocimiento médico, esta tendrá validez hasta el momento en que la Compañía lo comunique por escrito al asegurado. El requerimiento de la Compañía de que el Asegurado se realice el examen médico, no implica aceptación.

**14. PAGO DE INDEMNIZACIONES.** La Compañía tendrá la obligación de indemnizar el monto del siniestro cubierto dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que la Compañía haya recibido toda la documentación necesaria que se requiere para sustentar la reclamación.

**15. RECHAZO DE LA RECLAMACIÓN.** La Compañía deberá notificar por escrito dentro del plazo señalado en el numeral anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial de la indemnización exigida.

**16. JURISDICCIÓN.** El Asegurado, los beneficiarios 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 de este Contrato.

**17. 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.

- 18. AVISOS.** Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a la póliza deberá hacerse mediante comunicación escrita, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal de la Compañía o a la dirección del Asegurado que conste en la póliza, según sea el caso.
- 19. MONEDA.** Todos los pagos hechos por el Asegurado deben ser ejecutados en la moneda pactada en la Solicitud y Carátula de la póliza, sin necesidad de requerimiento o cobro alguno. A su vez, es obligatorio para la Compañía atender el cumplimiento de sus compromisos en el mismo tipo de moneda.

## **B. COBERTURAS**

### **1. RIESGOS CUBIERTOS.**

Mediante la presente póliza la Compañía garantiza al Asegurado, al Beneficiario o Beneficiarios, según sea el caso, la indemnización indicada en la Solicitud y Carátula de la póliza de acuerdo con las siguientes coberturas:

- a. Muerte por cualquier causa.**
- b. Muerte Accidental.**
- c. Pago Adicional por Enfermedades Graves.**

### **2. CONDICIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.**

**Mediante esta Cobertura se indemnizará al Beneficiario o a los Beneficiarios, según sea el caso, la Suma Asegurada indicada en la Solicitud y Carátula de la póliza al ocurrir la muerte del Asegurado.**

#### **2.1. SUICIDIO.**

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

#### **2.2. LIBRE DE RESTRICCIONES.**

Esta cobertura no contiene restricciones para el Asegurado en lo que se refiere a viajes, ocupación o residencia.

#### **2.3. INDISPUTABILIDAD.**

Las omisiones o inexactas declaraciones del solicitante del seguro, diversas de las referentes a la edad del asegurado dan derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato, pero dicho derecho caducará si la póliza ha estado en vigor, en vida del asegurado, durante dos (2) años contados a partir de su inicio de vigencia o de la última rehabilitación.

#### **2.4. EDAD.**

La edad del Asegurado será calculada de acuerdo con la fecha de nacimiento consignada en su cédula de vecindad o en su documento personal de identificación (DPI) o en el pasaporte para el caso de extranjeros. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la Compañía sólo podrá dar por terminado el contrato si la edad real estuviere fuera de los límites de admisión fijados por la propia Compañía.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de dichos límites, se aplicarán las reglas siguientes:

- a.** Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá en la proporción

que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

- b. Si a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar el exceso de las primas percibidas, sin intereses. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- c. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la Solicitud y Carátula de la póliza, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Compañía procederá conforme lo indicado en las literales a. y b. de esta cláusula según corresponda.

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. CONDICIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL.**

Si durante la vigencia de esta cobertura ocurre un accidente cubierto por la misma, que ocasione la muerte al Asegurado, la Compañía, adicionalmente a la indemnización por la Cobertura de Muerte por Cualquier Causa, indemnizará al Beneficiario o a los Beneficiarios, según sea el caso, la Suma Asegurada indicada en la Solicitud y Carátula de la póliza para esta cobertura.

#### **3.1. DEFINICIÓN DE ACCIDENTE.**

Es toda lesión corporal sufrida por el Asegurado derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado que produzca su muerte.

#### **3.2. COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE.**

Para tener derecho a la indemnización por accidente, el Beneficiario o los Beneficiarios deberán suministrar a la Compañía las pruebas necesarias para la comprobación de las causas del accidente, la forma en que se produjo y las consecuencias del mismo.

Además, la Compañía tendrá el derecho de exigir del Beneficiario o de los Beneficiarios toda clase de información acerca del accidente y de sus consecuencias, así como cualquier documento razonable para comprobar el derecho a una indemnización.

#### **3.3. EXCLUSIONES.**

Quedan excluidos los accidentes:

- Provocados intencionalmente por el Asegurado;
- Originados por su estado de embriaguez o perturbación mental;
- Determinados por suicidio o tentativa de suicidio;
- Ocasionados a consecuencia de guerra, insurrección, movimientos telúricos, inundación, terrorismo, motín o conmoción civil, daños maliciosos y cualquier hecho que las leyes califiquen como delitos contra la seguridad interior del Estado;
- Originados por haber tomado parte en carreras de cualquier naturaleza, ya sea como conductor o acompañante;
- Resultantes de duelos, peleas o riñas, salvo el caso de legítima defensa así declarada por la autoridad competente;
- Ocurridos mientras el Asegurado se encuentre viajando como piloto o tripulante de cualquier tipo de aeronave, o como pasajero de helicóptero privado;
- Ocasionados por asesinato;
- Provocados por violación a cualquier Ley;
- Ocasionados por operaciones submarinas;

- **Producidos por enfermedades mentales o corporales de cualquier naturaleza, así como los ocasionados por rayos X, rayos láser o por cualquier contaminación radioactiva;**
- **Provocados por intoxicaciones e infecciones bacterianas.**

#### **4. CONDICIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE PAGO ADICIONAL POR ENFERMEDADES GRAVES**

Si durante la vigencia de la Póliza la Compañía recibiera pruebas fehacientes de que al Asegurado se le ha diagnosticado que ha sufrido o desarrollado una de las condiciones que conllevan las enfermedades graves indicadas en el siguiente apartado, la Compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada establecida en la Solicitud y Carátula de la póliza, en forma de indemnización única y definitiva librando a la Compañía de cualquier otra obligación por esta cobertura. La Suma Asegurada para esta cobertura será establecida por la Compañía e igual a un porcentaje de la Suma Asegurada correspondiente a la Cobertura de Muerte por Cualquier Causa, según se indique en la Solicitud y Carátula de la póliza.

##### **4.1. DEFINICIONES.**

Para los efectos de esta cobertura se entiende lo siguiente:

**4.1.1. Infarto al Miocardio:** La muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico se basa en: un historial de dolores torácicos típicos, nuevos cambios de electrocardiograma y una elevación de las enzimas cardíacas.

**4.1.2. Cáncer:** Una enfermedad provocada por un tumor maligno cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolados de células malignas y la invasión de tejidos. El término cáncer incluye también la leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático.

**4.1.3. Derrame o Hemorragia e Infarto Cerebrales:** Cualquier incidencia cerebro-vascular con secuelas neurológicas de una duración de más de veinticuatro (24) horas, que incluye la muerte de tejido cerebral, hemorragia y embolia originada en una fuente extra-craneal. En esta enfermedad tiene que quedar comprobada una deficiencia neurológica de una duración de por lo menos tres (3) meses.

**4.1.4. Cirugía Arterio – Coronaria:** La intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos (2) o más arterias coronarias, las cuales se encuentran torcidas o bloqueadas, implantando un by-pass arterio coronario (CABG = Coronary Artery Bypass Graft). La necesidad de tal intervención quirúrgica tiene que haber sido comprobada mediante la angiografía coronaria.

**4.1.5. Insuficiencia Renal:** La etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de éstos, por lo cual se hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante de riñón.

**4.1.6. Cirugía para una Enfermedad de la Aorta:** La intervención quirúrgica para una enfermedad de la aorta que necesita una escisión y reemplazamiento quirúrgico de la aorta enferma con un injerto. Para el propósito de esta definición, se entiende por aorta la torácica y abdominal aorta, pero no sus ramas.

**4.1.7. Reemplazo de la Válvula del Corazón:** La intervención quirúrgica para el reemplazo de una o más válvulas coronarias con válvulas artificiales. Esto incluye el reemplazo de válvulas aórtica, mitral, tricúspide y pulmonar, con válvulas artificiales debido a estenosis o incompetencia o una combinación de estas condiciones.

**4.1.8. Trasplante de Órganos:** La intervención quirúrgica al Asegurado mediante la cual se trasplanta cualquiera de los órganos (o parte de uno de ellos), que se mencionan a continuación, proveniente de un donante humano fallecido o vivo. Los únicos trasplantes de órganos que están cubiertos bajo esta Póliza son los de: Corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea o alguna combinación de éstos, siempre que sea médicamente necesario.

**4.1.9. Parálisis:** La total y permanente pérdida del uso de dos (2) o más extremidades por parálisis debido a un accidente o enfermedad. Las extremidades superiores comprenden desde el hombro hasta los dedos de las manos y las extremidades inferiores desde la cintura pelviana hasta los dedos de los pies.

**4.1.10. Esclerosis Múltiple:** Anormalidades neurológicas producidas por la degeneración de tejido neural endurecido, que existan por un período continuo de al menos tres (3) meses y al menos una recaída de esas anormalidades. Deben estar evidenciadas por un síntoma típico de afectación de las funciones sensoriales y motoras.

**4.2. MÉDICAMENTE NECESARIO O NECESIDAD MÉDICA:** Es el tratamiento, servicio, suministro, medicamento o estancia en un Hospital o Centro de Trasplante o parte de una estancia en un Hospital o Centro de Trasplante, el cual:

- Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de la Persona Asegurada;
- No excede en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado;
- Ha sido prescrito por un Médico;
- Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en Guatemala; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento; y
- No puede ser administrado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente.

#### **4.3. PERÍODO DE ESPERA.**

**4.3.1. Período de Espera al inicio de vigencia.** A partir de la fecha del inicio de vigencia de esta cobertura se establece un período de espera de tres (3) meses antes de que un siniestro esté amparado por esta cobertura.

**4.3.2. Período de Espera a partir del diagnóstico.** Se aplicará un período de espera de treinta (30) días contados a partir del diagnóstico de la enfermedad, para que el Asegurado tenga derecho a la Suma Asegurada contratada en esta cobertura.

#### **4.4. EXCLUSIONES.**

En lo que se refiere a las enfermedades amparadas por esta cobertura, quedan excluidas las enfermedades que hayan sido causadas a consecuencia de:

- Intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del Asegurado.
- Adicción al alcohol o drogas, siempre y cuando éstas últimas no hayan sido prescritas por un médico.
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.)
- Cáncer no invasivo e in-situ, así como el cáncer de piel, excepto melanoma de invasión.
- La angiografía o cualquier otra intervención intra-arterial.
- Daños de la aorta producto de traumatismos.
- Reparación de válvulas, valvulomía y valvuloplastia.

#### **5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.**

Tan pronto como el asegurado o, en su caso el beneficiario, tuvieren conocimiento de la realización del siniestro deberán comunicárselo a la Compañía. El aviso deberá darse por escrito y dentro de un plazo

de diez (10) días hábiles. Cualquier aviso fuera de este plazo no invalidará la reclamación si el beneficiario o el Asegurado demuestran que no fue posible dar el aviso en el plazo establecido, pero la Compañía se reserva el derecho de reducir la prestación debida si el aviso no se hubiera dado dentro del plazo establecido.

A dicho aviso se debe adjuntar:

**a. EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO**

- Póliza Original.
- Original y fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado.
- Fotocopia legalizada de la Cédula de Vecindad, 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.
- 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).

**b. EN CASO DE ENFERMEDAD GRAVE DEL ASEGURADO**

- Póliza Original.
- Fotocopia legalizada de la Cédula de Vecindad, Documento Personal de Identificación o del pasaporte en caso de extranjeros, del Asegurado y de los Beneficiarios.
- Informe médico, que indique el tipo de enfermedad o lesión en cuestión.
- Resultados de todos los exámenes practicados.
- Información clínica, radióloga históloga y de laboratorio.
- Cualquier otro tipo de informe médico, otros resultados de exámenes y otros documentos justificativos del estado de salud y condiciones físicas del Asegurado.

La Compañía podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente siempre y cuando sean razonables para la resolución del caso.

Texto Registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución N°      de fecha      de