

POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES CONDICIONES GENERALES

1. CONTRATO COMPLETO

La presente Póliza, la solicitud de seguro y declaraciones complementarias que el Asegurado ha firmado y entregado a la Aseguradora., estas cláusulas, cláusulas adicionales, anexos y endosos adheridos a la Póliza, constituyen el contrato integro del seguro, el cual se ha basado y se interpretara, ejecutara y cumplirá con los principios de la verdad sabida y buena fe guardada, a manera de conservar y proteger las rectas y honorables intenciones y deseos de los contratantes, sin imitar con interpretación arbitraria sus efectos naturales.

2. ACEPTACION DE LA POLIZA Y SUS MODIFICACIONES

"En los contratos cuyo medio de prueba consiste 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 consideraran aceptadas las estipulaciones de esta, si no solicita la mencionada rectificaciones dentro de los quince días siguientes, el Contratante que expide el documento no declara al que solicito la rectificación, que no puede proceder a estarse entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este ultimo".-Artículo 673 del Decreto del Congreso numero 2-70 Código de Comercio.-

3. CONTRATANTE Y SUS OBLIGACIONES

Puede ser Contratante la persona natural o jurídica, capaz de celebrar la contratación de la Póliza con el consentimiento de los componentes del Grupo Asegurado. La solicitud que ha servido de base para expedir la presente Póliza, ha sido suscrita por el Contratante.

Son obligaciones del Contratante:

- a) Pagar en las oficinas centrales de la Aseguradora, el total de la prima, ya sea ésta sin contribuciones o contributiva; en este último caso, deberá recaudar en la oportunidad debida el porcentaje respectivo de los integrantes del Grupo Asegurado.
- b) Informar por escrito a la Aseguradora, adjuntando los documentos del caso en cuanto a:
 - 1) Nuevos ingresos al Grupo, con su respectivo consentimiento;
 - 2) Separaciones definitivas del Grupo
 - 3) Cualquier situación de los asegurados que afecte alguna de las Cláusulas de la Póliza; y
 - 4) Propuesta de modificación de las sumas aseguradas, a reserva de lo que la Aseguradora decida al respecto.
- c) Dar a conocer al personal que se asegure, la necesidad de declarar exactamente su ocupación y la edad.
El Contratante que concluya sus obligaciones para con el Grupo Asegurado, debe notificarlo por escrito a la Aseguradora, en un término que no exceda de 8 días, desde la fecha en que finalizaron sus obligaciones. La Aseguradora podrá decidir a su juicio, y conforme a la Ley, la rescisión de la Póliza durante treinta (30) días corridos siguientes a la fecha de haber recibido la notificación y sus obligaciones terminarán treinta (30) días corridos después de haber sido notificada la rescisión al nuevo Contratante. La Aseguradora reembolsará a éste la parte proporcional de la prima pagada que pudiera resultar no consumida.

4. DEFINICION DE ACCIDENTE

Se entiende por accidente, para los efectos de este seguro toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independiente de su voluntad y debida a una fortuita, momentánea y externa que le haya producido directamente la muerte, invalidez, pérdida de miembros o incapacidad temporal.

Serán considerados también como accidentes:

- a. Los causados por explosiones, descargas eléctricas o atmosféricas
- b. Las quemaduras causadas por fuego, escapes de vapor imprevistos o el contacto con ácidos y corrosivos.
- c. La asfixia accidental producida por agua, gas, humo o vapores
- d. Las infecciones respecto las cuales quede probado que el virus ha penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto
- e. Las mordeduras o picaduras de insectos y sus consecuencias (con las excepciones de las cláusulas 4 y 5) así como las inoculaciones infecciosas debidas a pinchazos sufridos en el ejercicio de la profesión.
- f. Los casos de legítima defensa o tentativas de salvar personas o bienes en peligro.
- g. Los que se produzcan como consecuencia de fenómenos de la naturaleza.
- h. La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancia tóxica o alimentos adquiridos en mal estado o consumidos en lugares públicos

Así mismo se consideran cubiertos por este seguro los accidentes debidos a:

- a. Empleo de medios normales de locomoción, carruajes, autobuses de servicios publico, tranvías, ferrocarriles, etcétera y viajando en buques o aviones de líneas comerciales regulares, siempre y cuando el Asegurado viaje en calidad de pasajero.
- b. Usar o conducir automóviles o carruajes de tracción animal, montar bicicleta (sin motor) o a caballo, ir como pasajero en sidecar de motocicletas, y.

Practicar en calidad de aficionado y sin que se ejerciten como profesión los siguientes deportes: atletismo, beisbol, boliche o bolos deportes marítimos a vela, motor o remo, por lagos, canales, ríos o mares a distancia no superior a dos millas de la costa, equitacion, excursionismo siguiendo caminos bien trazados y no peligrosos, futbol, gimnasia, pedestrismo, pelota a mano, a cesta o a pala, natación, pesca no submarina, tenis y golf.

5. EXCEPCIONES

Podrán asegurarse solamente mediante especial y previo pago de la sobrestima correspondiente, los siguientes riesgos y sus consecuencias:

- a. Profesiones con intervención en corrientes eléctricas de alta tensión (mas de 250 voltios), o uso de explosivos, pilotos aéreos o marinos, conductores habituales de vehículos de transporte publico o comercial.
- b. El uso o conducción de motocicletas.
- c. Pilotos aéreos o marinos de cualquier clase, vuelos como pasajeros en aviones, avionetas o helicópteros particulares o militares, (salvo los casos a que se refiere el inciso. Del segundo párrafo, cláusula 3).
- d. La práctica de los siguientes deportes: cacerías a caballo, polo, esquí acuático, pesca submarina, navegación en alta mar, cacería de animal salvaje reputado como peligroso, alpinismo, deportes de invierno, patinaje y chueca,
- e. Se dedique a oficio o profesión que a juicio de la Aseguradora se clasificado como riesgo peligroso y constante, sumamente peligroso o comúnmente no sea asegurable.

6. EXCLUSIONES

El seguro a que se refiere esta póliza no cubre la muerte, incapacidad lesiones o cualquier otra pérdida causada directa o indirectamente, en todo o en parte por:

- a. Las lesiones corporales o la muerte causadas por armas de fuego o armas contundentes o punzo cortantes.
- b. Las enfermedades de cualquier clase y naturaleza (incluso las profesionales), lumbago, ciáticas, esguinces musculares o menos que se pruebe de una manera fehaciente que son consecuencia directa de un accidente cubierto, las lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una enfermedad o estado morbo (validos, desvanecimientos y síncope, ataques de apoplepsia o epileptiformes, roturas de aneurismas, varices, etcétera) y las hernias de cualquier clase que sean, ni sus agregaciones.
- c. Las insolaciones, congelaciones, congestión y otros efectos de la temperatura o presión atmosféricas, salvo que el Asegurado este expuesto a ellas por consecuencia de un accidente cubierto por el Seguro.
- d. Los envenenamientos y las infecciones de carácter general, como la malaria la fiebre interferente, el tifus exantemático, la enfermedad del sueño, la fiebre amarilla.
- e. Los que sobrevengan al Asegurado en estado de perturbación mental, de embriaguez o sonambulismo.
- f. Los accidentes causados o provocados intencionalmente por el Asegurado o por el Beneficiario de la Póliza.
- g. El suicidio, intentando, frustrado o consumado del Asegurado, (este o no en su sano juicio)
- h. Las lesiones que el Asegurado se cause a si mismo, como resultado de practicas higiénicas en su persona (como arreglo de uñas extirpación de callos, etcétera), así como las consecuencias de operaciones quirúrgicas y las irradiaciones de cualquier clase que no hayan sido motivadas por el tratamiento de un accidente cubierto: las lesiones producidas por Rayos X, ni las consecuencias de la acción repetida de los mismos u otros, y los de radio o cualquier materia radioactiva.
- i. Los sufridos por el Asegurado debido a actos de imprudencia, temeridad o negligencia grave, tomando parte en carreras de velocidad o
- j. Resistencia en apuesta y en concursos de cualquier naturaleza en ascensores y viajes aeronáuticos de toda clase, paracaidismo, navegacion Submarina, boxeo o cualquier clase de lucha personal, acoso, derribo y encierro de reses bravas, y en general todo acto notoriamente Peligroso o delictivo.
Los que ocurran como consecuencia de guerra, levantamiento de fuerzas armadas, revolución, sedición, motín o desorden publico y huelgas; duelos desafíos y riñas, salvo en casos plenamente probado de legitima defensa.
- k. Los que ocurran mientras el Asegurado este sirviendo en las Fuerzas Armadas de cualquier país o autoridad internacional, ya sea en tiempo Prrrata que corresponde por cualquier periodo en que el Asegurado preste dicho servicio durante la vigencia de este seguro.

7. PERSONAS NO ASEGURABLES

No son asegurables y en caso quedarían excluidas del seguro las personas afectadas de enfermedades o defectos graves como la ceguera. Sordera, parálisis, apoplejías, epilepsia, diabetes, hemofilia, tuberculosis, sífilis, personas alcohólicas o dadas al uso de drogas y las que hayan sufrido Ataques de delirium tremens o de enajenación mental.

Si una enfermedad anterior o posterior al accidente agravara las consecuencias de este, se indemnizaran solamente las consecuencias que hubiera Probablemente tenido tal accidente sin la influencia agravante de la enfermedad, estado morbo, o defecto.

No son asegurables las personas mayores de 69 años de edad. Si la Póliza se hubiera renovado anualmente se considerara cancelada al terminar el periodo de seguro dentro del cual hubiere cumplido el asegurado los 69 años de edad.

8. PAGO DE PRIMAS

El Contratante, en representación del Grupo Asegurado, debe pagar a la Aseguradora en las oficinas de ésta, en la ciudad de Guatemala, la prima estipulada en la primera página de esta Póliza, en las fechas estipuladas como pacto en contrario en el anexo de pagos fraccionados.

Para facilitar el pago de las primas, la Aseguradora puede cobrarlas en el domicilio del Contratante, por medio de un agente recaudador debidamente autorizado, sin que tal procedimiento constituya precedente ni releve al Contratante de su obligación de efectuar sus pagos en las oficinas centrales de la Aseguradora en la fecha o las fechas pactadas en la Póliza. En consecuencia, el Contratante no podrá alegar la falta de cobro como motivo de insolvencia justificada y la Aseguradora no se obliga a cobrar ni a requerir el pago de las primas, ni a dar aviso de su vencimiento y, si lo hiciera no sentará precedente, pudiendo suspender esa gestión en cualquier momento sin notificación alguna al Contratante y sin que eso pueda ser invocado por él para justificar la falta de pago.

Todo pago de primas debe acreditarse sólo por medio de documentos oficiales expedidos por la Aseguradora y refrendados por el Recaudador o Cajero correspondiente.

El pago de la prima puede efectuarse bajo las siguientes formas: Contributivo o Sin Contribución, para lo cual rigen las siguientes normas.

- a) En el pago Sin Contribución, debe asegurarse el CIEN POR CIENTO DEL GRUPO ASEGURABLE.
- b) Bajo la forma de pago Contributivo, debe estar asegurado como mínimo, el 75% del Grupo Asegurable y este porcentaje no debe ser inferior a 5 personas.
- c) Cuando la suma asegurada de cada miembro del Grupo sufra variación al iniciarse cada período asegurado, la Aseguradora determinará la prima individual multiplicando la prima de tarifa que corresponda a cada uno de los miembros del Grupo, por la obligación individual efectiva al momento de determinar la prima.
- d) Si al formalizarse el presente seguro se considera que durante la vigencia del mismo existe la posibilidad de ingreso al Grupo de determinado miembro o miembros del Grupo, por la obligación individual efectiva al momento de determinar la prima.
 1. La edad y ocupación al empezar la fecha de vigencia de esta Póliza;
 2. La fecha de aceptación de ingreso al Grupo Asegurado;
 3. El tiempo que falte para concluir el período asegurado, y
 4. La suma asegurada que se cubra durante dicho período parcial.

Al empezar cada período de vigencia del seguro, el registro de asegurados también podrá comprender los nombres y conceptos de aquellas personas que sean elegibles para ingresar al grupo dentro de dicho período.



Cuando los miembros del Grupo Asegurado estén obligados a contribuir en el pago de la prima, y alguno de ellos no cumpla con cubrir la parte que le corresponda, el Contratante puede solicitar la baja del mismo a la Aseguradora.

9. ALTA DE ASEGURADOS

Las personas que llenen los requisitos establecidos por la Aseguradora podrán ingresar al Grupo Asegurado con posterioridad a las fechas de emisión o renovación de esta Póliza. Este derecho sólo se reserva a los que manifiesten su consentimiento dentro de los 30 días corridos siguientes a su ingreso o alta en la Empresa o entidad Contratante, encontrándose éstos en servicio activo de la misma.

Los que soliciten su ingreso dentro del Grupo Asegurado con posterioridad, quedan sujetos a las normas de selección de la Aseguradora para seguros individuales.

En ambos casos, la Aseguradora cobrará al Contratante la parte de la prima que corresponda al tiempo que falte para concluir el período asegurado. Queda entendido y convenido que dicha prima siempre se computará por meses completos.

10. BAJA DE ASEGURADOS

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejan de estar amparadas en la presente Póliza desde el momento de dicha separación; quedando automáticamente sin validez alguna el Certificado Individual de Seguro emitido a su favor por la Aseguradora. En estos casos, la parte de la prima que resulte no devengada, será restituida al Contratante por la Aseguradora. Queda entendido que dicha prima siempre se computará por meses completos.

11. CAMBIO DE OCUPACION

Cuando ocurra un cambio de ocupación a otra considerada mas peligrosa, o agravación del riesgo, el Asegurado deberá dar aviso a la Aseguradora el día hábil siguientes a aquel en que lo conozca, con el objeto de fijar la sobreprima que corresponda, la cual el Asegurado deberá pagar inmediatamente en el domicilio de la Aseguradora, si el riesgo fuere aceptado. En caso de accidente y no haberse dado el aviso y pagado la sobreprima en la forma aquí establecida, la suma asegurada se reducirá, a la que hubiere obtenido con la prima pagada de no haber omisión o declaración inexacta, siempre que el nuevo riesgo se asegurable. En caso de no se asegurable, conforme a las normas de la Aseguradora, esta quedara liberada de toda obligación en cuanto al pago del siniestro, debiendo únicamente devolver la prima no devengada a contar de la fecha del accidente.

12. CAMBIO DE BENEFICIARIO

A menos que el Asegurado nombre a un beneficiario irrevocable, el Asegurado se reserva el derecho de cambiar el beneficiario, y el consentimiento de tal beneficiario o beneficiarios no será necesario para renunciar esta póliza, cederla, cambiar el beneficiario ni efectuar otro cambio en la misma.

13. AVISO Y PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE

El Asegurado deberá dar aviso por escrito a la Aseguradora dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha del accidente, de cualquier lesión cubierta bajo la presente póliza. En caso de muerte accidental del Asegurado, el beneficiario o su representante legal, deberán dar aviso inmediato de la misma a la Aseguradora.

La falta de aviso dentro del término estipulado en esta Póliza no afectara la validez de la reclamación si se demuestra que no fue posible, dentro de la razonable, dar tal aviso y que se informo del acontecimiento a la Aseguradora inmediatamente sea posible.

Al recibir el aviso del accidente, la Aseguradora suministrara al reclamante los formularios que tiene en uso para la presentación de las pruebas de las pérdidas sufridas. En caso de que la Aseguradora por alguna circunstancia, no proporcionare las mencionadas formas dentro de los quince (15) días de haber recibido el aviso, bastara que el Asegurado, su beneficiario o los representantes legales respectivos, presenten su reclamación por medio de carta a la que acompañaran las pruebas correspondientes relativas al acontecimiento, así como a la naturaleza y extensión de la pérdida.

Las pruebas de las pérdidas sufridas deberán presentarse a la Aseguradora, en caso de reclamación por incapacidad dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha en que termina el periodo por el cual la Aseguradora es responsable y en caso de cualquier otra pérdida dentro de los ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha en que ocurrió la pérdida.

La Aseguradora tendrá derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado cuando lo crea necesario y tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente de cualquier reclamación conforme a la presente Póliza, y también el derecho y la oportunidad de solicitar se efectúe una autopsia en caso de muerte, cuando no fuere prohibido por la ley.

14. INDEMNIZACIONES ASEGURADAS Y SU FORMA DE PAGO EN CASO DE MUERTE

En caso de muerte ocurrida inmediatamente o dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente, la Aseguradora pagara la cantidad total asegurada al último beneficiario designado por el Asegurado.

EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Como consecuencia de un accidente y el Asegurado quede total y permanentemente incapacitado e impedido de desempeñar todos y cualquiera de los deberes inherentes a su ocupación o empleo, la Aseguradora procederá como sigue:

- La suma asegurada integra en los casos de invalidez total y permanente, entendiéndolos como tal, pérdida o mutilación de ambos brazos o de ambas manos de un brazo y una pierna o una mano y un pie o de ambas piernas o ambos pies, enajenación mental incurable, ceguera absoluta o parálisis completa.
- La parte proporcional de la suma pagada que para cada caso determina la tabla de beneficios que se detalla a continuación, cuando la invalidez sea parcial

TABLA DE BENEFICIOS

	DERECHO	IZQUIERDO
Perdida total del brazo.....	70%	60%
Perdida total del antebrazo.....	65%	55%
Perdida total de la mano.....	60%	50%
Perdida total del movimiento del hombro.....	30%	20%
Perdida total del movimiento del codo.....	20%	15%

Perdida total del movimiento de la muñeca.....	20%	15%
Perdida total del pulgar e índice.....	40%	30%
Perdida total de tres dedos completos incluidos el pulgar o índice.....	35%	30%
Perdida total del pulgar y otro dedo que no sea el índice.....	30%	25%
Perdida total del índice y otro dedo que no sea el pulgar.....	25%	20%
Perdida total del pulgar solo.....	22%	18%
Perdida total del índice solo.....	15%	12%
Perdida total del medio, anular o del meñique.....	10%	8%
Perdida total de dos de estos últimos dedos.....	15%	12%
Perdida total de una pierna o de un pie.....	50%	
Amputación parcial de un pie comprendidos todos los dedos.....	40%	
Sordera completa de los dos oídos.....	50%	
Ablación de la mandíbula inferior.....	30%	
Perdida total de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular..	30%	
Perdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla.....	20%	
Acortamiento de más de 5cm. De un miembro inferior.....	15%	
Sordera completa de un oído.....	15%	
Perdida total del dedo gordo de un pie.....	10%	
Perdida total de otro dedo de un pie.....	5%	

Cuando el Asegurado sea zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización que figuran en la Tabla de Beneficios que antecede.

Para cada falange de los dedos solo se considerara invalidez permanente su pérdida total, computándose la indemnización correspondiente en la forma siguiente: Por la pérdida de una falange del pulgar o del dedo gordo del pie, la mitad, y por la pérdida de la falange de cualquier otro dedo, un tercio del porcentaje establecido para la pérdida total del respectivo dedo.

La pérdida funcional absoluta e incurable de un órgano o miembro, será considerada como pérdida total.

- c) Cuando la pérdida, inutilización o disminución funcional es solamente parcial, el grado de invalidez se fija reduciendo las citadas tasaciones en la misma proporción. La indemnización total pagadera para varias pérdidas o inutilizaciones causadas por accidentes se calculara sumando los importes correspondientes a cada una de las mismas, sin que dicha indemnización total pueda exceder de la cantidad asegurada para el caso de invalidez completa. El grado de invalidez de los casos que no se hayan previsto en los párrafos anteriores, se fijara en proporción a las tasaciones ya indicadas, sin tener en cuenta la profesión del Asegurado.
- d) El grado de invalidez que resulte a consecuencia de un accidente no será aumentado por el hecho de que el Asegurado ya tuviese antes de ocurrir los siniestros defectos corporales en miembro u órganos los afectados por el accidente.
- e) Si un órgano o miembro afectado por un accidente presenta con anterioridad a este, algún defecto físico o funcional, el Asegurado tendrá derecho a percibir solamente la indemnización correspondiente a la diferencia entre el grado de invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.
- f) La indemnización por invalidez permanente se pagara de una sola vez, dentro de los quince (15) días siguientes de fijado el grado de invalidez, que deberá fijarse dentro de los dos años de ocurrido el accidente. Cualquier anticipo o pago efectuado por la Aseguradora por concepto de invalidez permanente, se deducirá de la indemnización final.
- g) Cualquier pago que la Aseguradora haya hecho en concepto de invalidez permanente se considerara como adelanto sobre el capital asegurado para el caso de muerte y se deducirá del mismo si esta sobreviniera como consecuencia del mismo accidente.

EN CASO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Si el accidente impide al Asegurado dedicarse a sus ocupaciones habituales, la Aseguradora le abonara, mientras dure tal incapacidad, y como máximo hasta 365 días desde la fecha del accidente.

- a) La cantidad total convenida como indemnización diaria, durante todo el tiempo en que el Asegurado este totalmente incapacitado para todas las ocupaciones inherentes a la profesión declarada en esta Póliza. Para las personas que no ejerzan profesión, la indemnización total solo se pagara durante el tiempo en que el lesionado no pueda abandonar sus habitaciones, o deba estar incluido.
- b) Parcialmente o sea el 40% del importe de la compensación diaria, en proporción al grado de facultades físicas que haya conservado o ido adquiriendo el Asegurado para dedicarse a sus ocupaciones habituales.
- c) La indemnización por incapacidad temporal se satisfará si hay lugar, independiente de la que pueda corresponder para el caso de muerte e invalidez permanente.
- d) El pago de indemnización por incapacidad temporal se hará de una sola vez, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la Aseguradora haya recibido el alta del medico, centro hospital, que haya atendido la curación o prestado el servicio, o en la que expire el plazo de un año de ocurrido el accidente, si no ha cesado antes el tratamiento medico.

REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

Si los gastos de curación están amparados por esta póliza, la Aseguradora reembolsara los gastos a cargo del Asegurado por concepto de asistencia medica, quirúrgica, servicio de enfermera graduadas y ambulancia así como los gastos de hospitalización, que requieran las lesiones sufridas por el Asegurado a causa de un accidente cubierto por la Póliza durante el primer año de ocurrido el accidente y con limitación de la suma asegurada para este concepto.

Los gastos de curación deben ser proporcionados y diligentemente encaminados a producir la curación del Asegurado, quien no debe abusar del margen de confianza concedida por la Aseguradora. El medico que atienda la curación deberá ser aceptado por la Aseguradora, la cual podrá rechazarlo únicamente si existieren motivos razonables para ello, o si fuere necesario la intervención de un especialista.

Los gastos de curación absorbidos o a cargo de otras instituciones o Aseguradoras, no serán indemnizados bajo esta Póliza, la cual tiene carácter de complementaria, salvo que exista otra póliza también de carácter complementario amparando los gastos de curación, en cuyo caso la Aseguradora estará obligada a pagar los gastos de curación proporcionalmente a la cantidad garantizada por ella.

15. A QUIENES SON PAGADERAS LAS INDEMNIZACIONES

La indemnización por pérdida de la vida del Asegurado es pagadera al último beneficiario si sobrevive al Asegurado; de lo contrario, el pago de dicha indemnización deberá hacerse a los herederos legales del Asegurado. Todas las demás indemnizaciones son pagaderas al Asegurado.



PAGO DE LA PRIMA

La prima es la retribución o el precio del seguro y conforme a la ley, deberá pagarse por el Asegurado en el momento de la celebración del contrato. No obstante, se conviene como pacto en contrario que la obligación del Asegurado de pagar a la Aseguradora la prima, será dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que se emita o inicie la vigencia de la póliza cualquiera que sea posterior. Es y queda convenida la condición resolutoria expresa, que si el Asegurado deja de pagar la prima al vencer el plazo fijado como pacto en contrario, el contrato de seguro quedara resuelto y sin ningún efecto ni validez legal desde el día del vencimiento del periodo de pago, sin necesidad de declaratoria judicial, ni de emisión de endosos de cancelación y la Aseguradora relevada de cualquier responsabilidad, de conformidad con lo previsto en los artículos: 1278 y 1581 del Código Civil.

El porcentaje de la prima correspondiente, conforme tabla de corto plazo incorporada en estas condiciones, para el periodo en que estuvo vigente el contrato seguro y la totalidad de los gastos cargados a la póliza, quedaran ganador y en propiedad definitiva de la Aseguradora, de conformidad con lo previsto en el artículo 1583 del Código Civil, como justiprecio de los servicios prestados por la Aseguradora durante el periodo en que el contrato estuvo vigente.

Queda entendido y convenido que en caso de ocurrir un siniestro, el Asegurado esta obligado a pagar la totalidad de la prima y los gastos como condición previa para que la Aseguradora entre a conocer su reclamo, siempre y cuando ya este vencido el plazo pacto en el párrafo primero de esta clausura.

16 RENOVACION

La Aseguradora podrá renovar esta Póliza, de término en las condiciones que ha sido suscrita, siempre que el Grupo Asegurado siga reuniendo los requisitos establecidos por la misma. Si la naturaleza del grupo ha cambiado, de tal forma que la Aseguradora no considere que su aceptación se encuentra dentro de los requisitos que le sirvieron de base para emitir esta Póliza, podrá en tal caso modificar o no renovar el Contratante de Seguro dando aviso por escrito al Contratante.

17 REHABILITACION DE LA POLIZA

En caso de falta de pago de la prima convenida para esta Póliza, la aceptación posterior de una prima por la Aseguradora, rehabilitará la Póliza, previa clasificación y aceptación del riesgo únicamente para amparar las pérdidas del asegurado, resultantes de lesiones sufridas por un accidente después de la rehabilitación.

18 RESCISION DE LA POLIZA

Esta Póliza podrá ser escindida en cualquier momento, por parte del Asegurado mediante notificación denunciando el contrato. El Asegurado tendrá derecho a ser reembolsado de la prima no devengada con aplicación de la tarifa a corto plazo.

La notificación de rescisión del contrato después de un accidente no perjudicara los derechos del Asegurado a recibir indemnización.

Para los efectos de esta Póliza, la tabla de tarifas de prima a corto plazo es la siguiente:

VIGENCIA DEL SEGURO	Porcentaje de la prima Anual Aplicable
Hasta cinco días.....	5%
Hasta diez días.....	10%
Hasta quince días.....	15%
Hasta un mes.....	20%
Hasta un mes y medio.....	25%
Hasta dos meses.....	30%
Hasta tres meses.....	40%
Hasta cuatro meses.....	50%
Hasta cinco meses.....	60%
Hasta seis meses.....	70%
Hasta siete meses.....	75%
Hasta ocho meses.....	80%
Hasta nueve meses.....	85%
Hasta diez meses.....	90%
Hasta once meses.....	95%
Hasta doce mese.....	100%

19 TERMINACION ANTICIPADA DE LA POLIZA POR DECLARACION INEXACTA

De conformidad con el artículo 908 del Código de Comercio, la Aseguradora podrá dar por terminado el presente contrato de seguro, mediante aviso por escrito al Asegurado dentro del mes siguiente a aquel en que se conociere que hubo omisión o inexacta declaración de los datos y hechos importantes en la solicitud que sirvió de base para la apreciación del riesgo, aunque la solicitud no haya sido escrita de puño y letra por el Asegurado.

La terminación de esta Póliza también tendrá lugar, si la Aseguradora comprobare que la edad real del Asegurado al tiempo de la celebración del contrato estaba fuera de los límites de admisión fijados en la clausura numero seis, ultimo de esta Póliza.

Iguales efectos producirán si se disimularen las causas de un accidente o exageraren sus consecuencias, ya sea esto, haciendo o utilizando declaraciones falsas empleando medios o documentos engañosos o dolosos, por parte del Asegurado, del beneficiario, o por terceras personas, con el objeto de inducir a la Aseguradora a indemnizar indebidamente o en exceso. En este caso la Aseguradora se obliga únicamente de devolver la prima no devengada calculada a prorrata.

Se hace la salvedad de lo indicado en el Artículo910 del Decreto del Congreso número 2-70 Código de Comercio de Guatemala, que literalmente dice:

Artículo 910.- No procede terminación. A pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, el asegurador no podara dar por terminado el contrato en los siguientes casos:

1°. Si provoco la omisión o inexacta declaración.

2°. Si conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado o que le fue inexactamente.



3º. Si renuncio a impugnar el contrato por esta causa.

4º. Si la omisión consiste en dejar de contestar alguna de las preguntas del asegurador, salvo que de conformidad con las indicaciones del cuestionario y las respuestas del solicitante, dicha pregunta deba considerarse contestada en un sentido determinado, que no corresponda a la verdad.

20 ARBITRAJE

Las diferencias que puedan surgir entre el Asegurado o en su caso, su representante legal o beneficiarios y la Aseguradora con respecto a la determinación del monto de la indemnización, serán sometidas y resueltas por un arbitraje de equidad, de conformidad con las leyes de Guatemala. Los árbitros deberán ser nombrados uno por cada parte en caso de discrepancia entre ellos, el arbitraje se hará por los mismos, junto con un tercero nombrado por los dos primeros de común acuerdo, y, en defecto de tal acuerdo, el tercero será nombrado por un juez de Primera Instancia del Ramo Civil.

Los costos y gastos de honorarios del arbitro tercero que se originen con motivo del arbitraje estarán a cargo de la Aseguradora y del asegurado por partes iguales. Los honorarios de los árbitros nombrados por las partes serán a cargo de quien los nombre.

21 COMPETENCIA

En caso de controversia en la interpretación o cumplimiento del presente contrato, lo Tribunales de la Ciudad de Guatemala, serán los únicos competentes para conocer y fallar en dicha controversia, renunciando al efecto el Asegurado al fuero de su domicilio.

Texto aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución No. 52-97 de fecha 29 de enero de 1997.