



Diagonal 6, 10-26 Zona 10
9º. Nivel, Guatemala, C.A

PLAN TEMPORAL ANUAL RENOVABLE VIDA INDIVIDUAL

- **DOCUMENTACIÓN TÉCNICA, Y**
- **DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL**



Diagonal 6, 10-26 Zona 10
9º. Nivel, Guatemala, C.A

DOCUMENTACIÓN TÉCNICA

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 295-98 del veintidós de abril de mil novecientos noventa y ocho.

PLAN TEMPORAL ANUAL RENOVABLE VIDA INDIVIDUAL

NOTA TÉCNICA

COBERTURAS:

A la muerte del Asegurado, el Asegurador pagará a los Beneficiarios de la póliza, la suma asegurada básica contratada, si la muerte ocurre durante la vigencia del seguro. Por su parte, el Asegurador se obligará a pagar, a la Compañía, la prima que le corresponda, en función de su edad y de la suma asegurada contratada para ellos.

Base Técnicas.

- a) Tabla de Mortalidad: CSO 1958
- b) Tasa de interés técnico: 4%

Prima Neta por millar:

$$P_x: 1 = 10000 * u$$

Donde $u = 1/(1.04)$

$Q_x =$ Tasa de muerte a la edad x

$X =$ Edad de cálculo .En el caso de mujeres, la edad de cálculo será 3 años menos de su edad alcanzada.

Recargos

1. Recargo para Gasto de Adquisición 32% sobre la prima Comercial.
2. Recargos por Administración. Se aplicarán por cada millar de suma asegurada, en función de la siguiente tabla:

TARIFA	RANGOS DE SUMAS ASEGURADAS	RECARGO
A	DE 10,000 A 100,000	Q.2.00
B	DE 100,001 A 250,00	1.00
C	DE 250,001 A 500,00	0.70
D	DE 500,001 en Adelante	0.30

Prima Comercial por millar

$$\pi X: 1 = \frac{P_x: 1 + \alpha}{0.68}$$

Donde $\alpha = 2.00, 1.00, 0.70, \text{ o } 0.30$, para las tarifas A, B, C O D, respectivamente.

Recargos por fraccionamiento de la prima.

Las primas comerciales se podrán fraccionar en forma semestral, trimestral o mensual, siendo los recargos del 7% 10% y 14% respectivamente.

Edades de emisión

Las edades de admisión serán las comprendidas entre 12 y 99 años, inclusive.

Clausula Adicional de Indemnización por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros

a) Prima Comercial por millar (Π^{DI})

En vista de la falta de estadísticas confiables en el medio, relativas a este Beneficio sugerimos adaptar la tarifa comercial comúnmente aplicada en nuestro mercado de Q1.75 por millar de suma asegurada por esta Beneficio

b) Prima Neta por millar (PN^{DI})

Partiendo de la Prima Comercial por de Q.1.75 el millar y, considerando un 32% de gastos de adquisición sobre la prima comercial, determinamos la Prima Neta por millar, de la forma siguiente:

$$\Pi^{DI} = PN^{DI} + 0.32 * \Pi^{DI} ,$$

$$1.75 = PN^{DI} + 0.32 * (1.75), \quad \{= \Pi^{DI} 1.75\}$$

$$.. PN^{DI} = 1.19$$

Reservas.

La reserva tanto para el seguro básico de vida como para el beneficio adicional de accidentes, en cualquier fecha de valuación, será igual a la Prima Neta no devengada, por cada póliza en particular.

Guatemala, febrero de 1998

ASEGURADORA DE LOS TRABAJADORES S.A.

TABLA DE MORTALIDAD CSO'58

X	lx	qx	dx	x	lx	qx	dx	x	lx	qx	dx
0	100000	0.00708	708	34	936964	0.00240	226	68	61114	0.04168	2548
1	99292	0.00176	175	35	93738	0.00251	235	69	58593	0.04561	2672
2	99117	0.00152	151	36	93503	0.00264	247	70	55921	0.04979	2784
3	98966	0.00146	144	37	93256	0.00280	261	71	53137	0.05415	2877
4	98822	0.00140	138	38	92995	0.00301	280	72	50260	0.05865	2948
5	98864	0.00135	133	39	92715	0.00325	301	73	47312	0.06326	2993
6	98551	0.00130	128	40	92414	0.00353	326	74	44319	0.06812	3019
7	98423	0.00126	124	41	92088	0.00384	354	75	41300	0.07337	3030
8	98229	0.00123	121	42	91734	0.00417	383	76	38270	0.07915	3030
9	98178	0.00121	119	43	913551	0.00453	414	77	35240	0.08570	3020
10	98059	0.00121	119	44	90937	0.00492	447	78	32220	0.09306	2998
11	97940	0.00123	120	45	90490	0.00535	484	79	29222	0.10119	2957
12	978200	0.00126	123	46	90006	0.00593	525	80	26265	0.10998	2889
13	97697	0.00132	129	47	89481	0.00636	569	81	23376	0.11935	2790
14	97568	0.00139	136	48	88912	0.00695	618	82	20586	0.12917	2659
15	97432	0.00146	142	49	88294	0.00760	671	83	17927	0.13938	2499
16	97290	0.00154	150	50	87623	0.00832	759	84	15428	0.15001	2314
17	97140	0.00162	157	51	86894	0.00911	792	85	13114	0.16114	2113
18	96983	0.00169	164	52	86102	0.00996	858	86	11001	0.17282	1901
19	96819	0.00174	168	53	85244	0.01086	928	87	9100	0.18513	1685
20	96651	0.00179	173	54	84316	0.01190	1003	88	7415	0.19825	1470
21	96478	0.00183	177	55	83313	0.01300	1083	89	5945	0.21246	1263
22	96301	0.00186	179	56	82230	0.01421	1168	90	4682	0.22814	1068
23	96122	0.00189	182	57	81061	0.01554	1260	91	3614	0.24577	888
24	95940	0.00191	183	58	79802	0.01700	1357	92	2726	0.26593	725
25	95757	0.00193	185	59	78445	0.01859	1458	93	2001	0.28930	579
26	95572	0.00196	187	60	76987	0.02034	1566	94	1422	0.31666	450
27	95385	0.00199	190	61	75421	0.02224	1677	95	972	0.35124	341
28	95195	0.00203	193	62	73744	0.02431	1793	96	631	0.40056	253
29	95002	0.00208	198	63	71951	0.02651	1912	97	378	0.48842	185
30	94804	0.00213	202	64	70039	0.02904	2034	98	193	0.66815	129
31	94602	0.00219	207	65	68005	0.03175	2159	99	64	1.00000	64
32	94395	0.00225	212	66	65846	0.03474	2287				
33	94183	0.00232	219	67	63559	0.03804	2418				



Diagonal 6, 10-26 Zona 10
9º. Nivel, Guatemala, C.A

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 295-98 del veintidós de abril de mil novecientos noventa y ocho.

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA
ASEGURADORA DE LOS TRABAJADORES, S.A.
Guatemala, Guatemala, C.A

NO. 00000000000

NOMBRE COMPLETO:		DPI:
DIRECCION PARTICULAR:	TELEFONO NO.	<input type="checkbox"/> Marque con una X el lugar donde desea recibir su correspondencia <input type="checkbox"/>
DIRECCION COMERCIAL:	TELEFONO NO.	
DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:	
LUGAR DE NACIMIENTO:	SEXO:	

Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	ESTADO CIVIL: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>	PLAN DE SEGURO:	SUMA ASEGURADA:	FORMA DE PAGO: A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Edad años	Viuda <input type="checkbox"/> Unido <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>	BENEFICIOS ADICIONALES: DI <input type="checkbox"/> , OTRO (indique)		PRIMA:

OCUPACION
NOMBRE DEL NEGOCIO DONDE TRABAJA
OCUPACIONES ANTERIORES
¿Ha pilotado o piensa pilotar alguna aeronave? Sí <input type="checkbox"/> ; No. <input type="checkbox"/> ¿Practica algún deporte o aficiones peligrosas? Sí <input type="checkbox"/> ; No. <input type="checkbox"/> En caso de respuesta afirmativa a las preguntas anteriores, deberá llenar el cuestionario correspondiente, en caso contrario, se atenderá que el Solicitante no desea estar cubierto en este riesgo y se excluya.

BENEFICIARIOS: (Indique el nombre de los beneficiarios)

En qué Compañía tiene Ud., Seguro de Vida?	Qué cantidades de suma asegurada tiene?
Qué Compañía a denegado o pospuesto su Solicitud?	Solicita el Seguro de Vida con objeto de cancelar alguna de las pólizas mencionadas?

OBSERVACIONES:

Para todos los efectos que pueda tener esta solicitud, declaro que las respuestas contenidas en la misma, las he dado personalmente, son verídicas y están completas, y convengo asimismo, en que la veracidad de tales declaraciones y respuestas constituyen la base y el motivo por los cuales se celebra el contrato. Asimismo declaro que le he pagado la cantidad de Q. _____ a cuenta del seguro solicitado y que la responsabilidad de la Compañía será de conformidad con lo estipulado en el Recibo Condicional desprendido de esta solicitud y que me ha sido entregado.

DE INTERES PARA EL SOLICITANTE
(Debe leerlo antes de firmar)

Se previene al solicitante que debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario; en la inteligencia de que la no declaración o la inexistencia o falsa declaración de los hechos que expresamente se preguntan en este cuestionario, podría originar la pérdida del derecho del asegurado o del beneficiario en su caso.

Lugar y Fecha: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL AGENTE

NOTA: El solicitante deberá firmar en presencia del Agente. En caso de no saber firmar, deberá estampar su huella digital del pulgar de la mano derecha, y firmar un testigo a su ruego. Si el solicitante de este seguro fuere menor de edad se requerirá de su firma y la de su representante legal, quien es el que contrata a nombre de él.

DECLARACION DE SALUD A la Compañía ASEGURADORA DE LOS TRABAJADORES, S.A.

Declaro y convengo que las respuestas que consigno a continuación a las preguntas que se formulan, se consideran como necesarias y forman parte del contrato de seguro solicitado y que dichas respuestas son verdicas y están completas. Declaro además que en caso que la Compañía lo estime conveniente, estoy conforme en someterme a un examen médico con objeto de investigar mi grado de asegurabilidad.

PESO: Libras	ESTATURA: Metros	EN LOS ULTIMOS DOS AÑOS: He perdido peso? Si <input type="checkbox"/> , No. <input type="checkbox"/> Cuántas libras? _____ Ha aumentado de peso? Si <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/> Cuántas libras? _____				
ANTECEDENTES FAMILIARES	Edad si Vive	Estado de Salud ¿Bueno o Malo?	¿A qué edad murió?	Causas de la muerte	Duración de la enfermedad	Año en que murió
Padre						
Madre						
Hermanos						
Hermanas						
¿Ha habido tuberculosis en la familia? Si <input type="checkbox"/> , No. <input type="checkbox"/>			¿Está usted en buena salud? Si <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/>			

¿Qué cantidad de Seguro tiene usted en esta Compañía?	Ha recibido usted tratamiento médico en algún hospital o sanatorio? (En caso afirmativo dé usted detalles por separado)
Qué cantidad de Seguro tiene usted en otras Compañías? (Mencione las compañías y las sumas respectivas)	Cuánto tiempo ha estado alejado de su trabajo con motivo de su salud en los últimos cinco años? (Diga en qué fechas)
El seguro que solicita usted es para reemplazar algún otro que tiene en esta Compañía u otra Compañía?	Ha convivido usted con alguna persona enferma de tuberculosos u otra enfermedad contagiosa? (Diga en qué fecha y durante cuánto tiempo?)
Qué cantidad de seguro sin examen médico tiene usted en otras Compañías? (Mencione las Compañías y las sumas respectivas)	Tiene usted algún defecto físico, deformidad u otra seña particular?
Ha sido usted examinado para seguro de vida por alguna otra compañía? (En caso afirmativo indique el nombre de dicha Compañía)	Con qué frecuencia usa usted bebidas alcohólicas)
Ha cambiado usted alguna vez su ocupación o residencia con motivo de salud?	

SIRVASE CONTESTAR SI O NO A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

<p>Le falta a usted un ojo, un pie, un brazo o una mano_____</p> <p>Le han aconsejado a usted que se someta a una Operación quirúrgica?....._____</p> <p>Ha sido operado?....._____</p> <p>Padece o ha padecido usted de:</p> <p>a) Reumatismo?....._____</p> <p>b) Enfermedad Mental?....._____</p> <p>c) Enfermedad del Sistema Nervioso?....._____</p> <p>d) Vértigos, convulsiones o desmayos?....._____</p> <p>e) Alta tensión arterial?....._____</p> <p>f) Tumores o cáncer?....._____</p> <p>g) Ulceras?....._____</p> <p>h) Corazón?....._____</p> <p>i) Varices?....._____</p>	<p>j) Pleuresía o alguna enfermedad de los pulmones?....._____</p> <p>k) Tuberculosis?....._____</p> <p>l) Enfermedad del estómago?....._____</p> <p>m) Indigestión?....._____</p> <p>n) Diarrea crónica o disentería?....._____</p> <p>o) Apendicitis?....._____</p> <p>p) Sífilis o Gonorrea?....._____</p> <p>q) Cólicos hepáticos?....._____</p> <p>r) Albúmina o glucosa en la orina?....._____</p> <p>s) Cólicos biliares?....._____</p> <p>t) Enfermedad de los ojos u oídos?....._____</p> <p>u) Neurastenia?....._____</p> <p>v) Enfermedad de los huesos o articulaciones?..._____</p> <p>w) Hernia?....._____</p> <p>x) Enfermedades del Aparato Genitourinario?..._____</p> <p>y) Riñones?....._____</p>
---	--

CUESTIONARIO PARA MUJERES:

Son sus funciones regulares?	Número de hijos que ha tenido?	Han sido normales sus embarazos?
Está actualmente embarazada?	Fecha de último parto?	Ha tenido abortos?
De qué provienen sus ingresos?	Quién pagará la prima de la Póliza?	Alguna enfermedad propia de su sexo?

SI ALGUNA DE LAS PREGUNTAS DE LOS DOS CUADROS ANTERIORES ES CONTESTADA AFIRMATIVA, DÉ USTED DETALLES EN ESTE CUADRO

Nombre de la enfermedad	Fecha	Número de ataques	Duración	Gravedad	Resultados	Nombre y domicilio del médico que lo atendió.

Queda entendido y convenido que:

ASEGURADORA DE LOS TRABAJADORES, 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, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

Firma del Solicitante

Nombre y domicilio de tres personas a quienes podamos dirigirnos con respecto a esta solicitud:

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO

INFORME CONFIDENCIAL DEL AGENTE

1. ¿Qué relación lleva con el solicitante?		
2. ¿En cuánto estima su capital propio?		
3. ¿En cuánto estima sus ingresos mensuales?		
4. Si es comerciante o industrial, ¿Cuál es el giro principal de sus negocios?		
5. ¿Tiene otras actividades o “hobbies”, diferentes a los de deporte, de mayor riesgo? (indique)		
6. ¿Se dedica a la política activamente?		
7. ¿El solicitante suele hacer uso de bebidas alcohólicas?		
8. ¿Con qué frecuencia?		
9. ¿Tiene algún defecto físico visible?		
10. ¿Le falta alguno de sus miembros?		
11. ¿Sabe usted algo adicional, además de lo expuesto, que pueda agravar el riesgo del seguro solicitado?		
El agente suscrito, certifica haber visto personalmente al solicitante del seguro y da fe de su firma en la Solicitud		
FECHA: Día / Mes / Año	NOMBRE DEL AGENTE.	FIRMA DEL AGENTE

**AUTORIZACION DEL PACIENTE PARA
SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR
INFORMACIÓN PROFESIONAL**

El infrascrito por este medio autoriza al Doctor :

_____, o
a la clínica _____, o
al hospital _____, o
a cualquier miembro de su personal profesional, para
que informen, revelen o permitan la inspección de
cualquier informe, declaración, análisis, diagnóstico, o
registro profesional de dicho doctor, clínica, hospital o
miembro del respectivo personal profesional, a la
Compañía **Aseguradora de los Trabajadores, S.A.**

En consecuencia, relevo a dicho médico, hospital y
personal profesional, en relación con su secreto
profesional de toda responsabilidad en que pueda
incurrir por suministrar tales informes.

Fecha en _____ el _____ de _____ de _____

Firma del Solicitante

ESTE RECIBO NO DEBE DESPRENDERSE A
MENOS QUE SE HAYA RECIBIDO LA PRIMERA
PRIMA CON LA SOLICITUD

RECIBO CONDICIONAL

No. 0000000

ASEGURADORA DE LOS TRABAJADORES, S.A.
Guatemala, Guatemala

Recibí de _____

La Suma de _____

En concepto de la primera prima por el seguro
solicitado a cuyo efecto hoy se ha hecho solicitud a la
Compañía, **ASEGURADORA DE LOS
TRABAJADORES, S.A.**, en uno de sus formularios
impresos, que lleva el mismo número y fecha que
este recibo, sujeto a los términos y condiciones que
rigen en dicha Compañía con respecto a la
aceptación de riesgos.

Fecha en _____ el _____ de _____ de _____

Firma del Vendedor

La compañía ASEGURADORA DE LOS TRABAJADORES, S.A, sólo reconocerá derechos sobre la Solicitud al o a los Agentes que firmen este cuestionario. Las declaraciones hechas, a menos que se indique lo contrario, se consideran garantizadas, separadas e independientemente por él o los Agentes que firmen el cuestionario anterior.

He revisado cuidadosamente las respuestas dadas en este informe junto con el Agente, y estoy satisfecho de su exactitud.

Supervisor de Ventas

TERMINOS Y CONDICIONES MENCIONADOS
AL ANVERSO DE ESTE RECIBO

1. El seguro surtirá efecto condicionalmente desde la fecha de la solicitud respectiva o del examen médico, la que sea más reciente, siempre que se le presenten pruebas satisfactorias a la Compañía de que en dicha fecha el Solicitante era asegurable como riesgo normal, de acuerdo con las normas de la Compañía que rigen con respecto a la aceptación de riesgos, y que la Solicitud sea también aceptable bajo los reglamentos y normas de aseguración de riesgos de la Compañía para el plan y monto solicitados. Sin embargo, en el caso de seguro de vida, si tal cantidad excede de Q 50,000.00, el exceso sobre dicha cantidad solicitada sobre la vida del solicitante no entrará en vigor sino hasta que la Compañía le notifique al Solicitante que toda la cantidad del seguro solicitado está en vigor.
2. La Compañía dispondrá de 30 días a partir de la fecha de la Solicitud para estudiarla y decidir la acción que deberá tomarse al respecto, y si dentro de tal plazo del solicitante no recibe aviso de la aceptación o rechazo de su Solicitud, entonces deberá considerarla como no aceptada por la Compañía.
3. Si la Compañía rehúsa aceptar la Solicitud y emitir la póliza de acuerdo con el plan, la cantidad y tipo de prima solicitados, no contraerá ningún compromiso en virtud de la Solicitud ni por este recibo. En tal caso la Compañía le reintegrará al solicitante la suma pagada por él, contra entrega de este recibo.
4. Este recibo condicional no será válido a menos que: a) la descripción de pago a que se hace referencia en este recibo, concuerde con la declaración de pago hecha en la solicitud, b) el nombre del Solicitante indicado en el presente recibo, sea idéntico al que aparece en la Solicitud, y c) la fecha y el número de éste recibo y de la Solicitud sean iguales.
5. Si el Asegurado muriese a causa de suicidio, en estado de cordura o demencia, mientras este recibo condicional está en vigor, o dentro de dos años a partir de la fecha de emisión del a póliza solicitada, la responsabilidad de la Compañía se limitará a devolver las primas percibidas en relación a la póliza, menos cualquier adeudo pendiente de pago contra la misma.
6. Este recibo no surtirá efecto algunos si se hace algún cambio en sus términos y condiciones.

SEGURO DE VIDA

POLIZA	FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DIA MES AÑO	FECHA DE VENCIMIENTO DIA MES AÑO	SUMA ASEGURADA BASICA
ASEGURADO:			
DOMICILIO DEL ASEGURADO			EDAD:
PRIMAS TOTALES FECHA ULTIMO PAGO		PRIMAS TOTALES FECHA ULTIMO PAGO	

Beneficios Adicionales otorgados mediante el pago de la prima correspondiente:

<u>Anexo</u>	<u>Nombre del Anexo</u>	<u>Suma Asegurada por el Anexo</u>

Además, forman parte integrante de esta póliza los Anexos siguientes:

--

Este seguro entrará en vigor en la Fecha de Inicio de Vigencia, indicada arriba y el contrato se perfeccionará en el momento en que el Asegurado reciba constancia de la aceptación de la Aseguradora de los Trabajadores, S.A, en adelante llamada “La Compañía”.

El Beneficiario de esta póliza es el que aparece nombrado en la solicitud de seguro copia de la cual forma parte de la póliza, a no ser que dicho Beneficiario sea cambiado con posterioridad con los términos y condiciones de esta póliza.

En testimonio de lo anteriormente expuesto, la Compañía emite la presente póliza en la Ciudad de Guatemala, a;

ASEGURADORA DE LOS TRABAJADORES S.A.

GERENTE O APODERADO

PLAN TEMPORAL ANUAL RENOVABLE VIDA SEGURO INIDVUAL

CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA PRIMERA. CONTRATO. Esta póliza, la solicitud y los Anexos adheridos a la misma, si los hubiere, constituyen el contrato de seguro entre la Compañía y el Asegurado.

CLAUSULA SEGUNDA. ACEPTACION DE LA POLIZA. El Artículo 673 del Código de Comercio establece (contratos mediante pólizas), se insertan textualmente los párrafos primero y segundo del mismo: "En los contratos cuyo medio de prueba consista en un 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 solicito la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último"

CLAUSULA TERCERA. MODIFICACIONES. Todo cambio o modificación a las condiciones particulares contratadas en esta póliza, para ser valido tiene que ser solicitado por el Asegurado, por escrito y constar en endoso agregado a la misma.

CLAUSULA CUARTA. INDISPUTABILIDAD. Esta póliza será indisputable una vez que haya estado en vigor durante dos años a contar de la fecha del inicio de su vigencia o de su última rehabilitación, si la hubiere, salvo que el siniestro ocurriere dentro de ese plazo.

En caso de aumento de la suma asegurada, por lo que respecta al aumento, la inimputabilidad comenzará dos años después se la fecha del aumento.

CLAUSULA QUINTA. SUICIDIO. En caso de muerto del Asegurado por suicidio , ocurrido dentro de los primero años de vigencia de este contrato, cualquiera que haya sido la causa de dicho suicidio y el esta mental o físico del Asegurado, la Compañía solamente cubrirá el importe de las primas pagadas, sin interese , hasta la fecha de fallecimiento.

En caso de rehabilitación, el periodo de dos años a que se refiere el párrafo anterior, deberá correr a partir de la fecha en que se rehabilite.

En caso de aumento de la suma asegurada, por lo que respecta al aumento, será aplicable lo dispuesto en el primer párrafo y el plazo de dos años correrá desde la fecha del aumento.

CLAUSULA SEXTA. SIN RESTRICCIONES. Esta póliza está exenta de toda clase de restricciones relativas a la residencia, ocupación, viajes y genero de vida del Asegurado.

CLAUSULA SEPTIMA. FORMA DE PAGO. De acuerdo con las tarifas de la Compañía, el asegurado puede pagar primas en forma anual, semestral, trimestral o mensual siempre por adelantado. Cuando desee cambiar la forma de pago, deberá solicitarlo por escrito a la Compañía antes del vencimiento de la próxima prima.

CLAUSULA OCTAVA. MES DE GRACIA. Vencida una prima, el Asegurado podrá disponer de treinta y un días de gracia para el pago de la misma, sin intereses. Durante estos treinta y un días, la póliza continuara el

vigor por su valor total/y en caso de muerte del Asegurado, la suma asegurada será cubierta, deduciendo de esta el importe de la prima anual vencida y no pagada o las fracciones que faltares para completar la anualidad.

CLAUSULA NOVENA. REHABILITACION. Cuando los efectos del contrato hubieren cesado por falta de pago de las primas, la Compañía se obliga dentro del plazo de duración de esta póliza, a rehabilitarla en cualquier tiempo, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- 1) Que el Asegurado lo solicite por escrito a la Compañía.
- 2) Que su costa demuestre satisfacción de la Compañía que llena los requisitos indispensables para ser asegurado de nuevo.
- 3) Que pague todas las primas vencidas hasta la fecha de rehabilitación, más los intereses a razón de una tasa de interés compuesto que no exceda del 6% y que pague además cualquier otro adeudo derivado de este contrato.

CLAUSULA DECIMA. CAMBIO DE BENEFICIARIO. En cualquier tiempo el Asegurado podrá hacer nueva designación de Beneficiario, siempre que esta póliza este en vigor, que no haya sido cedida y que no exista restricción legal en contrario. Para este efecto, deberá hacer una notificación por escrito a la Compañía, expresando con claridad la nueva designación y remitirá al mismo tiempo la póliza para su anotación. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, se conviene en que la Compañía pague el importe del seguro al último Beneficiario de quien haya tenido conocimiento, sin responsabilidad alguna para ella.

El Asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar de Beneficiario de la presente póliza. Dicha renuncia, para que produzca sus efectos, deberá constar en este mismo contrato y ser comunicado al Beneficiario por escrito. Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagara a los herederos legales del Asegurado. La misma regla se observara, salvo estipulación en contrario, en caso que Beneficiario y Asegurado mueran simultáneamente, o bien cuando el primero muera antes que le segundo y éste no hubiere hecho nueva designación.

Cuando haya varios Beneficiarios, la parte del que muera antes del Asegurado, se distribuirá proporcionalmente entre los sobrevivientes, siempre que no hubiere estipulación en contrario.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA. CESIÓN. El asegurado puede en cualquier tiempo ceder o traspasar los derechos de esta póliza conservando todas y cada una de las condiciones, pero la Compañía no reconocerá cesión o traspaso alguno que no se haya hecho mediante una declaración suscrita por las partes y notificada a la Compañía.

CLAUSULA DECIMA SEGUNDA. PAGO DE PRIMAS. Los pagos de las primas deberán efectuarse en las oficinas de la Compañía, en la ciudad de Guatemala, a cambio de un recibo que la misma expida. La Compañía no está obligada a cobrar las primas ni a dar aviso de su vencimiento, si lo hace, esto no sentara precedente alguno de obligación

CLAUSULA DECIMA TERCERA. EDAD. Si la edad del Asegurado se hubiere reportado equivocadamente, las sumas pagaderas en virtud de esta póliza serán aquellas que las primas pagadas hubieran comprado a la edad correcta.

CLAUSULA DECIMA CUARTA. LIQUIDACION. Al liquidarse esta póliza por muerte del Asegurado, se deducirá la suma asegurada cualquier adeudo a favor de la Compañía en relación con esta póliza; y en caso las primas se paguen en forma semestral, trimestral o mensual, mientras no esté cubierta la prima completa



Diagonal 6, 10-26 Zona 10
9°. Nivel, Guatemala, C.A

de un año póliza, la parte insoluble se considerara como un adeudo, interés a favor de la Compañía. El cual se deducirá del monto de la liquidación de la póliza.

CLAUSULA DECIMA QUINTA. COMPETENCIA. En caso de controversia por la interpretación o cumplimiento del presente contrato, los tribunales de la ciudad de Guatemala serán los únicos competentes para conocer dicha controversia y EN CONSECUENCIA EL ASEGURADO RENUNCIA AL FUERO DE CUALQUIER OTRO DOMICILIO QUE PUDIERA CORRESPONDERLE.

**CLAUSULA ADICIONAL DE INDEMNIZACION
POR MUIERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE MIEMBROS**

Póliza	SUMA ASEGURADA POR ESTE ANEXO Q. _____	LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
--------	---	--------------------------

Esta clausula esta adherida y forma parte de la póliza de Seguro de Vida Individual, arriba identificada.

La Compañía pagará las indemnizaciones que se detallan a continuación, sin que esto modifique ni menoscabe los derechos y obligaciones estipulados en la póliza a la que se adiciona esta clausula. Esta indemnización será pagada en caso de que la muerte o perdida sufridas por el Asegurado, se deban: (1) a lesiones corporales ocurridas independientemente y con exclusión de cualquiera otra causa, por medios externos, violentos y accidentales (casuales, contingentes, fortuitos), y cuando la muerte o perdidas ocurran dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente; y, (2) a asfixia por inmersión. Cuando sean varias las pérdidas orgánicas ocurridas durante la vigencia de la póliza en uno o en varios accidentes, la Compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la suma asegurada por este Anexo.

Las indemnizaciones a que se refieres esta Cláusula, están detalladas en la siguiente:

TABLA DE BENEFICIOS

- A) La suma asegurada indicada en la parte superior del presente anexo, por muerte del Asegurado.
- B) La suma asegurada indicada en la parte superior de este anexo por la pérdida de ambas manos, de ambos pies, o de la vista en ambos ojos, o de una mano y un pie, o de una mano o un pie conjuntamente con la vista de un ojo.
- C) La mitad de la suma asegurada indicada en la parte superior del presente anexo, por la pérdida de una mano o de un pie.
- D) La tercera parte de la suma asegurada indicada en la parte superior del presente anexo, por la pérdida de la vista de un ojo.
- E) La cuarta parte de la suma asegurada indicada en la parte superior del presente anexo, por la pérdida del pulgar y cualquier dedo de una misma mano.

El pago relativo al inciso A), será hecho a los beneficiarios nombrados por el Asegurado. El pago relativo a las demás indemnizaciones se hará al propio Asegurado. Para los efectos de esta Cláusula, se entiende: por perdida de una mano, su separación absoluta de la articulaciones la muñeca o arriba de ella; por la pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de él; por la pérdida de la vista, la pérdida completa o irremediable de la visión; por pérdida de dedos, su separación en, o arriba de las articulaciones metacarpofalangeales.

Las indemnizaciones contenidas en esta Cláusula, se concederán únicamente si se presenta a la Compañía prueba plena de que las lesiones que causen la muerte del Asegurado o la pérdida que sufra han ocurrido durante la vigencia de esta Cláusula, y siempre que la edad del Asegurado esté comprendida entre los quince y los sesenta y cuatro años, inclusive.

EXCEPCIONES:

Los beneficios de esta cláusula no se concederán si la muerte del Asegurado o la pérdida corporal que sufra son debidas directa o indirectamente, total o parcialmente a enfermedades, padecimiento u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivadas directamente por las lesiones a que se refiere esta cláusula; a ptomaínas o infecciones bacteriales, tetánicas o carbuncosas (con excepción de las infecciones piógenas que acontezcan simultáneamente y como resultado de una herida accidental), a envenenamiento de cualquier naturaleza; a suicidio o conato de él, cualquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen; a lesiones corporales o la muerte causadas por explosión de artefacto bélico, por armas de fuego o por armas contundentes o punzo cortantes, a riña, cuando el Asegurado tome parte en ella; a participación en tumultos o insurrecciones; a lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrección; viajando como pasajero o con deberes a bordo en cualquier aeronave, excepto que se trate de un línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros, sujeto a itinerario sobre una ruta establecida de servicio aéreo para pasajeros; a la participación en cualquier forma de navegación submarina, a lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencias o velocidad; y, a la participación en eventos de paracaidismo.

La Compañía tendrá derecho a examinar a la persona del Asegurado, cuando en su concepto fuere necesario, al tramitarse alguna reclamación basada en esta cláusula.

DOBRE BENEFICIO:

El beneficio pagadero por cualquiera de las pérdidas especificadas en la Tabla de Beneficios, será el doble si tales lesiones corporales fueran sufridas:

- a) Mientras el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en un vehículo público no aéreo, propulsado mecánicamente y operado por una empresa de transportes públicos que con regularidad preste servicio de pasajeros en una ruta establecida, siempre que el accidente no ocurra en el momento de tratar de abordar y descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello.
- b) Mientras el Asegurado vaya como pasajero dentro de un ascensor corriente de pasajeros (con excepción de ascensores en minas); o
- c) Como consecuencia de incendio en un teatro, hotel o cualquier otro edificio público en el cual el Asegurado se encuentre al principio del incendio.

Todas las excepciones y limitaciones especificadas anteriormente, son también aplicables a este capítulo de Doble Beneficio. Sin embargo, la cantidad máxima pagadera abajo esta estipulación por pérdidas sufridas como resultado de un solo accidente, será el doble de la suma asegurada indicada en la parte superior del presente Anexo.

Los beneficios contenidos en esta Cláusula se conceden mediante el pago de la prima correspondiente, la que deberá ser cubierta, junto con la prima que corresponda a la póliza matriz. El presente anexo podrá dejarse sin efecto, mediante solicitud por escrito del Asegurado, debiéndose acompañar la póliza para su anotación, suspendiéndose el pago de la prima correspondiente. Al llegar el Asegurado a los sesenta y cinco años de edad, los beneficios contenidos en este anexo cesarán por completo y ya no estará obligado a pagar la prima correspondiente.

GERENTE O APODERADO