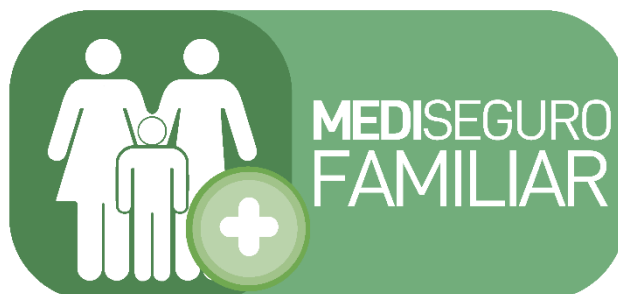




**CONDICIONES GENERALES DE
SEGURO INDIVIDUAL CON GASTOS MEDICOS**



INDICE

PÓLIZA MEDISEGURO FAMILIAR SEGURO MEDICO HOSPITALARIO Y VIDA CONDICIONES GENERALES	5
PRIMERA - CONSTITUCIÓN Y PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO	5
SEGUNDA - DOLO O FRAUDE	5
TERCERA - MODIFICACIONES AL CONTRATO	5
CUARTA - ALCANCE TERRITORIAL	6
QUINTA - VIGENCIA Y RENOVACIÓN	6
SEXTA - MONEDA	6
SÉPTIMA - ASEGURADOS	6
OCTAVA - PRIMA DEL SEGURO	6
NOVENA- CONDICIONES DE PAGO	6
DÉCIMA- PAGO DE PRIMA CON CARGO AUTOMATICO	7
DÉCIMA PRIMERA - PERIODO DE GRACIA Y CADUCIDAD	7
DÉCIMA SEGUNDA - AVISO DE SINIESTRO	8
DÉCIMA TERCERA - PLAZO PARA EL PAGO	8
DÉCIMA CUARTA - PRESCRIPCIÓN	8
DÉCIMA QUINTA - REPOSICIÓN DE LA POLIZA	8
DÉCIMA SEXTA - COMUNICACIONES	8
DÉCIMA SÉPTIMA - PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN	8
DÉCIMA OCTAVA-ARBITRAJE	8
DÉCIMA NOVENA-COMPETENCIA	8
VIGÉSIMA – DERECHO DE RETRACTO Y DESISTIMIENTO	8
SOLUCIÓN ALTERNA DE CONFLICTOS	9
CONDICIONES ESPECIALES SEGURO MEDICO HOSPITALARIO	10
PRIMERA - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA	10
SEGUNDA - DEFINICIONES	10
TERCERA-DEPENDIENTES DEL TITULAR	11
CUARTA - LIMITES DE EDAD PARA EL INGRESO DEL TITULAR Y DEPENDIENTES.	11
QUINTA - INSCRIPCIÓN Y CANCELACIÓN DE DEPENDIENTES	11
	2

SEXTA - GASTOS CUBIERTOS	11
SEPTIMA-GASTOS NO CUBIERTOS.	15
OCTAVA-RIESGOS NO CUBIERTOS	16
NOVENA - PERIODOS DE ESPERA	17
DÉCIMA - PRUEBAS DEL SINIESTRO	18
DÉCIMA PRIMERA - SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO	18
DÉCIMA SEGUNDA - EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD.	18
DÉCIMA TERCERA - OTROS SEGUROS	18
DÉCIMA CUARTA - REINSTALACION DE SUMA	18
DÉCIMA QUINTA - DERECHOS DE LOS DEPENDIENTES AL SEPARARSE DEL GRUPO	18
DÉCIMA SEXTA- TERMINACIÓN	19
DÉCIMA SÉPTIMA – RENOVACION CON REDUCCION DE MAXIMO VITALICIO	19
DÉCIMA OCTAVA - BENEFICIO CONTINUACIÓN DE LA PÓLIZA PARA DEPENDIENTES	19
DÉCIMA NOVENA – DERECHO DE RETRACTO Y DESISTIMIENTO	19
CONDICIONES ESPECIALES SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES Y BENEFICIOS ADICIONALES	
20	
PRIMERA - ASEGURADO	20
SEGUNDA - COBERTURA	20
TERCERA - SUICIDIO	20
CUARTA - INDISPUTABILIDAD	20
QUINTA - LIMITES DE EDAD	20
SEXTA - PRUEBAS DEL SINIESTRO	20
SÉPTIMA - CAMBIO DE BENEFICIARIOS	21
OCTAVA-CESIÓN	21
NOVENA – DERECHO DE RETRACTO Y DESISTIMIENTO	21
BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO	22
PRIMERA - COBERTURA	22
SEGUNDA - DEFINICION DE ACCIDENTE	22
TERCERA - INDEMNIZACIONES	22
CUARTA - INDEMNIZACIÓN ADICIONAL	23
QUINTA-RIESGOS NO CUBIERTOS	23
SEXTA - TERMINACIÓN	24

BENEFICIO DE ANTICIPACION DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.	25
PRIMERA - COBERTURA	25
SEGUNDA - DEFINICION DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	25
TERCERA - JUSTIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ	25
CUARTA - EXCLUSIONES	25
QUINTA - TERMINACIÓN	26
BENEFICIO DE ENFERMEDADES GRAVES CON REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA	27
PRIMERA - COBERTURA	27
SEGUNDA - REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA	27
TERCERA - PERIODO DE ESPERA	27
CUARTA - LÍMITES DE EDAD	27
QUINTA - DEFINICION DE LAS ENFERMEDADES GRAVES	27
SEXTA - EXCLUSIONES	28
SÉPTIMA - TERMINACIÓN DEL BENEFICIO	28
BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS POR FALLECIMIENTO DE TITULAR Y DEPENDIENTES	29
PRIMERA – COBERTURA	29
SEGUNDA – LIMITES DE EDAD PARA EL ASEGURADO TITULAR	29
TERCERA – DEPENDIENTES	29
CUARTA – SUMA ASEGURADA PARA GASTOS FUNERARIOS	29
QUINTA – PAGO DE LA SUMA ASEGURADA	30
SEXTA – JUSTIFICACION DE LOS GASTOS	30
SEPTIMA – VIGENCIA	30
OCTAVA – TERMINACION	30
NOVENA – APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y ESPECIALES DE LA POLIZA	30

PÓLIZA MEDISEGURO FAMILIAR SEGURO MEDICO HOSPITALARIO Y VIDA CONDICIONES GENERALES

PRIMERA - CONSTITUCIÓN Y PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El contrato de seguro está constituido por la Solicitud de seguro del contratante, de ahora en adelante denominado también titular, las Condiciones Generales y Especiales, y los anexos y modificaciones que formen parte de la póliza.

Además, el contrato de seguro se perfecciona por la aceptación por escrito de MAPFRE SEGUROS, EL SALVADOR, S.A., de ahora en adelante denominada la compañía, sin que pueda supeditarse su vigencia al pago de la primera prima inicial, o a la entrega de la póliza.

SEGUNDA - DOLO O FRAUDE

El solicitante está obligado a declarar, en su nombre y representación de sus dependientes, de acuerdo con la solicitud y demás documentos que la compañía le someta, todos los hechos que tengan importancia para la apreciación del riesgo, tal como los conozca o los deba de conocer en el momento de formular dicha solicitud. El dolo o culpa grave en las declaraciones respecto a hechos importantes para la apreciación del riesgo, da derecho a la compañía a solicitar judicialmente la rescisión del contrato, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o culposa, quedando a su favor la prima correspondiente al período del seguro en curso en el momento en que conozca el dolo o culpa grave, y en todo caso, la prima convenida por el primer año.

TERCERA - MODIFICACIONES AL CONTRATO

Toda solicitud de modificación al contrato de seguro deberá hacerla el contratante por escrito; la compañía le contestará en igual forma, manifestándole si acepta o no dichas modificaciones.

Ningún agente, corredor u otra persona que no sea el titular tiene autoridad para solicitar directamente modificaciones al contrato; ningún cambio será válido a menos que esté aprobado, por escrito, por un funcionario autorizado y dicha aprobación sea endosada en la póliza.

Si el contenido de esta póliza o sus modificaciones no concordaren con los términos convenidos, el contratante podrá pedir la rectificación dentro de los quince días siguientes a la fecha en que la recibió. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o sus modificaciones.

En el caso de solicitarse cambio de plan, éste podrá efectuarse bajo las siguientes condiciones:

- 1- De un plan de mayor cobertura a uno de menor cobertura, no será necesario la presentación de pruebas de asegurabilidad y no podrá optar a una cobertura mayor mientras no haya transcurrido una vigencia completa a partir de dicha modificación. Esta podrá solicitarse en cualquier momento, pero su vigencia coincidirá con la prima más próxima a vencer.
2. De un plan de menor cobertura a uno de mayor cobertura, será necesario la presentación de pruebas de asegurabilidad para el titular y sus dependientes. Esta clase de cambio se podrá solicitar únicamente en el aniversario de la póliza; de aprobarse, la cantidad efectivamente incrementada estará sujeta a la aplicación de las cláusulas segunda Dolo o Fraude de las

Condiciones Generales y la Cláusula Cuarta Indisputabilidad de las Condiciones Especiales del Seguro de Vida, y los períodos establecidos en éstas se iniciarán a partir de la fecha del incremento de la suma asegurada. También aplicarán, en lo que competa, los períodos de espera establecidos en las condiciones Especiales del Seguro Médico Hospitalario y el Beneficio de Enfermedades Graves del Seguro de Vida.

CUARTA - ALCANCE TERRITORIAL

El Seguro Médico Hospitalario cubrirá los gastos incurridos únicamente en los países establecidos en la hoja de Especificaciones del Seguro que forma parte de la póliza y en las condiciones especiales de la misma.

La cobertura de Seguro de Vida y Accidentes está exenta de restricciones respecto a residencia y ocupación de los asegurados.

QUINTA - VIGENCIA Y RENOVACIÓN

La vigencia del seguro será por un año, a partir de la fecha estipulada en la hoja de Especificaciones del Seguro y podrá ser renovado por períodos iguales y consecutivos.

Queda entendido y convenido que el presente contrato se ha celebrado para el plazo establecido en las condiciones particulares de la póliza, y a su vencimiento se prorrogará automáticamente sin convenio expreso por períodos de un año, excepto en los casos en los cuales sea necesario un ajuste de primas, en cuyo caso el asegurado podrá aceptar o rechazar continuar con el seguro notificándolo por escrito antes del vencimiento de la póliza. De no recibir la notificación de aceptación del ajuste de primas a más tardar cinco días después del vencimiento de la póliza, la compañía sobreentenderá que la decisión del asegurado es caducar la póliza.

SEXTA - MONEDA

En consideración a lo contemplado en la Ley de Integración Monetaria, la unidad monetaria utilizada en este contrato es el dólar de los Estados Unidos de América, utilizando la tasa de cambio OCHO COLONES CON SETENTA Y CINCO CENTAVOS, por cada dólar. Por lo tanto, todas las obligaciones monetarias derivadas de este contrato se pagarán en dólares, en la oficina principal de la Compañía de la ciudad de San Salvador.

SÉPTIMA - ASEGURADOS

Se considera como asegurado, toda persona declarada en la solicitud, que forme parte del grupo familiar del titular en la relación y calidad establecida en las condiciones de la póliza, que cumpla los límites de edad y los requisitos de asegurabilidad establecidos, y que haya sido aceptado por la compañía para formar parte del contrato de seguro.

OCTAVA - PRIMA DEL SEGURO

En la fecha de inicio de la vigencia de la póliza y en cada aniversario de la misma, se establecerá la prima anual correspondiente de acuerdo con las tarifas vigentes de la compañía, tomando en consideración las coberturas otorgadas, la edad alcanzada y los precios de los servicios médico-hospitalario vigentes.

NOVENA- CONDICIONES DE PAGO

La prima es pagadera en forma anual y anticipada, pero podrá convenirse su pago en forma fraccionada con el correspondiente recargo.

La prima anual o cada una de sus fracciones convenidas, deberán pagarse en las fechas de sus respectivos vencimientos, o antes de ellas, en las oficinas autorizadas por la compañía. Si el pago

se realiza con cheque o a través de un cargo automático a una tarjeta de crédito o cuenta personal, éste quedará sin efecto si tal título valor o cargo no fuera pagado o aplicado a su presentación.

DÉCIMA- PAGO DE PRIMA CON CARGO AUTOMATICO

Si se pacta para el pago de los recibos de primas, la modalidad de cargo automático por medio de una Institución Financiera, el asegurado deberá entregar a la Compañía autorización dirigida a dicha Institución, dando la orden de descuento correspondiente. Esta forma de pago queda sujeta a las siguientes condiciones:

1. Pago de Prima inicial del seguro

La prima se considerará cobrada por la Compañía desde la fecha de inicio de vigencia indicada en las condiciones particulares del contrato; salvo que, intentado el cobro del recibo de la prima, dentro del plazo del mes de gracia contado a partir del inicio de la vigencia, no existiesen fondos suficientes en la cuenta señalada por el asegurado y el recibo de prima fuera devuelto por la Institución Financiera. En tal caso, la Compañía notificará por escrito al asegurado del impago para que lo haga efectivo en el domicilio de ésta antes del vencimiento del período de gracia.

Una vez vencido este período, sin que se hubiera pagado el recibo de prima, las obligaciones del contrato quedarán en suspenso. En todo caso, se aplicará a esta cláusula, el artículo 1363 del Código de Comercio.

2. Pago de las Primas siguientes

La Compañía considerará cobradas las primas a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo del mes de gracia, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del asegurado y el recibo de prima fuera devuelto como impagado por la Institución Financiera, la Compañía notificará al asegurado para que lo haga efectivo en el domicilio de ésta. Transcurrido el mes de gracia, sin que se hubiera pagado el recibo de prima, las obligaciones del contrato quedarán en suspenso.

Si la Compañía dejase transcurrir el período de gracia sin presentar el recibo al cobro, y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta de la Institución Financiera, la Compañía quedará obligada a notificarlo al asegurado por escrito y concederle otro mes de gracia para el pago de la prima. El nuevo plazo de gracia se computará a partir de la fecha de envío de la citada carta al último domicilio del asegurado que le haya sido comunicado a la Compañía. Transcurrido el nuevo plazo de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima, las obligaciones del contrato quedarán en suspenso. En todo caso, se aplicará a esta cláusula el artículo 1363 del Código de Comercio.

En ambos casos la prima de seguro a cargar en la cuenta de la Institución Financiera, podrá aumentar o disminuir por cambios en las condiciones del contrato, sin que ello anule la autorización inicial para el pago de los recibos de prima.

DÉCIMA PRIMERA - PERIODO DE GRACIA Y CADUCIDAD

El contratante tendrá treinta días de gracia para el pago de las primas, contado a partir de la fecha de vencimiento del plazo convenido; durante este período el seguro continuará en vigor, pero si se presenta un reclamo, la compañía descontará de la indemnización las primas pendientes de pago.

Vencido el período de gracia, los efectos del contrato quedarán en suspenso; sin embargo, el contratante dispondrá aún de tres meses para el pago de las primas vencidas, al final de este último plazo el contrato caducará automáticamente. Si durante el período de suspenso sucede un siniestro, la compañía no está obligada a pagar la indemnización, aunque el asegurado pague la prima después de éste.

Cuando la caducidad de la póliza sea solicitada por el titular y se hayan pagado siniestros en la última vigencia, la compañía no estará obligada a reintegrar prima no devengada.

DÉCIMA SEGUNDA - AVISO DE SINIESTRO

Es obligación del contratante o beneficiarios, según el caso, dar aviso por escrito a la compañía dentro de los cinco días subsiguientes a la fecha en que ocurra el fallecimiento, accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización por los beneficios otorgados por esta póliza.

DÉCIMA TERCERA - PLAZO PARA EL PAGO

La indemnización será exigible treinta días después de la fecha en que la compañía haya recibido los documentos e información completa que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

DÉCIMA CUARTA - PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescriben en tres años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

DÉCIMA QUINTA - REPOSICIÓN DE LA POLIZA

En caso de destrucción, robo o extravío de la presente póliza, ésta será repuesta por la compañía, previa solicitud escrita del contratante y siguiendo los trámites que señala el Código de Comercio en lo que fuere aplicable. Los gastos de reposición serán por cuenta del contratante.

DÉCIMA SEXTA - COMUNICACIONES

Toda declaración o comunicación a la compañía relacionada con la presente póliza, deberá hacerse por escrito a la oficina principal de la misma. Las comunicaciones que la compañía deba hacer al asegurado, las enviará por escrito a la última dirección conocida por ella.

DÉCIMA SÉPTIMA - PROCEDIMIENTO DE CONCILIACIÓN

En caso de discrepancia del asegurado o beneficiario con la Compañía en el pago de un siniestro, éste acudirá ante la Superintendencia del Sistema Financiero, y solicitará por escrito que se cite a la Compañía a una audiencia conciliatoria, debiendo seguir el trámite establecido en los artículos noventa y nueve al ciento seis de la Ley de Sociedades de Seguros.

Asimismo, el asegurado o beneficiario, no podrá interponer ninguna demanda o solicitud en contra de la Compañía, puesto que de conformidad con el artículo ciento cinco de la citada Ley, es necesario que declare que ante la Superintendencia del Sistema Financiero se agotó el procedimiento conciliatorio a que se refieren los artículos relacionados y que presente certificación extendida por las referida Superintendencia de que se tuvo por intentada y no lograda dicha conciliación.

DÉCIMA OCTAVA-ARBITRAJE

Anexo de solución alterna de conflictos.

DÉCIMA NOVENA-COMPETENCIA

Para los efectos legales de esta póliza, las partes Contratantes señalan el domicilio de _____, a cuya jurisdicción se someten especialmente y de manera expresa.

VIGÉSIMA – DERECHO DE RETRACTO Y DESISTIMIENTO

Para los efectos legales de esta póliza, se tendrá en cuenta lo establecido en el Art. 13 y 13-A de la Ley de Protección al Consumidor.

SOLUCIÓN ALTERNA DE CONFLICTOS

Sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Sociedades de Seguros, toda desavenencia entre el asegurado y la compañía en relación a la interpretación o aplicación de la presente póliza y/o sus anexos, deberá ser resuelta por árbitros, nombrados de conformidad a la Ley de Protección al Consumidor y en lo que no esté dispuesto expresamente en la referida Ley, se aplicarán supletoriamente las disposiciones de la Ley de Mediación, Conciliación y Arbitraje.

Es especialmente convenido que esta cláusula ha sido libremente discutida y aceptada por ambas partes, como un medio alternativo de solución de conflictos, establecido por la Ley de Protección al Consumidor antes relacionada.

San Salvador, a los _____ del mes _____ de dos mil _____.

MAPFRE SEGUROS EL SALVADOR, S.A.

CLIENTE/ ASEGURADO

CONDICIONES ESPECIALES SEGURO MEDICO HOSPITALARIO

PRIMERA - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La compañía reembolsará los gastos médicos-hospitalarios y medicamentos que sean estrictamente indispensables, necesarios, razonables y acostumbrados, en que incurra el titular y/o sus dependientes como consecuencia directa de una enfermedad o accidente cubierto de acuerdo a los términos contemplados en este contrato. La cantidad reembolsable será la resultante de aplicar el deducible y el coaseguro establecido. Durante el transcurso de la póliza, la suma de los valores reembolsados no podrá ser mayor que la suma máxima vitalicia contratada.

SEGUNDA - DEFINICIONES

1. Asegurado. Toda persona natural, registrada ante la compañía, ya sea en calidad de titular o dependiente.
2. Máximo Vitalicio. Es la cantidad máxima de beneficios que la compañía reembolsará mientras viva el asegurado y la póliza esté vigente.
3. Enfermedad. Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo en relación con el organismo, que amerite tratamiento médico o quirúrgico.
4. Enfermedad Infecciosa. Toda alteración de la salud provocada por virus, bacterias, hongos y otros microorganismos.
5. Accidente. Acontecimiento que produzca una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo, salvo caso de ahogamiento o de lesiones internas reveladas por examen médico o autopsia, y que ocasione la muerte o la pérdida de alguno de los miembros, órganos o funciones, siempre que dicho acontecimiento sea producido independientemente de la voluntad del asegurado y por la acción directa o violenta de causas externas.
6. Accidente, Lesión y Enfermedad Preexistente. Se entiende como tales, el accidente o lesión que haya ocurrido y toda enfermedad, congénitas o no, que el asegurado haya adquirido y/o que existe con anterioridad al momento de la contratación o alta en el seguro o a la fecha de su inclusión en este contrato, o en otro al que éste dé continuidad, o cualquier aumento de suma o cambio de plan, siempre que dicha enfermedad, accidente o lesión haya sido diagnosticada por un médico, se ha hecho o le recomendaron exámenes de cualquier tipo para diagnóstico, tomó medicamentos recetados o recomendados, o que sus síntomas y/o signos de cualquier tipo no puedan pasar desapercibidos por el asegurado o terceras personas, antes de dicha fecha o que hicieran que una persona prudente consultara con un especialista de la salud, independientemente de un diagnóstico médico.
7. Evento. Todo acontecimiento o padecimiento que genera un gasto médico o quirúrgico para el restablecimiento de la salud.
8. Deducible Anual. Cantidad establecida a cargo de cada asegurado y que corresponde a los primeros gastos en el año póliza.
9. Deducible Por Evento. Los primeros gastos procedentes a cuenta del asegurado que se aplican una sola vez por cada padecimiento, enfermedad o accidente.

10. Coaseguro. Se define como la participación del asegurado en el riesgo; se expresa como el porcentaje a cargo de cada asegurado que se aplica al total de gastos cubiertos en exceso del deducible para cada reclamación presentada.
11. Límite De Coaseguro. Es la cantidad máxima con la cual participa el asegurado, por evento y después de aplicar el deducible respectivo; si al aplicar el porcentaje de coaseguro a cargo del asegurado la cantidad resultante es superior al límite de coaseguro, el exceso del límite se pagará en un 100%.
12. Periodo De Espera. Es el lapso de tiempo ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de inicio de la cobertura o inclusión del asegurado, a fin de que los padecimientos expresamente indicados puedan ser cubiertos y por lo tanto tener derecho al reembolso de los gastos en que incurra una vez vencido dicho período.
13. Gastos Razonables y Acostumbrados. Se define como el costo promedio que comúnmente se cobra por los proveedores de servicios médicos y hospitalarios en el país, para servicios similares.

TERCERA-DEPENDIENTES DEL TITULAR

Se entenderá como dependientes del titular, aquellos que están registrados ante la compañía y que cumplan las siguientes condiciones:

1. El cónyuge o compañera(o) de vida del titular,
2. Los hijos, hijastros e hijos adoptados legalmente; todos ellos solteros, dependientes económicos del titular, estudiantes de tiempo completo y mientras no haya vencido la renovación en que cumplió 25 años de edad.
3. Los nuevos hijos que sean procreados por el grupo familiar.

CUARTA - LIMITES DE EDAD PARA EL INGRESO DEL TITULAR Y DEPENDIENTES.

Para formar parte del grupo asegurado y tener la categoría de titular o cónyuge se requiere que en el momento de la inscripción la edad del asegurado en su cumpleaños más próximo esté comprendida entre los 18 y 65 años de edad.

En el caso de los hijos, podrá solicitarse la inscripción a partir del décimo quinto día de nacido. Para los hijos nacidos bajo la Cobertura de Maternidad de esta póliza, su inclusión es inmediata, siempre que sean inscritos a más tardar 30 días después de nacidos. En ambos casos, hasta los 24 años de edad.

Si por error del titular se hubiere incluido en el grupo familiar a personas mayores o menores de los límites de edad establecidos, la compañía podrá anular las respectivas inscripciones individuales y hasta la nulidad de la póliza.

QUINTA - INSCRIPCIÓN Y CANCELACIÓN DE DEPENDIENTES

Durante la vigencia del seguro, el titular podrá solicitar a la compañía la inscripción de dependientes, para lo cual deberá presentar las pruebas de asegurabilidad que le sean requeridas por la compañía, ésta informará por escrito la aceptación o rechazo de tal inscripción. En el caso de la cancelación de dependientes bastará con una carta.

SEXTA - GASTOS CUBIERTOS

De conformidad con las definiciones, límites de coberturas, condiciones generales y condiciones especiales del contrato, la compañía reembolsará al asegurado los gastos en que haya incurrido por bienes o servicios de salud indicados a continuación, para el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades o accidentes:

1. Honorarios de médicos y cirujanos autorizados para el ejercicio de la profesión médica debidamente inscrito en la JVPM, por servicios prestados al asegurado, mientras éste se encuentre recibiendo asistencia en un hospital, clínica o en consultorio particular.
2. Medicamentos que sean necesarios para el tratamiento, prescrito por el médico tratante, siempre y cuando sean adquiridos en una farmacia autorizada, para la venta de tales medicinas.
3. Análisis de laboratorio, electrocardiogramas, estudios de rayos "X", así como estudios especiales de diagnóstico debidamente autorizados por la Compañía, tales como: encefalogramas, tomografía axial computarizada, endoscopias, entre otros.
4. Servicios de hospitalización. Incluye los servicios brindados en un hospital o centros de servicios ambulatorios, los cuales se indican a continuación:
 - a) Cuarto privado y alimentación para el asegurado hospitalizado.
 - b) Uso de la sala de cuidados intensivos o aislamiento.
 - c) Equipo de apoyo utilizados en la sala de cuidados intensivos.
 - d) Cuidados de enfermería general o especializada.
 - e) Cuidados pre y post-operatorios, relacionados estrictamente con la cirugía practicada.
 - f) Uso de sala de operaciones y sala de recuperación.
 - g) Curaciones, vendajes, entablillamientos o enyesamientos.
 - h) Anestesia, equipo de anestesia y oxígeno.
 - i) Exámenes de laboratorio y cualquier otra prueba de diagnóstico, incluyendo exámenes de resonancia magnética nuclear indicada de acuerdo con el padecimiento.
 - j) Transfusiones de sangre, sueros y otras sustancias semejantes.
 - k) Medicamentos aplicados mientras se esté internado en un hospital o clínica.
5. Honorarios de cirugía hospitalaria y ambulatorios; éstos incluyen los servicios del cirujano, ayudante, anestesista hasta el 35% del honorario de cirujano principal; de acuerdo con el diagnóstico, límites y condiciones establecidas.
6. Honorarios de Médicos homeópatas y naturópatas que cuenten con registro en la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica (JVPM).
7. Gastos de cirugía reconstructiva para corregir lesiones o deformaciones producidas por un accidente cubierto y que ésta se realice dentro de los ciento ochenta días siguientes a la fecha del accidente.
8. Cirugía laparoscópica con o sin láser.
9. Gastos de litotripsia por ultrasonido.
10. Dos visitas diarias en el hospital del médico tratante.
11. Cuidados de enfermería. Los cuidados prescritos por el médico tratante y suministrados por una enfermera titulada o auxiliar de enfermería debidamente autorizada para el ejercicio de su profesión.
12. Terapias especiales. Servicio de radioterapia, fototerapia, terapia laser, electroterapia, fisioterapia o rehabilitación física, todos con fines terapéuticos. Las nebulizaciones respiratorias o inhaloterapias con medicamentos debidamente autorizados, de acuerdo con la prescripción del médico tratante.
13. Prostatectomía después de 60 años e histerectomía antes de 50 años, ambos en caso de pre malignidad o malignidad.
14. Gastos por aparatos ortopédicos, prótesis y enyesamientos prescritos para el tratamiento del padecimiento.
15. Gastos de alquiler de muletas, sillas de ruedas, cama especial para enfermo y pulmón artificial, prescrito por el médico tratante. La compra puede ser evaluada de acuerdo al periodo en que debe ser utilizada, previa autorización de la Compañía.

16. Gastos por aparatos de prótesis dental, ojos o miembros artificiales únicamente a causa de accidente cubierto.
17. Gastos por desórdenes mentales, nerviosos y psiquiátricos o de conducta, únicamente a consecuencia de un accidente cubierto.
18. Gastos de emergencia por accidente incurridos en países fuera de las especificaciones del contrato; éstos se reembolsarán bajo aranceles centroamericanos.
19. Tratamientos atribuibles a virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en cualquiera de sus etapas y todas las enfermedades causadas por o relacionadas con el virus HIV positivo; por tales tratamientos se reembolsará hasta el 25% del Máximo Vitalicio contratado. Esta cobertura iniciará una vez vencido el período de espera indicado en la Cláusula Novena de estas Condiciones Especiales.
20. Servicio de ambulancia terrestre dentro del país en que ocurra el accidente o enfermedad, hacia o desde el hospital o clínica. Para pólizas con cobertura internacional se cubre servicio de ambulancia aérea por emergencias hasta un máximo de \$ 7,500.00.
21. Gastos originados por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, aplica deducible y coaseguro.
22. Trasplante de órganos hasta el 25% del Máximo Vitalicio contratado, incluyendo los gastos médicos del donante, si los hubiere.
23. En el caso de gastos por accidente, la compañía conviene en reembolsarlos sin aplicar el coaseguro, siempre y cuando el asegurado sea menor de 60 años.
24. En caso de accidente, se conviene en aplicar como máximo tres deducibles por grupo familiar en un mismo evento.
25. Cobertura de Maternidad. Esta cobertura se aplicará de acuerdo a los siguientes términos y condiciones:
 - a) Se reembolsarán los gastos médicos por asistencia obstétrica (hospital y honorarios médicos) que se requieran para la atención del parto, ya sea este normal o por cesárea y aborto patológico, así como la asistencia del recién nacido mientras éste no haya salido del hospital.
 - b) Se reembolsarán los gastos médicos por controles prenatales hasta un monto máximo de \$ 500.00, dicho monto disminuirá la suma máxima de la cobertura de maternidad.
 - c) Gozarán de esta cobertura la titular, o la esposa o compañera de vida del titular en calidad de dependiente, cuando el embarazo haya sido concebido después de seis (6) meses de estar asegurada ininterrumpidamente bajo esta póliza.
 - d) Sumas máximas bajo esta cobertura:

Cobertura:	Dentro de Centro América	Fuera de Centro América
Parto Normal	\$1,250.00	\$2,000.00
Parto por Cesárea	\$2,750.00	\$3,000.00
Aborto Legal	\$500.00	\$750.00

Estas sumas serán las máximas reembolsables independientemente que se trate de partos múltiples; serán aplicables una vez al año póliza y no estarán sujetas a deducible ni coaseguro.

- e) Se excluyen los gastos por enfermedad o complicaciones de cualquier tipo generados por el estado de embarazo, tales como: embarazos extrauterinos que requieran cirugía ínter abdominal, vómitos perniciosos, toxemia de la sangre, embarazo ectópico, Eclampsia y preclampsia, así como las amenazas de aborto.
26. Padecimientos Congénitos. Se cubrirá hasta un máximo de \$10,000.00, para cualquier patología o condición médica existente antes del nacimiento que pudiera ser diagnosticada antes o después del mismo, la cual puede manifestarse como una enfermedad, condición, malformación o irregularidad, que presente manifestaciones o complicaciones de cualquier índole. Esta cobertura será inmediata únicamente para los dependientes nacidos bajo la Cobertura de Maternidad de esta póliza y que sean inscritos a más tardar 30 días después de nacidos.
27. Gastos por tratamiento de enfermedades preexistentes, que haya sido declaradas en la solicitud, y aceptadas por la Compañía después de la evaluación respectiva sin haber sido limitadas, excluidas o rechazadas por escrito, se darán cobertura, después de doce meses de haber estado asegurado de forma ininterrumpida bajo esta póliza.
28. Se cubrirán las alergias de cualquier tipo incluyendo las causadas por medicamentos, picaduras de animales o ingestión de alimentos. No se incluyen las pruebas de alergia.
29. Zapatos ortopédicos, un par por vigencia, siempre y cuando se justifique y se acompañe con la prescripción médica del ortopeda, aplica para hijos dependientes hasta 14 años de edad, hasta un monto máximo de \$30.00. No aplica para plantillas.
30. Tratamiento para Osteoporosis incluyendo medicamentos y densitometría.
31. Extracción quirúrgica de las terceras molares impactadas o semi-impactadas hasta un monto máximo de \$80.00 por pieza, previa autorización de la compañía. No aplica medicamentos, ni anestesia.
32. Cobertura para catarata y pterigion, sin límite de edad y hasta un monto máximo por año póliza de \$750.00.
33. Examen de citología y mamografía hasta un monto máximo de \$25.00 por cada una, ambas de carácter preventivo, una prueba por año póliza. Por enfermedad, las que sean necesarias de acuerdo a la recomendación médica y evaluación de la compañía. Aplica únicamente para asegurada titular y/o cónyuge, no incluye la consulta médica de control.
34. Examen de Antígeno Prostático Específico (PSA), de carácter preventivo, uno por año póliza. Por enfermedad, las que sean necesarias de acuerdo a la recomendación médica y evaluación de la compañía. Aplica únicamente para asegurado titular y/o cónyuges, mayores de 40 años. No incluye la consulta médica de control.
35. Leche medicada en un recién nacido cuando esté hospitalizado, siempre y cuando presente síntomas gastrointestinales de intolerancia.
36. Control de niños sanos, máximo 5 consultas por año póliza incluyendo las vacunas preventivas (esquema de vacunación del Ministerio de Salud), hasta los 10 años de edad, con límite máximo de \$300.00 por grupo familiar.
37. Cirugía plástica, estética, reconstructiva o tratamiento cosmético, únicamente en caso de accidente cubierto por la póliza.
38. Cualquier tratamiento dental, alveolar, gingival u ortodoncia, únicamente en caso de accidente cubierto por la póliza.
39. Apnea del sueño, no incluye el CPAP, ni tampoco se otorga la cobertura cuando su origen se deba a sobrepeso u obesidad.
40. Cualquier gasto a consecuencia de Epidemias y/o Pandemias declaradas o no por el Gobierno y/o las entidades Gubernamentales locales o Internacionales.

SEPTIMA-GASTOS NO CUBIERTOS.

1. Tratamientos de enfermedades preexistentes, durante el primer año; padecimientos congénitos y tratamientos por accidente y/o lesiones preexistentes en ningún tiempo. Se exceptúa lo establecido en el numeral 27 y 28 de la Cláusula Sexta.
2. Atención médica y hospitalaria por puerperio y legrados de cualquier tipo, excepto de enfermedad cubierta por la póliza.
3. Exámenes rutinarios de la vista y de los oídos; tratamientos médicos y quirúrgicos de cualquier tipo, astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratoconos, queratoplastia, queratotomía y situaciones similares. No se cubrirán los costos de aparatos auditivos y cualquier tipo de lentes y aros.
4. Tratamiento para curar alcoholismo, drogadicción y toxicomanía; así mismo, cualquier padecimiento y lesiones que resulten de éstos.
5. Tratamiento médico o quirúrgico para la infertilidad, procreación artificial, esterilización, impotencia, frigidez, circuncisión, modificación del sexo; calvicie, alteraciones de desarrollo pondoestatural (anormalidades en peso y estatura), gastos por obesidad o sobrepeso, várices y varicocele.
6. Tratamientos para acné de todo tipo e independiente de su origen.
7. Productos dermatológicos como protectores solares, cremas y maquillajes.
8. Consultas y tratamientos con nutricionista.
9. Tratamiento de la epilepsia y sus complicaciones.
10. Chequeos médicos que incluyen exámenes médicos generales o específicos, estudios clínicos, de laboratorio o gabinete, prescritos para la comprobación del estado de salud. Tratamientos o curas en clínicas de reposo, de ancianos, en balnearios o en baños termales.
11. Gastos incurridos por medicamentos y/o tratamientos de origen natural y/u homeopática. Las disciplinas tales como, pero no limitadas a, yoga, quiropráctica, acupuntura, terapia de hipnosis, aromaterapias, terapias de relajación, masajes, entre otros. Tratamientos de cualquier auto terapia, incluyendo auto prescripción de medicinas.
12. Cargos por servicios, medicamentos, equipos o artefactos que no tengan relación con la enfermedad o no sean necesarios para el tratamiento específico de la dolencia, así como gastos ocasionados por personas acompañantes de un asegurado.
13. Toda forma de anticonceptivos, excepto en caso de enfermedad cubierta por la póliza.
14. Medicamentos en experimentación; medicamentos no registrados en el Consejo Superior de Salud Pública.
15. Medicamentos con finalidad preventiva como inmunizaciones, inmunoestimulantes, vacunas y pruebas de alergia. Se exceptúa lo establecido en el numeral 37 de la cláusula Sexta.
16. Medicamentos como vitaminas, minerales, reconstituyentes y leches. Se exceptúa lo establecido en el numeral 36 de la cláusula Sexta.
17. Tratamientos menopáusicos.
18. No se cubren los gastos incurridos para el tratamiento de cualquier problema o trastorno del sueño y sus consecuencias. Se exceptúa lo establecido en el numeral 40 de la cláusula Sexta.
19. Gastos incurridos por los asegurados en exceso de los límites máximos establecidos en esta póliza.
20. Los tratamientos y procedimientos efectuados con tecnología moderna que no esté especificada en la póliza.
21. Gastos incurridos por complicaciones derivadas de enfermedades, lesiones, tratamientos o intervenciones quirúrgicas expresamente excluidos del contrato de seguro.

22. Gastos por tratamiento médico incurridos después de la fecha de cancelación de la póliza, originados en accidentes o enfermedades que ocurrieron durante el período de vigencia de la póliza.
23. Tratamientos médicos y quirúrgicos para todo tipo de hernias, independiente a su origen.

OCTAVA-RIESGOS NO CUBIERTOS

Quedan excluidos de este contrato los gastos por accidentes, enfermedades, padecimientos y lesiones causadas o derivadas de:

1. Servicio militar, autolesiones y tentativas de suicidios; participar en actos de guerra o terrorismo, revolución, conmoción civil, conspiración, tumultos, motines, delitos, duelos, riñas o cualquier actividad ilegal.
2. Viajar en aeronaves de cualquier tipo que no pertenezcan a líneas comerciales sujetas a una ruta fija y legalmente establecidas para el servicio regular de pasajeros.
3. Pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo.
4. Prácticas de deportes peligrosos: Paracaidismo, deportes marítimos o fluviales, vuelos en planeadores, vuelos Delta o similares, artes marciales, boxeo, lucha libre, lucha greco-romanas u otras luchas similares, cacería, tiro, tauromaquia, montadura, alpinismo, espeleología, entre otros. Tampoco se cubren los riesgos derivados de la práctica de deportes en forma profesional.
5. Cualquier gasto a consecuencia de eventos accidentales relacionados directamente o indirectamente con:
 - a. El uso de armas o materias y sustancias atómicas, biológicas (p.ej. Bacteriológicas) o químicas (ABQ)
 - b. ataques a o intromisiones deliberadas en: predios, instalaciones (p.ej. centrales nucleares, plantas de reciclaje nuclear, instalaciones para el almacenaje temporal o definitivo de residuos nucleares y reactores experimentales), plantas de almacenamiento, fábricas o partes de éstas que conduzcan a la liberación de radiactividad o de sustancias bélicas atómicas, biológicas o químicas, instalaciones móviles como son p.ej. contenedores para el transporte y/o almacenamiento de sustancias atómicas, biológicas o químicas.
 - c. En particular, tampoco se otorga cobertura cuando se cumplan los hechos enumerados bajo a) y b) haciendo uso de la tecnología de informática y/o comunicación
6. Siniestros, con causa directa o indirecta, como resultado de fisión o fusión nuclear o de radioactividad
7. Cualquier siniestro o gasto por el que se hayan pagado o sean pagaderos beneficios de cualquier clase bajo cualquier ley, reglamento o legislación sobre enfermedades y/o accidentes ocupacionales, o bajo cualquier otra ley o póliza de compensación laboral o gubernamental, que esté vigente en el país o jurisdicción donde los gastos fueron incurridos.
8. Tratamientos experimentales, tratamientos cosméticos a menos que los mismos sean medicamento necesarios debido a accidente o enfermedad.
9. Todo hecho ilegal que el asegurado cometa o trate de cometer previa mediación y resolución judicial en la que se haga constar el cometimiento del delito o presunción de ello, incluyendo la parte policial o pericial al respecto.
10. Daños personales sufridos por el asegurado bajo la influencia o efectos de alcohol o drogas de conformidad a las pruebas toxicológicas correspondientes.
11. Aquellos servicios médicos suministrados en un hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno ya sea estatal, departamental municipal o cualquier subdivisión política, u otros en los que al asegurado no se le exija pagar o cuando un tercero esté obligado a cubrir en beneficio del asegurado por razón de la existencia de un contrato o por responsabilidad civil extracontractual.

12. Gastos incurridos en establecimientos públicos o privados ubicados en países que se encuentren en la lista de la OFAC (Office of Foreign Assets Control) bajo un embargo económico autorizado y reconocido por la Organización de las Naciones Unidas u otro organismo internacional o por el Departamento del Tesoro del Gobierno de los Estados Unidos de América, en la medida en que las provisiones de dicha cobertura, pago de dicha reclamación o prestación de dicho beneficio expusiera a la Compañía a cualquier sanción, prohibición o restricción bajo las resoluciones de las Naciones Unidas o sanciones económicas o comerciales, reglamentos o leyes de la Unión Europea o el Reino Unido o Estados Unidos de América
13. Hospitalizaciones resultantes de servicios o procedimientos que puedan practicarse en forma ambulatoria o en el consultorio médico.
14. Cuidados de custodia, mantenimiento preventivo o de rutina, en casas de reposo, de convalecencia o de rehabilitación para cualquier condición.
15. Gastos de viajes aun cuando sean ordenados por un médico.
16. Gastos por internamiento hospitalario para evitar la aplicación de Justicia, cuando el asegurado está en conflicto con la ley y es considerado responsable de un hecho delictivo o accidental

NOVENA - PERIODOS DE ESPERA

Todos los periodos de espera detallados a continuación aplicarán para aquellos asegurados que hayan estado de forma continua e ininterrumpida en la póliza. Los padecimientos establecidos, son los siguientes:

1. Tratamientos relacionados con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el período de espera será de 2 años.
2. Tratamientos relacionados con cálculos renales y de vesícula, el período de espera será de 1 año.
3. Amigdalectomías y/o adenoidectomías, el período de espera será de 1 año.
4. Tratamientos relacionados con las patologías del hígado y vías biliares, el período de espera será de 1 año.
5. Padecimientos de las rodillas y hombros, el período de espera será de 1 año, excepto por accidente.
6. Procedimientos quirúrgicos y/o cirugías, de todo tipo, por patologías agudas y crónicas del Sistema Reprodutor Femenino, el periodo de espera será de 1 año.
7. Tratamientos de todo tipo por patologías de la columna vertebral, el periodo de espera será de 1 año. No aplica en caso de accidentes. No aplica para lo establecido en el numeral 23 de la cláusula Séptima, la cual no tiene cobertura en ningún tiempo.
8. Tratamientos relacionados con las patologías anorrectales, el periodo de espera será 1 año.
9. Cualquier tratamiento por desviación septal o por patologías de senos paranasales, el periodo de espera será de 1 año.
10. Patologías y trastornos funcionales del aparato digestivo, el periodo de espera será de 1 año. Se exceptúan las infecciones gastrointestinales agudas, causadas por bacterias, virus, hongos, protozoos, helmintos; y que no han requerido un tratamiento previo a la vigencia.

DÉCIMA - PRUEBAS DEL SINIESTRO

1. El asegurado reclamante presentará a su costo y satisfacción de la compañía, además de los formularios de reclamación que ésta le proporcione, todos los comprobantes originales de los gastos incurridos, así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado.
2. La compañía queda facultada para nombrar un ajustador médico, cuando lo estime conveniente, quien tendrá a su cargo la verificación de la enfermedad o lesiones, la inspección del centro hospitalario en el que se encuentre internado el asegurado y la comprobación y ajuste de los gastos.
3. La compañía tiene derecho, en caso de enfermedad o accidente de los asegurados, de verificar el estado patológico; al asegurado corresponde la obligación de someterse a los exámenes requeridos por la compañía y proporcionar la información solicitada, entendiéndose que la negativa del asegurado autoriza a la compañía para rechazar la reclamación o suspender los pagos que se hayan venido realizando, a partir de la fecha de la negativa del asegurado.

DÉCIMA PRIMERA - SISTEMA DE PAGO POR REEMBOLSO

Las cantidades que la compañía tenga que pagar en concepto de indemnización lo hará mediante el sistema de reembolso de gastos, deduciendo de éste cualquier deuda que se presentare. Sin embargo, podrá convenirse el pago al titular asegurado, o directamente a los médicos, hospitales y demás proveedores que hubieran prestado los servicios.

DÉCIMA SEGUNDA - EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD.

La compañía no será responsable por la calidad del servicio recibido por el asegurado de cualquier institución o individuo. Esta póliza no da al asegurado ningún derecho de reclamación, o acción contra la compañía, basado en un acto de omisión por el proveedor de cualquier servicio médico hospitalario cubierto por la póliza. La compañía únicamente es responsable por el pago de los gastos elegibles de acuerdo a las estipulaciones de la póliza.

DÉCIMA TERCERA - OTROS SEGUROS

Si los gastos médicos cubiertos por esta póliza estuvieran amparados en todo o en parte por otros seguros, en esta o en otras compañías, el reembolso pagadero en total por todas las pólizas no excederá a los gastos reales incurridos y se liquidarán en proporción a los beneficios que cubra cada póliza.

DÉCIMA CUARTA - REINSTALACION DE SUMA

Si un asegurado hubiere consumido el 50% o más de la suma máxima vitalicia establecida para los gastos médicos hospitalarios, este porcentaje podrá ser restablecido siempre y cuando la compañía lo acepte y el asegurado pruebe a satisfacción de la compañía su buen estado de salud, a través de la prueba de asegurabilidad que la compañía determine. Los costos de las pruebas de asegurabilidad serán por cuenta del asegurado y realizadas por los médicos designados por la compañía.

De ser aceptado por la compañía dicho restablecimiento, lo comunicará por escrito al titular y lo hará constar en la póliza a través de un anexo; en éste se indicará la fecha a partir de la cual surtirá efecto y las condiciones dentro de las cuales funcionará.

DÉCIMA QUINTA - DERECHOS DE LOS DEPENDIENTES AL SEPARARSE DEL GRUPO

Cualquier dependiente que deje de pertenecer al grupo asegurado, y siempre que hubiere pertenecido a éste ininterrumpidamente por lo menos dos años, tendrá derecho a que la compañía le expida, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad, una póliza individual de similares

características del plan del cual se separa y que la compañía comercialice en ese momento. La suma asegurada Máxima Vitalicia será la que tenga disponible en ese momento, a menos que la compañía convenga otorgarle una suma mayor.

Para ejercer este derecho el interesado deberá solicitarlo a la compañía por escrito dentro de un período no mayor de sesenta días a partir de la fecha que deje de pertenecer al grupo y pagar la prima que corresponda a su nueva categoría y edad alcanzada, según las tarifas vigentes.

DÉCIMA SEXTA- TERMINACIÓN

Este contrato quedará cancelado por cualquiera de las siguientes causas:

1. A solicitud expresa del titular.
2. Falta de Pago de Primas
3. Por dolo, fraude o falsa declaración
4. Cuando el máximo vitalicio fuere pagado totalmente al titular.

DÉCIMA SÉPTIMA – RENOVACION CON REDUCCION DE MAXIMO VITALICIO

Se amplía el límite de edad para renovaciones con reducción del máximo vitalicio, así:

Hasta 70 años	: 100% del Máximo vitalicio
Desde 71 años a 80 años	: 50% del Máximo Vitalicio
Desde 81 años en adelante	: 25% del Máximo Vitalicio

DÉCIMA OCTAVA - BENEFICIO CONTINUACIÓN DE LA PÓLIZA PARA DEPENDIENTES

Si el asegurado titular fallece antes de cumplir 65 años de edad, por enfermedad o accidente, este beneficio pagará las primas del Seguro Médico Hospitalario para sus dependientes inscritos durante el tiempo faltante para finalizar el año póliza.

Este beneficio no tendrá efecto, y por lo tanto no existirá responsabilidad alguna por la compañía, si el fallecimiento del titular ocurre durante los dos primeros años y éste resulta directa o indirectamente a consecuencia de:

1. Suicidio
2. Por consumo de drogas, estupefacientes o bebidas alcohólicas de conformidad a las pruebas toxicológicas correspondientes.
3. Todo hecho ilegal que el titular cometa o trate de cometer previa mediación y resolución judicial en la que se haga constar el cometimiento del delito o presunción de ello, incluyendo la parte policial o pericial al respecto.
4. Por padecimientos preexistentes no declarados, cualesquiera que sean sus manifestaciones y complicaciones.

DÉCIMA NOVENA – DERECHO DE RETRACTO Y DESISTIMIENTO

Para los efectos legales de esta póliza, se tendrá en cuenta lo establecido en el Art. 13 y 13-A de la Ley de Protección al Consumidor.

CONDICIONES ESPECIALES SEGURO DE VIDA, ACCIDENTES Y BENEFICIOS ADICIONALES

PRIMERA - ASEGURADO

Respecto al Seguro de Vida y Accidentes y los distintos beneficios de este seguro, se entenderá por asegurado el titular y el cónyuge siempre y cuando estén registrados bajo la cobertura del Seguro de Vida y Accidente.

Por lo tanto, si ambos fueren asegurados, cada uno tendrá derecho a las respectivas sumas aseguradas del plan elegido. Ninguno de los hijos dependientes tendrá cobertura bajo este seguro.

SEGUNDA - COBERTURA

La compañía pagará la suma asegurada contratada a los beneficiarios, según lo estipulado en la hoja de Especificaciones del Seguro que forma parte de la póliza, en caso de fallecimiento del asegurado por enfermedad o accidente.

TERCERA - SUICIDIO

En caso de que el fallecimiento del asegurado ocurriese por suicidio, cualquiera que fuese su estado mental o móvil de éste, la compañía queda obligada a pagar la totalidad del seguro sí tal acontecimiento se verifica después de dos años de emitida o de la última rehabilitación de la presente póliza. Si el suicidio ocurriese antes de los dos años, la compañía reembolsará las primas pagadas bajo esta cobertura mientras el asegurado formó parte de la póliza.

CUARTA - INDISPUTABILIDAD

La compañía no podrá impugnar el seguro después de que éste haya estado en vigor durante la vida del asegurado por un período de dos años completos y consecutivos, contados desde la fecha de emisión de la póliza o desde su última Rehabilitación.

QUINTA - LIMITES DE EDAD

Para formar parte del grupo asegurado se requiere que, en el momento de la inscripción, la edad del asegurado en su cumpleaños más próximo esté comprendida entre los 18 y 65 años de edad. Una vez inscrito, la renovación del seguro podrá hacerse hasta aquella en que el asegurado cumpla los 70 años; vencida esta última renovación, el Seguro de Vida, Accidente, y beneficios adicionales terminarán automáticamente.

La edad declarada por el asegurado deberá comprobarse en forma fehaciente, antes de efectuarse cualquier pago de indemnización con motivo de este seguro.

Si por error o dolo del contratante, se hubiere declarado una edad menor de 18 años o mayor de 65 años en la fecha de su contratación, la compañía caducará automáticamente la póliza.

SEXTA - PRUEBAS DEL SINIESTRO

En el caso de fallecimiento del asegurado, la comprobación se hará presentando certificación de la partida de defunción y demás documentos e información que sean requeridos por la compañía.

SÉPTIMA - CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El asegurado podrá cambiar en cualquier momento los nombres y los porcentajes de indemnización de los beneficiarios, notificándolo por escrito a la compañía siempre que no haya restricción legal alguna, proporcionando a la compañía la póliza correspondiente para registrar las modificaciones del caso.

OCTAVA-CESIÓN

Los derechos concedidos por esta póliza no podrán ser objeto de cesión.

NOVENA – DERECHO DE RETRACTO Y DESISTIMIENTO

Para los efectos legales de esta póliza, se tendrá en cuenta lo establecido en el Art. 13 y 13-A de la Ley de Protección al Consumidor.

BENEFICIO POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO

PRIMERA - COBERTURA

A través de este beneficio se conviene en pagar una suma asegurada adicional, igual a la establecida bajo la cobertura del Seguro de Vida, y de acuerdo a las indemnizaciones que más adelante se indican, si a causa de accidente el asegurado falleciere o llegará a sufrir la pérdida de alguno de los miembros, órganos o funciones descritos en este beneficio.

SEGUNDA - DEFINICION DE ACCIDENTE

Se considerará accidente todo acontecimiento que produzca al asegurado una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (salvo caso de ahogamiento o de lesiones reveladas por examen médico o autopsia) y que ocasione la muerte del asegurado o la pérdida de alguno de sus miembros, órganos o funciones, siempre que dicho acontecimiento sea producido independientemente de la voluntad del asegurado y por la acción directa o violenta de causas externas.

La muerte o pérdida de miembros están cubiertas toda vez que se produzcan dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.

TERCERA - INDEMNIZACIONES

Las indemnizaciones que pagará la compañía se establecerán con base en los siguientes porcentajes de la Suma asegurada:

<u>TABLA DE INDEMNIZACIONES</u>	PORCENTAJE SOBRE SUMA SEGUrada
1. Muerte Accidental.....	100%
2. Pérdida de ambos brazos o de ambas manos.....	100%
3. Pérdida de ambas piernas o de ambos pies.....	100%
4. Pérdida de un brazo o de una mano, junto con la de una pierna o la de un pie.....	100%
5. Pérdida de un brazo o de una mano, o de una pierna o de un pie junto con la ceguera irreparable de un ojo.....	100%
6. Ceguera irreparable de ambos ojos.....	100%
7. Parálisis presumible incurable que impida todo trabajo.....	100%
8. Pérdida del brazo derecho arriba del codo.....	65%
9. Pérdida de la mano derecha.....	60%
10. Pérdida del brazo izquierdo arriba del codo.....	53%
11. Pérdida de la mano izquierda.....	48%
12. Pérdida de una pierna arriba del tobillo.....	65%
13. Pérdida de un pie.....	40%
14. Pérdida de la vista de un ojo.....	50%
15. Pérdida total e irreparable del habla.....	50%
16. Sordera total e incurable de los dos oídos.....	50%

Si en la solicitud el asegurado hubiere declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización correspondientes.

Respecto a manos y pies, se entenderá como pérdida, el desmembramiento por segregación al través o arriba de la muñeca o tobillo, o la pérdida total de la función; respecto a los ojos, se entenderá la pérdida total e irreparable de la vista.

Si el asegurado sufiere en uno o más accidentes varias pérdidas arriba especificadas, la indemnización no excederá de la suma asegurada contratada para este beneficio.

En el momento en que por una o más reclamaciones, durante la vigencia del seguro se pague el 100% de la suma asegurada contratada para este beneficio, esta tabla se cancelará automáticamente, y los efectos de este beneficio quedarán nulos y sin valor alguno.

CUARTA - INDEMNIZACIÓN ADICIONAL

La compañía pagará el doble de los porcentajes estipulados de suma asegurada de este beneficio, si la muerte accidental, la pérdida de miembros, órganos o funciones se debe a lesiones sufridas bajo las siguientes circunstancias:

1. Mientras el asegurado se encuentre viajando como pasajero en un vehículo de servicio colectivo terrestre y que éste se incendie o se accidente. No se considerará como vehículo de servicio público o colectivo los taxis.
2. Mientras el asegurado se conduzca como pasajero dentro de un ascensor ordinario de pasajeros (con excepción de ascensores de minas o de edificios en construcción).
3. Como consecuencia de incendio de un teatro, hotel o cualquier otro edificio público en el cual el asegurado se encuentre al principio del incendio, pero que no sea donde el asegurado trabaje permanentemente.

QUINTA-RIESGOS NO CUBIERTOS

Las indemnizaciones previstas en este beneficio no se conceden, si la muerte del asegurado o las lesiones que sufra se deban directa o indirectamente, total o parcialmente a:

1. Enfermedades e Infecciones bacterianas, excepto aquellas infecciones producidas y causadas directamente por una herida contaminada y/o cortadura sufrida a raíz de un accidente, según concepto definido en póliza.
2. Lesiones de cualquier tipo y enfermedades agudas y crónicas que han sobrevenido o se producen a consecuencia de padecimientos y/o trastornos mentales, psicológicos, psiquiátricos que estuviera presentando el asegurado o que hubiera sufrido en cualquier otro periodo de tiempo, previo a vigencia de póliza.
3. Que el asegurado se encuentre bajo la influencia de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas de conformidad a las pruebas toxicológicas correspondientes.
4. Tratamiento médico o quirúrgico, excepto aquellos que fueren necesarios exclusivamente a lesiones cubiertas por la póliza y practicados dentro del límite de 90 días establecidos; las lesiones producidas por los rayos X, ni las consecuencias de la acción de los mismos y otros, y los del radio o cualquier materia radioactiva.
5. Lesiones corporales que resulten en hernias.
6. Ninguna lesión fatal o no fatal sufrida por el asegurado mientras se encuentre dentro o en cualquier vehículo para navegación aérea o artefacto mecánico para los mismos fines, o al caerse del mismo o dentro del mismo o mientras estuviese ocupado o manejando tal vehículo o artefacto, a menos que, al ocurrir el accidente, el asegurado viajare como pasajero con boleto pagado, en avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario entre aeropuertos definitivamente establecidos.
7. Suicidio o tentativa de suicidio o sus consecuencias, estando el asegurado cuerdo o demente; tampoco cubrirá la muerte o lesiones ocasionadas por veneno, gas o vapores ingeridos o inhalados voluntaria o involuntariamente.

8. Lesiones debidas a actos intencionales del asegurado; ni lesiones u homicidio causados por terceras personas en cualquier circunstancia sobre la persona del asegurado.
9. Por muerte o lesiones que pueda sufrir el asegurado causadas por arma cortante, corto punzante o de fuego las que, por cualquier circunstancia, sean portadas por él al momento de producirse la muerte o las lesiones; o como consecuencia de cualquier infracción de las leyes y reglamentos.
10. La participación del asegurado en carreras de velocidad o de resistencia, competencias, desafíos y actos o actividades notoriamente peligrosas: Paracaidismo, buceo, alpinismo, carrera de motocicletas, carrera de automóviles y otras similares.
11. Tampoco se cubrirá como accidental la muerte o lesiones cuando el asegurado se conduzca en motocicleta, bicicleta, scooter o vehículos similares.
12. Todo hecho ilegal que el asegurado cometa o trate de cometer previa mediación y resolución judicial en la que se haga constar el cometimiento del delito o presunción de ello, incluyendo la parte policial o pericial al respecto.
13. Las consecuencias de operaciones quirúrgicas y las irradiaciones de cualquier clase que hayan sido motivadas por el tratamiento de un accidente cubierto por la póliza.
14. Guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, usurpación militar o del poder, sedición, acción atómica o de energía nuclear.

SEXTA - TERMINACIÓN

Este beneficio terminará automáticamente:

1. Al caducarse la Póliza.
2. Al vencimiento del aniversario de la póliza en que el asegurado haya cumplido 70 años de edad.
3. Al hacerse efectivo el Beneficio de Anticipación de la Suma asegurada.

BENEFICIO DE ANTICIPACION DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

PRIMERA - COBERTURA

En caso de invalidez total y permanente de un asegurado a consecuencia de enfermedad o accidente, la compañía pagará la suma asegurada contratada. Esta será anticipada así: 50% en un sólo pago y el 50% restante en 12 cuotas mensuales. Sin embargo, si el asegurado incapacitado falleciera antes de haber percibido la totalidad de las cuotas estipuladas de la suma asegurada, el saldo será entregado a los beneficiarios designados en el certificado de seguro, en un solo pago.

La compañía tendrá derecho de verificar la continuación médica de la incapacidad. El pago de las cuotas sucesivas de la suma asegurada se suspenderá automáticamente si el asegurado se restablece de su capacidad de trabajo, a juicio y dictamen del servicio médico de la compañía.

Si el asegurado recupera su capacidad para ejecutar cualquier trabajo lucrativo o para dedicarse a alguna actividad de la que pueda obtener utilidad, continuará asegurado por una suma reducida de la diferencia que hubiere entre el importe de la suma asegurada y el monto de las cuotas mensuales que se le hayan anticipado; pagando la correspondiente prima.

SEGUNDA - DEFINICION DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Para los efectos del presente beneficio, se considera Invalidez Total y Permanente el hecho de que el asegurado quede incapacitado de manera continua para desempeñar su actividad principal de trabajo o cualquier otro compatible con sus conocimientos, entrenamiento, experiencia y posición social, adquiridas con anterioridad a la ocurrencia de la incapacidad. Tal incapacidad deberá ser a consecuencia de accidente o enfermedad y su carácter deberá ser reconocido y declarado por los médicos de la compañía y que haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de seis meses a partir de la declaración médica de la invalidez.

Sin perjuicio de otras causas de la invalidez total y permanente, se consideran como tal:

1. La amputación total de ambas manos o de ambos pies o en conjunto de una mano y un pie.
2. La pérdida total e irreparable de la vista de ambos ojos.

TERCERA - JUSTIFICACIÓN DE LA INVALIDEZ

La invalidez deberá ser probada por el asegurado en forma fehaciente, inmediatamente después de la notificación a que se refiere la condición anterior y para ello será preciso que sea remitida a la compañía la documentación mencionada a continuación:

1. Informe detallado del médico o médicos que la hayan tratado, con indicación del origen, naturaleza, desarrollo y consecuencia de la enfermedad o de las lesiones causantes de la invalidez, así como de la probable duración de la misma.
2. La póliza de Seguro de la cual forma parte el presente beneficio.
3. Certificado de la partida de nacimiento.
4. Cualquier otro documento que a juicio de la compañía sea necesario para la justificación de la invalidez.

CUARTA - EXCLUSIONES

Los efectos del presente beneficio quedarán sin valor en cualquiera de los casos siguientes:

1. Por falsas declaraciones, omisión o reticencia del asegurado que puedan influir en la comprobación de su estado de invalidez.

2. Si la invalidez resulta directa o indirectamente de:

- a) Circunstancias de guerra, revolución, motín o riña, servicio militar o alboroto popular.
- b) La utilización por parte del asegurado de medios de transporte aéreo, salvo en calidad de pasajero de líneas aéreas debidamente autorizadas para el público.
- c) Participación del asegurado en carreras de velocidad o resistencia; competencias, desafíos y actos o actividades notoriamente peligrosas.
- d) Heridas o lesiones inferidas al asegurado por sí mismo, por los beneficiarios o por terceras personas.
- e) Todo hecho ilegal que el asegurado cometa o trate de cometer previa mediación y resolución judicial en la que se haga constar el cometimiento del delito o presunción de ello, incluyendo la parte policial o pericial al respecto.
- f) Por el consumo de drogas, estupefacientes o bebidas alcohólicas de conformidad a las pruebas toxicológicas correspondientes
- g) Lesión corporal, enfermedad o infección que hubiera ocurrido o existido en o antes de la fecha de la emisión de la póliza, o antes de la rehabilitación de la misma.

QUINTA - TERMINACIÓN

Este beneficio terminará automáticamente en los siguientes casos:

- 1. Al caducarse la póliza.
- 2. Si el asegurado recupera su capacidad de trabajo.
- 3. Al vencimiento del aniversario de la póliza en que el asegurado haya cumplido 70 años de edad.
- 4. Cuando por incapacidad total y permanente del asegurado se haya pagado este beneficio.

BENEFICIO DE ENFERMEDADES GRAVES CON REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA

PRIMERA - COBERTURA

La compañía pagará como anticipo al asegurado, en un solo pago, el 50% de la suma asegurada contratada al diagnosticársele por primera vez durante la vigencia de la póliza, una de las siguientes enfermedades graves: Infarto del miocardio, Derrame o Hemorragia Cerebral, Cáncer, Insuficiencia Renal y Cirugía Arteriocoronaria. Para que exista cobertura la póliza y éste beneficio deberán estar en vigor y el asegurado no ser mayor de 65 años. El pago de este beneficio reducirá en un 50% la suma asegurada.

SEGUNDA - REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA

La suma asegurada del beneficio básico de muerte se reinstalará al 100% a la renovación de la póliza, siempre y cuando hayan transcurrido al menos 180 días después de la fecha de diagnosticada la afección, si este no es el caso, la reinstalación se hará al cumplirse este plazo.

El asegurado que reciba cualquier pago bajo la cobertura del presente anexo quedará automáticamente excluido de él y no podrá ser reincorporado en el mismo en ninguna de las renovaciones posteriores; es decir, si el asegurado reclama por alguna de las enfermedades enunciadas, agotará la protección de este beneficio, no pudiendo reclamar por ninguna de las demás enfermedades.

TERCERA - PERIODO DE ESPERA

No se cubren las enfermedades diagnosticadas durante los primeros 120 días después del comienzo de vigencia de la póliza para el primer año.

Para nuevos ingresos a la póliza, el período de espera de 120 días aplica a partir de la fecha de ingreso a la póliza.

CUARTA - LÍMITES DE EDAD

Los límites de admisión para este beneficio son: 18 años de edad como mínimo y 55 años como máximo.

QUINTA - DEFINICION DE LAS ENFERMEDADES GRAVES

1. **Infarto del Miocardio.** Es la muerte de una parte del músculo del miocardio como resultado de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico se basa en:
 - Un historial de dolores torácicos típicos
 - Nuevos cambios en el electrocardiograma
 - Elevación de las enzimas cardíacas
2. **Derrame o Hemorragia Cerebral.** Cualquier incidente cerebrovascular que dé lugar a secuelas que duren más de 24 horas y que incluyan infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolismo de una fuente extra craneana. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser confirmada por un neurólogo, como mínimo 6 semanas después del suceso. No se aceptarán reclamaciones antes de transcurrido ese tiempo. Están excluidos los síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico, y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.
3. **Cáncer.** Es una enfermedad provocada por un tumor maligno cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolada de células malignas, así como la invasión de tejidos.

El término cáncer incluye también leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático, como por ejemplo la enfermedad de HODGKIN. Se excluye de esta definición cualquier clase de cáncer no-invasivo o in-situ, así como todos los cánceres de piel con excepción del melanoma invasivo. El diagnóstico deberá haber sido hecho por un médico oncólogo.

4. **Insuficiencia Renal Crónica.** Es un fallo renal de estado terminal que presenta incapacidad funcional crónica e irreversible de ambos riñones y que obliga al uso de tratamiento de diálisis renal permanente o trasplante renal.
5. **Cirugía Arterio coronaria (By-pass).** Se considera como tal, la intervención quirúrgica a corazón abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias, las cuales se encuentren obstruidas, implantando un By-pass coronario (CABG). La necesidad de tal intervención quirúrgica tiene que haber sido comprobada mediante la angiografía coronaria. Se excluyen de esta definición la angioplastia y/o cualquier otra intervención intraarterial.

SEXTA - EXCLUSIONES

1. Este beneficio no cubre como Enfermedad Grave la leucemia linfática crónica, el cáncer de seno o matriz no invasivo o in-situ, ni los cánceres de piel con excepción del melanoma invasivo.
2. Los efectos de este beneficio quedarán también sin ningún valor si la enfermedad grave en cuestión ha sido causada directa o indirectamente por:
 - a) Intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del asegurado, ya sea en estado de cordura o de demencia.
 - b) Adicción de alcohol o drogas.
 - c) Enfermedades en conexión o en presencia de una infección del Síndrome Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).
 - d) Enfermedades sufridas por riesgos nucleares.
 - e) Enfermedades pre-existentes y padecimientos congénitos.
 - f) Trasplantes que sean procedimientos de investigación.

SÉPTIMA - TERMINACIÓN DEL BENEFICIO

Este beneficio terminará automáticamente en los siguientes casos:

1. Por caducidad de la póliza de la cual este beneficio forma parte.
2. Haber alcanzado el asegurado la edad de 65 años.
3. Pago de una enfermedad grave bajo este beneficio.
4. A partir de la fecha en que el asegurado comience a gozar del Beneficio de Anticipación de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente. En el caso del Beneficio Muerte Accidental e Invalidez Total y Permanente, el pago de una indemnización parcial no hará caducar ni reducir automáticamente el Beneficio de Enfermedades Graves.

BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS POR FALLECIMIENTO DE TITULAR Y DEPENDIENTES

PRIMERA – COBERTURA

Al fallecimiento del asegurado, la compañía conviene pagar al primer beneficiario nombrado en el cuadro de beneficiarios de la póliza o al que el asegurado designe en la misma, la suma adicional en concepto de gastos funerarios.

En caso de fallecimiento del dependiente del asegurado, la Compañía pagara inmediatamente al asegurado, la suma adicional para gastos funerarios indicada en las condiciones especiales de la póliza o el ultimo anexo de renovación, para que sea empleada en cubrir los gastos funerarios del dependiente fallecido.

SEGUNDA – LIMITES DE EDAD PARA EL ASEGURADO TITULAR

Para este beneficio se requiere que el asegurado, en el momento de la inscripción, su edad en su cumpleaños más próximo esté comprendida entre los 18 y 65 años de edad. Una vez inscrito, la renovación del seguro podrá hacerse hasta aquella en que el asegurado cumpla los 70 años; vencida esta última renovación, el Seguro de Vida, Accidente, y beneficios adicionales terminarán automáticamente.

La edad declarada por el asegurado deberá comprobarse en forma fehaciente, antes de efectuarse cualquier pago de indemnización con motivo de este seguro.

Si por error o dolo del contratante, se hubiere declarado una edad menor de 18 años o mayor de 65 años en la fecha de su contratación, la compañía caducará automáticamente la póliza.

TERCERA – DEPENDIENTES

Podrán gozar de los beneficios de gastos funerarios para dependientes:

Cónyuge, Compañero (a) de Vida con edad comprendida en su cumpleaños más próximo entre los 18 y 65 años de edad. Una vez inscrito(a), la renovación del seguro podrá hacerse hasta aquella en que el asegurado(a) cumpla los 70 años.

Hijos, hijos adoptivos o hijastros dependientes hasta los 25 años de edad siempre y cuando, éste al momento de fallecimiento dependa económicamente de sus padres, sea estudiante a tiempo completo, sea soltero y viva con sus padres.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar la documentación que crea conveniente para comprobar los requisitos antes definidos.

CUARTA – SUMA ASEGURADA PARA GASTOS FUNERARIOS

La Compañía pagará en concepto de Gastos Funerarios la suma adicional establecida en las Condiciones Especiales de la presente póliza o en el último anexo de renovación de la Póliza. Esta suma adicional se pagará en el año póliza, para el titular y cada dependiente cubierto.

QUINTA – PAGO DE LA SUMA ASEGURADA

En caso de fallecimiento del titular la compañía pagara al beneficiario designado la suma asegurada correspondiente, establecida en las condiciones especiales de la presente póliza o en el último anexo de renovación de la póliza.

En caso de fallecimiento de algún dependiente, la compañía pagará al titular, la suma asegurada correspondiente establecida en las condiciones especiales de la presente póliza o en el último anexo de renovación de la póliza.

SEXTA – JUSTIFICACION DE LOS GASTOS

Para recibir el valor de los Gastos Funerarios, el asegurado o beneficiario, según sea el caso, deberá presentar a la Compañía los siguientes documentos:

Aviso por escrito del fallecimiento del Asegurado.

Certificación de la Partida de Defunción.

Póliza de Seguro.

Formulario de Gastos Funerarios

Copia del DUI del asegurado y del dependiente fallecido, si el dependiente es menor de edad se deberá presentar el original de la partida de nacimiento del dependiente.

SEPTIMA – VIGENCIA

Este Beneficio surtirá efecto en la misma vigencia de la póliza.

OCTAVA – TERMINACION

Este Beneficio terminará en los siguientes casos:

A solicitud del Contratante.

A la edad de finalización estipulada en las condiciones especiales de la póliza o el ultimo anexo de renovación respecto a este beneficio.

NOVENA – APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y ESPECIALES DE LA POLIZA

Las condiciones generales y especiales de la cual este beneficio forma parte serán aplicables a excepción de la cláusula de indisputabilidad.