

**SOLICITUD DE SEGURO PARA UNA
PÓLIZA DE COMERCIALIZACIÓN MASIVA DE
SEGURO DE VIDA**

PÓLIZA No:

Moneda:

COMERCIALIZADOR MASIVO:

Dirección del Comercializador para notificaciones:

I. DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombres y Apellidos:

Documento Único de Identificación (CUI) No.

No. de Pasaporte si es extranjero:

Facturar a nombre de:

NIT:

Persona expuesta políticamente: SI NO

Dirección:

Municipio:

Departamento:

País:

Teléfono No.:

Celular No.:

Correo Electrónico:

Ocupación:

Sexo: M F Estado Civil:

Peso:

Estatura:

Nacionalidad:

Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Lugar de Nacimiento:

II. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:

Sujeto a las condiciones que se indican abajo, nombro como Beneficiarios en caso de mi fallecimiento a:

Nombres y Apellidos Completos

Parentesco Porcentaje

1)

2)

3)

4)

5)

Si ocurre el fallecimiento de cualquier Beneficiario antes del mío, la parte de dicho Beneficiario se distribuirá proporcionalmente dentro de los Beneficiarios sobrevivientes o Beneficiario sobreviviente, o si no hay, a mis herederos legales. Reservo el derecho de cambiar cualquier Beneficiario nominado arriba.

III. AUTORIZACIÓN:

Autorizo a los médicos y hospitales que me han atendido a suministrar a la Aseguradora los datos que posean de mi estado de salud. Aseguradora Confío, S. A., se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de reclamo de algún evento objeto de amparo de esta póliza.

Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud, autorizo como Solicitante, voluntariamente:

1. A cualquier médico, profesional, hospital, clínica, entidad o persona médica o relacionada médicamente para proveer a la Aseguradora la información que esta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos

2. proporcionados a mi persona, sin limitación alguna.

3. A la Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi Documento Personal de Identificación - DPI -.

Queda entendido y convenido que:

ASEGURADORA CONFÍO, S.A., con domicilio en la Ciudad de Guatemala, se reserva el derecho de rechazar o aceptar esta o cualquier otra Solicitud de Seguro de Vida, presentada por el Solicitante.

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 Aseguradora a dar por terminado el Contrato de Seguro.

Autorizo para que me envíen la póliza, condiciones generales y otros documentos relacionados con la póliza por medio de comunicación electrónica.

Firma del Solicitante: _____

Lugar y fecha: _____

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 186 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

**CONSTANCIA DE CONTRATACIÓN DE SEGURO
ASEGURADORA CONFÍO, S.A.**

INFORMACIÓN DE LA PÓLIZA

Comercializador:

Dirección del comercializador:

Teléfono:

Página web:

Número de póliza:

Vigencia del: _____ **al:** _____

En caso de reclamo abocarse con: Aseguradora Comercializador Consultar coberturas, exclusiones y obligaciones en la Guía de la Póliza en la página web.

Beneficiarios:

Nombre	Parentesco	Porcentaje

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Asegurado:

Edad:

Lugar de domicilio:

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

El seguro es individual, temporal anual renovable.

Cobertura	Suma asegurada	Edad límite de cobertura

Forma de pago:

Prima a pagar:

En fe de lo anterior se firma y sella la presente constancia de contratación de seguro, en la República de Guatemala, en nombre de la compañía por los suscritos funcionarios debidamente autorizados conforme a las disposiciones aplicables:

EMITIDO POR

REVISADO POR

ASEGURADORA CONFÍO, S.A.

1ª Ave. 15-36, Zona 10, Guatemala, Guatemala. PBX: 2279-7000. Página web:
www.confio.com.gt Correo electrónico: aseguradora@confio.com.gt

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 186 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

CARÁTULA DE LA PÓLIZA DE COMERCIALIZACIÓN MASIVA DE SEGURO DE VIDA.

Póliza No.		Moneda:	
Fecha de Vigencia de la Póliza:		Vigencia Desde:	
Forma de Pago:		Prima a pagar:	Hasta:
I. DATOS DEL COMERCIALIZADOR MASIVO:			
Nombre:		Municipio:	Departamento:
Dirección:			
II. DATOS DEL ASEGURADO:			
Asegurado:		DPI/Pasaporte:	Nacionalidad:
Fecha Nacimiento:	Sexo:	Ocupación:	
Lugar de Nacimiento:	Estado Civil:		
	Peso:	Estatura:	
Dirección:			
Municipio:	Departamento:	Correo Electrónico: Teléfono:	
Las Facturas se emitirán a nombre de:			NIT:

III. COBERTURA BÁSICA Y ANEXOS:		
LÍMITES DE EDAD:		
COBERTURA	SUMA ASEGURADA	PERÍODO DE ESPERA U OTROS (si aplica)
IV. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS		
Nombres y Apellidos Completos	Parentesco	Porcentaje
Forman parte de la presente Póliza: la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales y los Anexos que aplican para la Póliza.		

CARÁTULA DE LA PÓLIZA DE COMERCIALIZACIÓN MASIVA DE SEGURO DE VIDA.

La Aseguradora entregará a requerimiento del Asegurado, copia de las Condiciones Generales del Seguro por el medio en que lo solicite.

ASEGURADORA CONFÍO, S.A., pagará las Sumas Aseguradas que se indican para cada cobertura y de acuerdo con lo que se estipula en las Condiciones Generales y/o Anexos de la Póliza. El pago se hará a los Beneficiarios designados por el Asegurado después de recibir pruebas de la realización de la eventualidad prevista en esta Póliza, siempre y cuando el seguro respectivo se encuentre en vigor.

ASEGURADORA CONFÍO, S.A., es responsable por los seguros vendidos por cuenta de esta, a través del Comercializador Masivo: _____.

En testimonio de lo cual se firma la presente Póliza en la Ciudad de Guatemala, el _____
de _____ de _____.

ASEGURADORA CONFÍO, SOCIEDAD ANÓNIMA.

REPRESENTANTE LEGAL.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 186 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

CONDICIONES GENERALES

PÓLIZA DE COMERCIALIZACIÓN MASIVA

SEGURO DE VIDA

CLÁUSULA 1: CONTRATO.

ASEGURADORA CONFÍO, S.A., se compromete a cubrir los riesgos mencionados en estas Condiciones Generales y Anexos, y a indemnizar al (o a los) beneficiario(s) o al Asegurado la prestación correspondiente en caso de siniestro cubierto por esta Póliza y hasta por la Suma Asegurada indicada como límite en la Carátula de la Póliza.

La Solicitud de la Póliza, la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales, y cualquier Anexo que se adhiera a la Póliza forman parte del Contrato celebrado entre Aseguradora Confío, S. A., en adelante denominada como “La Aseguradora” y el Asegurado.

El Asegurado, al recibir esta Póliza deberá cerciorarse que los términos y condiciones de la misma concuerdan con la Solicitud que presentó a “La Aseguradora”, para los efectos de los primeros párrafos del artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala que textualmente establecen: “En los Contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquel en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince días siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último”.

Al presente Contrato de Seguro, le son aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala, relacionadas con el Contrato de Seguro, las que prevalecerán sobre el contenido de este Contrato de Seguro.

CLÁUSULA 2: DEFINICIONES.

Para los efectos de la presente Póliza y sujeto a los demás términos y condiciones de la misma, se entenderá por:

ACCIDENTE: La acción repentina, violenta y fortuita de un agente externo que actúa independientemente de la voluntad del Asegurado y que cause a este, lesiones corporales.

ANEXO: Documento que forma parte integrante de la Póliza que puede ser emitido simultáneamente con la Póliza o que se agregue con posterioridad a la Fecha de Inicio de Vigencia y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales de la Póliza, o adiciona coberturas al plan de seguro.

ASEGURADO: La persona individual que ha quedado amparada por esta Póliza.

ASEGURADORA: ASEGURADORA CONFÍO, Sociedad Anónima.

BENEFICIARIO: La persona que por designación del Asegurado tiene derecho a recibir la Suma Asegurada o el porcentaje de la Suma Asegurada indicado por el Asegurado en la Solicitud de Seguro.

DEDUCIBLE: Es la cantidad de dinero en la que participa el Asegurado en cada siniestro, la cual no es indemnizable.

SUMA ASEGURADA: Es la cantidad máxima que pagará la Aseguradora al (los) Beneficiario(s) o al Asegurado, a consecuencia de los riesgos cubiertos de acuerdo con las estipulaciones consignadas en esta Póliza y en los Anexos que forman parte de la misma.

PERÍODO DE CARENCIA/ESPERA: es el periodo de tiempo establecido en la Carátula de la Póliza, a partir de la contratación del seguro, durante el cual la Aseguradora no cubre los gastos por la atención o tratamiento médico de ciertas enfermedades o padecimientos.

CLÁUSULA 3: COBERTURA BÁSICA: MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.

Al recibir “La Aseguradora” pruebas fehacientes de la muerte del Asegurado, ocurrido durante la vigencia de esta Póliza y mediante la presentación de la documentación legal correspondiente, pagará la Suma Asegurada a la persona o personas que, por su calidad de Beneficiarios, tengan derecho a recibirla.

CLÁUSULA 4: EXCLUSIÓN:

“La Aseguradora” no estará obligada a pagar la Suma Asegurada en caso de fallecimiento del Asegurado, sino que se limitará a la devolución de la prima percibida cuando el fallecimiento ocurra mientras esta Póliza esté en vigor y sea resultado directo de:

4.1. Actividades como miembro o participación del Asegurado en las fuerzas armadas, militares o policiales de cualquier país

CLÁUSULA 5: SUICIDIO.

“La Aseguradora” estará obligada al pago de la Suma Asegurada estipulada, aún en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si ocurre después de dos (2) años de celebrado el Contrato. Si ocurriera antes, “La Aseguradora” únicamente está obligada a la devolución de las primas percibidas.

CLÁUSULA 6: PAGO DE PRIMA Y PERÍODO DE GRACIA.

6.1. Pago de la Prima:

El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del Asegurado sin necesidad de requerimiento previo por parte de “La Aseguradora”.

La prima es pagadera anualmente en la Fecha de Renovación de la Póliza o en otra autorizada por “La Aseguradora”. El pago de la prima conserva la Póliza en vigencia por el tiempo al cual corresponda dicho pago.

6.2. Período de Gracia:

Un Período de Gracia de treinta (30) días calendario será concedido para el pago de cada prima que corresponda después de la primera, período durante el cual la Póliza continuará vigente, condicionado a que la prima sea recibida por “La Aseguradora” o por el “Comercializador” antes de la expiración del Periodo de Gracia.

CLÁUSULA 7: VIGENCIA Y RENOVACIÓN.

La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar o rechazar cualquier Solicitud de Seguro de Vida que el Asegurado presente.

La Fecha del Inicio de Vigencia de la Póliza será aquella que se indique como tal en la Carátula de la Póliza.

La Póliza tiene una vigencia de doce (12) meses y se renovará automáticamente por períodos de doce (12) meses adicionales con el pago de la prima correspondiente, sujeto a las definiciones, condiciones y otras disposiciones de la Póliza vigente en el momento de la renovación.

Al finalizar la vigencia de la Póliza estipulada en este Contrato, se entenderá como renovada la Póliza por un nuevo período de igual duración. Las Condiciones Generales aplicables, serán las que rijan para el contrato de seguro en la fecha de renovación.

En tanto que, el incremento en la prima que se efectuará en cada renovación será tomando en cuenta entre otros, la edad del Asegurado y coberturas ofrecidas.

CLÁUSULA 8: BENEFICIARIOS.

El Asegurado, y solamente él, debe nombrar a uno o a más Beneficiarios designándolos en la Solicitud de Seguro, incluyendo el porcentaje a distribuir a cada uno de ellos. En caso de que algún Beneficiario falleciere antes o simultáneamente con el Asegurado, la parte que le corresponda, acrecerá a favor de los demás Beneficiarios sobrevivientes en partes iguales, y si todos hubiesen fallecido, la prestación convenida se hará a favor de los Herederos Legales del Asegurado.

El Asegurado tiene derecho en cualquier momento de cambiar de Beneficiarios y deberá comunicarlo por escrito a “La Aseguradora”, para que dichos cambios surtan efecto.

CLÁUSULA 9: LÍMITES DE EDAD Y EDAD INEXACTA.

La edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años. La edad máxima de ingreso y la edad máxima de terminación de beneficios serán indicadas en la Carátula de la Póliza.

Si antes de producirse un siniestro, se establece que la edad real del Asegurado, es mayor que la edad declarada, el Asegurado deberá pagar la diferencia de prima entre ambas edades, por el año en que se establezca la inexactitud; pero si tal inexactitud se establece después de producido el siniestro, la Aseguradora deducirá del monto a pagar por este seguro la diferencia de primas no percibidas.

Si la edad declarada es menor que la verdadera, “La Aseguradora” reintegrará al Asegurado el exceso percibido, ya sea en efectivo o como complemento de la próxima prima a percibir.

Cualquiera de los ajustes precedentes podrá realizarse, siempre que la edad real se encuentre dentro los límites de admisión establecidos en la Carátula de la Póliza.

La Aseguradora puede efectuar la comprobación de la edad en cualquier momento, y en caso de que la edad real computada en la misma fecha de vigencia de la Póliza, no esté dentro de los límites de admisión, se procederá así:

a) Si vive el Asegurado, se considera como Seguro no contratado, devolviéndose al Asegurado, la última prima anual pagada, o las partes de esta, cuando la prima es fraccionada y quedando “La Aseguradora” liberada de cualquier otra responsabilidad al respecto.

b) Habiendo fallecido el Asegurado, la Suma Asegurada a pagar será la que con la prima satisfecha hubiera podido comprarse a la edad verdadera; y, como máximo, la Suma Asegurada que figurase en la Carátula de la Póliza, si de dicho cálculo resultare una cantidad mayor.

Para toda comprobación de la edad, el cómputo se hará tomando como base la misma fecha que para dichos efectos conste en la Solicitud de Seguro presentada.

CLÁUSULA 10: INDISPUTABILIDAD.

La Póliza será indisputable por omisión o inexacta declaración inmediatamente después de haber cumplido el segundo año de vigencia.

Como excepción en todo momento, serán disputables por inexactitud en la declaración de edad.

CLÁUSULA 11: OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.

La emisión de esta Póliza se fundamenta en las declaraciones y en la buena fe del Solicitante que fuera Asegurado. En consecuencia, cualquier declaración falsa, reticencia u omisión de información, simulación o disimulo y que traiga como consecuencia la agravación del riesgo, rescindiré la presente Póliza en todos sus efectos, quedando liberada “La Aseguradora” de cualquier responsabilidad por concepto de pago de beneficios estipulados en la misma. Así mismo, queda entendido que surtiré el mismo efecto anterior, cuando un(a) Asegurado(a) o su Representante o quien haya proporcionado los servicios médicos, en colusión con el(la) Asegurado(a), proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en esta Póliza, y sus eventuales modificaciones, de acuerdo con lo estipulado en los Artículos 880, 881 y 908 del Código de Comercio de Guatemala. Cualquier pago realizado por parte de “La Aseguradora” a causa de omisión, declaración inexacta o negligencia por parte del (de la) Asegurado(a), deberá ser reintegrado a “La Aseguradora” por el Asegurado.

CLÁUSULA 12: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O DEL BENEFICIARIO EN CASO DE SINIESTRO.

Tan pronto como el Beneficiario o, en su caso, el Asegurado, tuviere conocimiento de la realización del siniestro, deberá comunicarlo a “La Aseguradora” o al “Comercializador”. Salvo Pacto o disposición expresa en contrario, el aviso deberá darse por escrito y dentro de un plazo de diez (10) días. Este plazo no correrá sino en contra de quienes tuvieran conocimiento del derecho constituido a su favor.

CLÁUSULA 13: PAGO DEL RECLAMO.

El (los) Beneficiario(s) o el Asegurado, según sea el caso, tienen acción directa para requerir de “La Aseguradora” el pago de la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las condiciones establecidas en la Póliza.

Toda vez que se hayan practicado las investigaciones correspondientes, se encuentren completos los requisitos contractuales y legales del caso, así como la documentación que “La Aseguradora” requiera para tal efecto, y no exista desacuerdo en la liquidación e interpretación de las Cláusulas de esta Póliza, “La Aseguradora” pagará conforme a lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley de la Actividad Aseguradora.

Con el pago de la Suma Asegurada, quedarán extinguidas las obligaciones de “La Aseguradora” provenientes de cualquiera que sea la cobertura estipulada en la Carátula de la Póliza.

Todas las indemnizaciones cubiertas por “La Aseguradora” serán liquidadas al(los) Beneficiario(s) designados o al Asegurado, según corresponda.

CLÁUSULA 14: TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.

Las coberturas de la Póliza finalizan:

- a) Al final de la fecha de vigencia, una vez que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de renovación de acuerdo a lo establecido a los límites de edad de esta cobertura.
- b) Al finalizar la vigencia de la Póliza.
- c) Al efectuar el pago total de la Suma Asegurada correspondiente por esta cobertura.
- d) Por la falta de pago de la prima o de la prima fraccionada.
- e) Por solicitud escrita del Asegurado con quince (15) días de anticipación.
- f) Por la omisión o inexacta declaración.

CLÁUSULA 15: PRESCRIPCIÓN.

Todos los derechos y acciones que deriven de esta Póliza prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y si el Beneficiario no tiene conocimiento de su derecho, la prescripción se consumará por el transcurso de cinco (5) años, contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones de “La Aseguradora”.

CLÁUSULA 16: PROCEDIMIENTO PARA RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.

Toda contienda que surja entre las partes a causa de un siniestro, o de la interpretación o cumplimiento de las Cláusulas de la presente Póliza, se resolverán, en primer lugar, por la vía conciliatoria entre el Asegurado y “La Aseguradora”. Y en segundo lugar, si no fuese

posible la solución por el medio descrito anteriormente, quedará abierta la vía jurisdiccional ante los tribunales ordinarios competentes de la ciudad de Guatemala.

CLÁUSULA 17: MONEDA.

Todos los pagos realizados por el Asegurado y “La Aseguradora” deben ser realizados en la moneda estipulada en la Carátula de la Póliza.

CLÁUSULA 18: AVISOS Y NOTIFICACIONES.

El Asegurado deberá enviar todas las notificaciones e informaciones que se relacionen con este Contrato de Seguro directamente a las oficinas centrales de “La Aseguradora” en la Ciudad de Guatemala, cuya dirección está señalada en la Carátula de la Póliza. “La Aseguradora” por su parte enviará las notificaciones pertinentes a la dirección que el Asegurado señaló en la Solicitud de Seguro de la presente Póliza o a la última dirección registrada en “La Aseguradora”.

CLÁUSULA 19: TERRITORIO.

Con respecto a los Anexos adheridos a esta Póliza y salvo pacto en contrario, los Anexos a la Póliza sólo son exigibles y pagaderos si el siniestro ocurrió dentro del territorio nacional de la República de Guatemala.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 186 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

ANEXO DE MUERTE ACCIDENTAL

PÓLIZA DE COMERCIALIZACIÓN MASIVA

SEGURO DE VIDA

Para adherir a la Póliza No.

Suma Asegurada:

Fecha de Inicio de Vigencia:

Fecha de Fin de Vigencia:

Cobertura:

Por convenio expreso entre el Solicitante y “La Aseguradora”, mediante la contratación de este Anexo, el pago de prima adicional correspondiente, “La Aseguradora” se obliga al pago al (a los) Beneficiario(s) de la Suma Asegurada arriba indicada en caso de la muerte accidental del Asegurado, siempre y cuando este Anexo esté vigente.

Se entiende como muerte accidental la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca la muerte.

Exclusiones:

Esta cobertura no se concederá si la muerte del Asegurado es debido directa o indirectamente, total o parcialmente como consecuencia de:

- a) Envenenamiento de cualquier naturaleza (tragados, administrados, absorbidos o inhalados por accidente o de otra manera, voluntaria o involuntariamente).
- b) Suicidio o cualquier intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- c) Actos o hechos cometidos con armas de fuego, corto punzantes, contundentes o punzo cortantes, a excepción de los casos que se declare por la autoridad competente como víctima accidental de proyectil disparado con arma de fuego, salvo pacto contrario.
- d) Viajar o volar en cualquier aeronave o al descender de la misma, si el Asegurado es piloto o miembro de la tripulación o está dando o recibiendo cualesquiera clases de entrenamiento o instrucción o si tiene cualesquiera deberes a bordo de tal aeronave.
- e) Los sufridos por el Asegurado debido a actos de imprudencia, temeridad o negligencia grave, a juicio de “La Aseguradora”, tomando parte en carreras de velocidad o resistencia, en apuestas y en concursos de cualquier naturaleza, en ascensiones y viajes aeronáuticos de toda clase, paracaidismo, navegación submarina, boxeo o cualquier clase de lucha personal, acoso, derribo y encierro de reses bravas, y en general todo acto notoriamente peligroso o delictivo.
- f) Accidentes ocurridos por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como: Terremoto, Inundación o Erupción Volcánica que se produzca en el territorio de la República de Guatemala.

Pago del Beneficio:

La Aseguradora pagará la suma asegurada por este Anexo, una vez comprobada la ocurrencia de Muerte accidental, definida en este Anexo. Consecuentemente, el pago de primas correspondientes a este Anexo terminará.

Terminación de la cobertura de este Anexo:

La cobertura de este Anexo de Muerte Accidental termina juntamente con la terminación de la Póliza a la que se adhiere este Anexo o por el pago de la Suma Asegurada estipulada para este Anexo.

Aviso de siniestro:

El aviso del fallecimiento accidental debe darse a la Compañía o al Comercializador dentro del término de cuarenta días, de forma escrita. La falta de aviso no eximirá de responsabilidad a la Compañía si el (los) beneficiario(s), demostrare(n) que fue materialmente imposible dar el aviso dentro del mencionado plazo. En este caso la responsabilidad de la compañía podrá reducirse hasta la suma que hubiere correspondido si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Pruebas:

Para tener derecho al pago de la indemnización, mencionado en la Cobertura del presente Anexo, deberán aportarse a la Compañía las pruebas fehacientes e indudables del hecho que motiva la reclamación, indicando las causas del accidente; además deberán aportarse los dictámenes médicos sobre la naturaleza del fallecimiento del Asegurado. Todos los gastos de pruebas y dictámenes serán costeados por el (los) beneficiario(s).

ASEGURADORA CONFÍO, SOCIEDAD ANÓNIMA.

REPRESENTANTE LEGAL.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 186 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

ANEXO DE DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL PÓLIZA DE COMERCIALIZACIÓN MASIVA

SEGURO DE VIDA

Para adherir a la póliza No.

Suma Asegurada:

Fecha de Inicio de Vigencia:

Fecha de Fin de Vigencia:

Cobertura:

Por convenio expreso entre el Solicitante y la Aseguradora, mediante la contratación de este Anexo, el pago de prima adicional correspondiente, "La Aseguradora" se obliga al pago al Asegurado en caso de una desmembración accidental. Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca una desmembración.

El monto del pago se calculará de acuerdo con la siguiente tabla de indemnizaciones:

100%	En caso de pérdida total de la visión de ambos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior(pierna) con una mano o un brazo;
50%	Por la pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano, o de un pie, o por la sordera completa de ambos oídos, o por la pérdida del habla;
50%	Por la ceguera total de un ojo en caso de que el asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;
35%	Por la pérdida total de la visión de un ojo;
25%	Por la sordera completa de un oído en caso de que el asegurado ya hubiera tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;
20%	Por la pérdida total del pulgar de una mano;
15%	Por la sordera total completa de un oído;
5%	Por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;
3%	Por la pérdida total de un dedo del pie.

Para los efectos de este Anexo se entiende:

Por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación de la muñeca o arriba de ella; por pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de él; 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 metacarpofalángicas.

Exclusiones:

Esta cobertura no se concederá si la desmembración del Asegurado es debido directa o indirectamente, total o parcialmente como consecuencia de:

- a) Suicidio o cualquier intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- b) Actos o hechos cometidos con armas de fuego, corto punzantes, contundentes o punzo cortantes, a excepción de los casos que se declare por la autoridad competente como víctima accidental de proyectil disparado con arma de fuego, salvo pacto contrario.
- c) Viajar o volar en cualquier aeronave o al descender de la misma, si el Asegurado es piloto o miembro de la tripulación o está dando o recibiendo cualesquiera clases de entrenamiento o instrucción o si tiene cualesquiera deberes a bordo de tal aeronave.
- d) Los sufridos por el Asegurado debido a actos de imprudencia, temeridad o negligencia grave, a juicio de la Aseguradora, tomando parte en carreras de velocidad o resistencia, en apuestas y en concursos de cualquier naturaleza, en ascensiones y viajes aeronáuticos de toda clase, paracaidismo, navegación submarina, boxeo o cualquier clase de lucha personal, acoso, derribo y encierro de reses bravas, y en general todo acto notoriamente peligroso o delictivo.
- e) Accidentes ocurridos por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como: Terremoto, Inundación o Erupción Volcánica que se produzca en el territorio de la República de Guatemala.

Pago del Beneficio:

La Aseguradora pagará la suma asegurada por este Anexo, una vez comprobada la ocurrencia de Desmembración accidental, definida en este Anexo. Consecuentemente, el pago de primas correspondientes a este Anexo terminará.

Terminación de la cobertura de este Anexo:

La cobertura de este Anexo de Desmembración Accidental termina juntamente con la terminación de la Póliza a la que se adhiere este Anexo o por el pago de la Suma Asegurada estipulada para este Anexo.

Aviso de siniestro:

El aviso del accidente debe darse a la Compañía dentro del término de cuarenta días. La falta de aviso no eximirá de responsabilidad a la Compañía si el Asegurado o beneficiario (s) según corresponda, demostrare que fue materialmente imposible dar el aviso dentro del mencionado plazo. En este caso la responsabilidad de la compañía podrá reducirse hasta la suma que hubiere correspondido si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Pruebas:

Para tener derecho al pago de la indemnización, mencionado en la Cobertura del presente Anexo, deberán aportarse a la Compañía las pruebas fehacientes e indudables del hecho que motiva la reclamación, indicando el origen y existencia de las lesiones, así como las causas del accidente; además deberán aportarse los dictámenes médicos sobre la

naturaleza de las lesiones sufridas por el Asegurado. Todos los gastos de pruebas y dictámenes serán costeados por el Asegurado o beneficiario (s) en su caso.

La Compañía se reserva el derecho de hacer examinar al Asegurado en cualquier momento, por los médicos que ella elija cuando a su criterio tal examen fuere necesario, en relación con cualquier reclamación basada en el presente Anexo.

ASEGURADORA CONFÍO, SOCIEDAD ANÓNIMA.

REPRESENTANTE LEGAL.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 186 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES
PÓLIZA DE COMERCIALIZACIÓN MASIVA
SEGURO DE VIDA

Para adherir a la póliza No.

Suma Asegurada:

Fecha de Inicio de Vigencia:

Fecha de Fin de Vigencia:

Cobertura:

Por convenio expreso entre el Solicitante y “La Aseguradora”, mediante la contratación de este Anexo, el pago de prima adicional correspondiente, “La Aseguradora” se obliga al pago de la indemnización arriba indicada en caso de que se diagnostique al Asegurado una de las siguientes enfermedades graves, siempre y cuando este Anexo esté vigente.

Se considerarán las enfermedades graves diagnosticadas después de un período de tres (3) meses después de la fecha de inicio de cobertura de este Anexo.

Periodo de Supervivencia (aplazamiento):

El pago de la indemnización amparada por este Anexo, procederá siempre y cuando la supervivencia del Asegurado sea mayor de treinta (30) días, contados a partir del diagnóstico de la enfermedad grave en cuestión.

Para efectos de este seguro, serán consideradas Enfermedades Graves, las que cumplan con las condiciones de las definiciones siguientes: **a) Enfermedad Grave:**

Significa que el Asegurado ha sufrido o desarrollado durante el período de cobertura establecido en la Carátula de la Póliza, una de las enfermedades graves definidas en el siguiente literal.

b) Definiciones de Enfermedades Graves:

b.1) Infarto agudo al miocardio:

La muerte de una parte del músculo del miocardio como resultado de un aporte sanguíneo deficiente en la zona respectiva. El diagnóstico se basa en:

i. Un historial de dolores torácicos típicos. ii. Nuevos cambios en el

Electrocardiograma. iii. Elevación de las enzimas cardíacas, troponinas u otros

marcadores bioquímicos.

b.2) Derrame o Hemorragia Cerebral:

Cualquier incidente cerebro-vascular con secuelas neurológicas de una duración de más de veinticuatro (24) horas y que incluya la muerte de tejido cerebral, hemorragia o embolia originada en una fuente extracraneal. Tiene que quedar comprobada una deficiencia neurológica de una duración, por lo menos, de tres (3) meses.

b.3) Cirugía Arterio coronaria:

La intervención quirúrgica a corazón abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias, las cuales se encuentran obstruidas, implantando un By-Pass coronario (CABG). La necesidad de tal intervención quirúrgica tiene que haber sido comprobada mediante la angiografía coronaria. La angioplastia y/o cualquier intervención intraarterial, serán excluidas de esta definición.

b.4) Cáncer Terminal, estados III o IV:

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. Para el pago de esta cobertura el cáncer debe ser terminal o calificado de grado III o IV.

Exclusiones:

Esta cobertura no aplica si la enfermedad grave en cuestión ha sido causada directa o indirectamente por:

- a) Intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del Asegurado.**
- b) Adicción al alcohol o a las drogas.**
- c) Enfermedades en conexión o en presencia de una infección de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

Pago del Beneficio:

La Aseguradora pagará la suma asegurada por este Anexo, una vez comprobada la ocurrencia de una de las enfermedades graves, definidas en este Anexo. Consecuentemente, el pago de primas correspondientes a este Anexo terminará.

Terminación de la Cobertura de este Anexo:

La cobertura de este de Anexo Enfermedades Graves termina juntamente con la terminación de la Póliza a la que es adherido este Anexo o por el pago de la Suma Asegurada estipulada para este Anexo.

Aviso del Siniestro:

El aviso de haber contraído o desarrollado una enfermedad grave debe darse a “La Aseguradora” en un período no mayor a tres (3) meses, después de la ocurrencia del hecho.

Pruebas:

No se indemnizará ningún importe cubierto por este Anexo antes de haber recibido por parte del Asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias para “La Aseguradora” de: a) La edad del Asegurado.

b) La ocurrencia de la enfermedad grave en cuestión, prueba que deberá incluir el diagnóstico confirmado por un médico colegiado y nombrado por “La Aseguradora” para tal efecto, y cuyo

diagnóstico deberá estar debidamente sustentado por información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.

ASEGURADORA CONFÍO, SOCIEDAD ANÓNIMA.

REPRESENTANTE LEGAL.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 186 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

ANEXO DE CÁNCER

PÓLIZA DE COMERCIALIZACIÓN MASIVA

SEGURO DE VIDA

Para adherir a la póliza No.

Suma Asegurada:

Fecha de Inicio de Vigencia:

Fecha de Fin de Vigencia:

Cobertura:

Por convenio expreso entre el Solicitante y “La Aseguradora”, mediante la contratación de este Anexo, el pago de prima adicional correspondiente, “La Aseguradora” se obliga al pago de la indemnización arriba indicada en caso de que se diagnostique al Asegurado la siguiente enfermedad grave, siempre y cuando este Anexo esté vigente.

Se cubrirá cáncer diagnosticado después de un período de tres (3) meses contados a partir de la fecha de inicio de cobertura de este Anexo.

Periodo de Supervivencia (aplazamiento):

El pago de la indemnización amparada por este Anexo, procederá siempre y cuando la supervivencia del Asegurado sea mayor de treinta (30) días, contados a partir del diagnóstico de la enfermedad en cuestión.

Para efectos de este seguro, serán consideradas Enfermedad de Cáncer, las que cumplan con las condiciones de las definiciones siguientes:

Cáncer Terminal, estados III o IV:

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. Para el pago de este Anexo el cáncer debe ser terminal o calificado de grado III o IV.

Exclusiones:

Esta cobertura no aplica si el cáncer en cuestión ha sido causado directa o indirectamente por:

- a) Intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del Asegurado.
- b) Adicción al alcohol o a las drogas.
- c) Enfermedades en conexión o en presencia de una infección de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Pago del Beneficio:

La Aseguradora pagará la suma asegurada por este Anexo, una vez comprobada la ocurrencia de Cáncer, definido en este Anexo. Consecuentemente, el pago de primas correspondiente a este Anexo terminará.

Terminación de la Cobertura de este Anexo:

La cobertura de este Anexo de Cáncer termina juntamente con la terminación de la Póliza a la que es adherido este Anexo o por el pago de la Suma Asegurada estipulada para este Anexo.

Aviso del Siniestro:

El aviso de haber contraído o desarrollado cáncer debe darse a “La Aseguradora” en un período no mayor a tres (3) meses, después de la ocurrencia del hecho.

Pruebas:

No se indemnizará ningún importe cubierto por este Anexo antes de haber recibido por parte del Asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias para “La Aseguradora” de: a) La edad del Asegurado.

b) La ocurrencia del cáncer en cuestión, prueba que deberá incluir el diagnóstico confirmado por un médico colegiado y nombrado por “La Aseguradora” para tal efecto, y cuyo diagnóstico deberá estar debidamente sustentado por información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.

ASEGURADORA CONFÍO, SOCIEDAD ANÓNIMA.

REPRESENTANTE LEGAL.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 186 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

ANEXO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

PÓLIZA DE COMERCIALIZACIÓN MASIVA

SEGURO DE VIDA

Para adherir a la Póliza No.

Suma Asegurada:

Fecha de Inicio de Vigencia:

Fecha de Fin de Vigencia:

Cobertura:

Por convenio expreso entre el Solicitante y la Aseguradora, mediante la contratación de este Anexo, el pago de prima adicional correspondiente, la Aseguradora se obliga al pago de la indemnización arriba indicada en caso de que se diagnostique al Asegurado la siguiente enfermedad grave, siempre y cuando este Anexo esté vigente.

Periodo de Sobrevivencia (aplazamiento):

El pago de la indemnización amparada por este Anexo, procederá siempre y cuando la supervivencia del Asegurado sea mayor de treinta (30) días, contados a partir de la ocurrencia del evento.

Para efectos de este seguro, serán consideradas Enfermedad de Infarto Agudo al Miocardio, las que cumplan con las condiciones de las definiciones siguientes:

Diagnosticada después de un período de tres (3) meses desde la fecha de inicio de cobertura de este Anexo.

Infarto agudo al miocardio:

La muerte de una parte del músculo del miocardio como resultado de un aporte sanguíneo deficiente en la zona respectiva. El diagnóstico se basa en:

i. Un historial de dolores torácicos típicos. ii. Nuevos cambios en el

Electrocardiograma. iii. Elevación de las enzimas cardíacas, troponinas u otros

marcadores bioquímicos.

Exclusiones:

Esta cobertura no aplica si el Infarto Agudo al Miocardio en cuestión ha sido causado directa o indirectamente por:

a) Intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del Asegurado.

b) Adicción al alcohol o a las drogas.

c) Enfermedades en conexión o en presencia de una infección de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Pago del Beneficio:

La Aseguradora pagará la suma asegurada por este Anexo, una vez comprobada la ocurrencia de Infarto agudo al miocardio, definido en este Anexo. Consecuentemente, el pago de primas correspondiente a este Anexo terminará.

Terminación de la Cobertura de este Anexo:

La cobertura de este Anexo de Infarto Agudo al Miocardio termina juntamente con la terminación de la Póliza a la que es adherido este Anexo o por el pago de la Suma Asegurada estipulada para este Anexo.

Aviso de Siniestro:

El aviso de haber sufrido infarto agudo al miocardio debe darse a “La Aseguradora” en un período no mayor a tres (3) meses, después de la ocurrencia del hecho.

Pruebas:

No se indemnizará ningún importe cubierto por este Anexo antes de haber recibido por parte del Asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias para “La Aseguradora” de: a) La edad del Asegurado.

b) La ocurrencia del infarto agudo al miocardio en cuestión, prueba que deberá incluir el diagnóstico confirmado por un médico colegiado y nombrado por la Aseguradora para tal efecto, y cuyo diagnóstico deberá estar debidamente sustentado por información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.

ASEGURADORA CONFÍO, SOCIEDAD ANÓNIMA.

REPRESENTANTE LEGAL.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 186 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

ANEXO DE DERRAME O HEMORRAGIA CEREBRAL

PÓLIZA DE COMERCIALIZACIÓN MASIVA

SEGURO DE VIDA

Para adherir a la Póliza No.

Suma Asegurada:

Fecha de Inicio de Vigencia:

Fecha de Fin de Vigencia:

Cobertura:

Por convenio expreso entre el Solicitante y la Aseguradora, mediante la contratación de este Anexo, el pago de prima adicional correspondiente, la Aseguradora se obliga al pago de la indemnización arriba indicada en caso de que se diagnostique al Asegurado la siguiente enfermedad grave, siempre y cuando este Anexo esté vigente.

Periodo de Supervivencia (aplazamiento):

El pago de la indemnización amparada por este Anexo, procederá siempre y cuando la supervivencia del Asegurado sea mayor de treinta (30) días, contados a partir de la ocurrencia del evento.

Para efectos de este seguro, serán consideradas Derrame o hemorragia cerebral, las que cumplan con las condiciones de las definiciones siguientes:

Derrame o hemorragia cerebral diagnosticada después de un período de tres (3) meses desde la fecha de inicio de cobertura de este Anexo.

Derrame o Hemorragia Cerebral:

Cualquier incidente cerebro-vascular con secuelas neurológicas de una duración de más de veinticuatro (24) horas y que incluya la muerte de tejido cerebral, hemorragia o embolia originada en una fuente extracraneal. Tiene que quedar comprobada una deficiencia neurológica de una duración, por lo menos, de tres (3) meses.

Exclusiones:

Esta cobertura no aplica si el derrame o hemorragia cerebral en cuestión ha sido causado directa o indirectamente por:

- a) Intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del Asegurado.
- b) Adicción al alcohol o a las drogas.
- c) Enfermedades en conexión o en presencia de una infección de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Pago del Beneficio:

La Aseguradora pagará la suma asegurada por este Anexo, una vez comprobada la ocurrencia de Derrame o hemorragia cerebral, definido en este Anexo.

Consecuentemente, el pago de primas correspondiente a este Anexo terminará.

Terminación de la Cobertura de este Anexo:

La cobertura de este de Anexo de Derrame o hemorragia cerebral termina juntamente con la terminación de la Póliza a la que es adherido este Anexo o por el pago de la Suma Asegurada estipulada para este Anexo.

Aviso de Siniestro:

El aviso de haber contraído o desarrollado una enfermedad grave debe darse a la Aseguradora en un período no mayor a tres (3) meses, después de la ocurrencia del hecho.

Pruebas:

No se indemnizará ningún importe cubierto por esta cobertura antes de haber recibido por parte del Asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias para la Aseguradora de: a) La edad del Asegurado.

b) La ocurrencia de la enfermedad grave en cuestión, prueba que deberá incluir el diagnóstico confirmado por un médico colegiado y nombrado por la Aseguradora para tal efecto, y cuyo diagnóstico deberá estar debidamente sustentado por información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.

ASEGURADORA CONFÍO, SOCIEDAD ANÓNIMA.

REPRESENTANTE LEGAL.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 186 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

ANEXO DE CIRUGÍA ARTERIOCORONARIA

PÓLIZA DE COMERCIALIZACIÓN MASIVA

SEGURO DE VIDA

Para adherir a la Póliza No.

Suma Asegurada:

Fecha de Inicio de Vigencia:

Fecha de Fin de Vigencia:

Cobertura:

Por convenio expreso entre el Solicitante y la Aseguradora, mediante la contratación de este Anexo, el pago de prima adicional correspondiente, la Aseguradora se obliga al pago de la indemnización arriba indicada en caso al Asegurado se le practique una Cirugía Arterio coronaria, siempre y cuando este Anexo esté vigente.

Periodo de Sobrevivencia (aplazamiento):

El pago de la indemnización amparada por este Anexo, procederá siempre y cuando la supervivencia del Asegurado sea mayor de 30 días, contados a partir de la ocurrencia del evento.

Para efectos de este Seguro, serán considerada Cirugías Arterio coronarias, las que cumplan con las condiciones de las definiciones siguientes:

Cirugía arterio coronaria diagnosticada después de un período de tres (3) meses desde la fecha de inicio de cobertura de este Anexo.

Cirugía Arterio coronaria:

La intervención quirúrgica a corazón abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias, las cuales se encuentran obstruidas, implantando un By-Pass coronario (CABG). La necesidad de tal intervención quirúrgica tiene que haber sido comprobada mediante la angiografía coronaria. La angioplastia y/o cualquier intervención intraarterial, serán excluidas de esta definición.

Exclusiones:

Esta cobertura no aplica si la cirugía arterio coronaria en cuestión ha sido causada directa o indirectamente por:

- a) Intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del Asegurado.
- b) Adicción al alcohol o a las drogas.
- c) Enfermedades en conexión o en presencia de una infección de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Pago del Beneficio:

La Aseguradora pagará la suma asegurada por este Anexo, una vez comprobada la ocurrencia de Cirugía arteri coronaria, definida en este Anexo. Consecuentemente, el pago de primas correspondiente a este Anexo terminará.

Terminación de la Cobertura de este Anexo:

La cobertura de este de Anexo de cirugía arteri coronaria termina juntamente con la terminación de la Póliza a la que es adherido este Anexo o por el pago de la Suma Asegurada estipulada para este Anexo.

Aviso de Siniestro:

El aviso de haber tenido una Cirugía arteri coronaria debe darse a la Aseguradora en un período no mayor a tres (3) meses, después de la ocurrencia del hecho.

Pruebas:

No se indemnizará ningún importe cubierto por esta cobertura antes de haber recibido por parte del Asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias para la Aseguradora de: a) La edad del Asegurado.

b) La práctica de la cirugía en cuestión, prueba que deberá incluir el diagnóstico confirmado por un médico colegiado y nombrado por la Aseguradora para tal efecto, y cuyo diagnóstico deberá estar debidamente sustentado por información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.

ASEGURADORA CONFÍO, SOCIEDAD ANÓNIMA.

REPRESENTANTE LEGAL.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 186 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

ANEXO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD

PÓLIZA DE COMERCIALIZACIÓN MASIVA SEGURO DE VIDA

Para adherir a la Póliza No.

Suma Asegurada:

Fecha de Inicio de Vigencia:

Fecha de Fin de Vigencia:

Cobertura:

Por convenio expreso entre el Solicitante y “La Aseguradora”, mediante la contratación de este Anexo, el pago de prima adicional correspondiente, “La Aseguradora” se obliga al pago al Asegurado de una renta diaria fija por cada día que el Asegurado permanezca internado en una Clínica u Hospital, debidamente autorizado, como consecuencia de un Accidente o enfermedad cubierta por el presente Anexo.

El período máximo por el cual se reconocerá la renta no excederá de lo indicado en la carátula de la póliza o de treinta (30) días por año si no se indicara y será pagado a partir del tercer día de internación, es decir, “La Aseguradora” no efectuará desembolso alguno si la internación es igual o menor a dos (2) días.

Límite Geográfico:

La Clínica u Hospital debe estar ubicado dentro del territorio de la República de Guatemala.

Exclusiones:

No quedarán amparados por este Anexo, la hospitalización a consecuencia de:

- a) **Cualquier accidente o enfermedad ocurrido antes de la fecha efectiva de este Anexo.**
- b) **Suicidio o conato de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.**
- c) **Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo efectos alcohólicos o de cualquier droga.**

Pago del Beneficio:

La Aseguradora pagará la suma asegurada por este Anexo, una vez comprobada la ocurrencia de Hospitalización por accidente o enfermedad, definida en este Anexo. Consecuentemente, el pago de primas correspondientes a este Anexo terminará.

Procedimiento en caso de reclamación:

El aviso por escrito de la reclamación deberá realizarse en un plazo de cinco (5) días hábiles a partir del inicio de la hospitalización, mediante un formulario de reclamación, la constancia de los días de hospitalización, y cualquier otro documento que “La Aseguradora” considere oportuno solicitar para la comprobación de la reclamación.

Terminación de la Cobertura de este Anexo:

Esta cobertura de este Anexo finaliza:

- a) Al finalizar la Póliza a la que es adherido este Anexo o a la fecha de Terminación de Vigencia de este Anexo.
- b) Al efectuar el pago total del número de días de cobertura.

ASEGURADORA CONFÍO, SOCIEDAD ANÓNIMA.

REPRESENTANTE LEGAL.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 186 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

ANEXO DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE DIABETES

PÓLIZA DE COMERCIALIZACIÓN MASIVA

SEGURO DE VIDA

Para adherir a la Póliza No.

Suma Asegurada:

Fecha de Inicio de Vigencia:

Fecha de Fin de Vigencia:

Cobertura:

Por convenio expreso entre el Solicitante y la Aseguradora, mediante la contratación de este Anexo, el pago de prima adicional correspondiente, la Aseguradora se obliga al pago de indemnización arriba indicada en caso de que se diagnostique al Asegurado Diabetes y que su aparición por primera vez ocurrió durante la vigencia de este Anexo.

La Aseguradora establece un periodo de espera de ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de este Anexo para que la protección del Anexo se active.

Si durante el periodo de espera se manifiesta y se confirma la Diabetes del Asegurado, el Anexo será anulado, en cuyo caso “La Aseguradora” devolverá la prima cobrada.

Exclusiones:

Esta Anexo no ampara al Asegurado en los siguientes casos:

- a) Si el Asegurado sufre de una hiperglicemia aguda que tenga el carácter de transitoria y que comúnmente se detecta bajo condiciones de infecciones agudas, traumatismos severos, alteraciones circulatorias o estrés.
- b) Por padecimientos preexistentes antes o al momento de la contratación de la Póliza o de este Anexo.
- c) Si el Asegurado sufre de diabetes gestacional.
- d) Si el diagnóstico de diabetes es hecho por una persona miembro de su familia o que viva en su domicilio, sin importar si es un médico facultado para ejercer la medicina.
- e) Si la diabetes es a consecuencia de un intento de suicidio o mutilación voluntaria.

Pago del Beneficio:

La Aseguradora pagará la suma asegurada por este Anexo, una vez comprobada la ocurrencia de Diabetes, definida en este Anexo. Consecuentemente, el pago de primas correspondientes a este Anexo terminará.

Terminación de la cobertura de este Anexo:

La cobertura del Anexo de Indemnización por Diagnóstico de Diabetes termina juntamente con la terminación de la Póliza a la que es adherido este Anexo o por el pago de la Suma Asegurada estipulada para este Anexo.

Aviso de Siniestro:

El aviso de haber contraído o desarrollado diabetes debe darse a “La Aseguradora” en un período no mayor a tres (3) meses, después de diagnosticada la enfermedad.

Pruebas:

No se indemnizará ningún importe cubierto por este Anexo antes de haber recibido por parte del Asegurado pruebas fehacientes y satisfactorias para “La Aseguradora” de: a) La edad del Asegurado.

b) La ocurrencia de la diabetes. La prueba deberá incluir el diagnóstico confirmado por un médico colegiado nombrado por “La Aseguradora” para tal efecto, y cuyo diagnóstico deberá estar debidamente sustentado por información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.

ASEGURADORA CONFÍO, SOCIEDAD ANÓNIMA.

REPRESENTANTE LEGAL.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 186 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.