

## SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>I. DATOS DE LA SOLICITUD:</b>  |  |  |
| Solicitud No.:  |  |  |
| Moneda:   |  | Territorio:  |
| Por medio de la presente solicito a <b>ASEGURADORA CONFÍO, S.A.</b> una Póliza de Seguro Colectivo de Vida, para lo cual se acompañan a la presente Solicitud, el Consentimiento/Certificado de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurable que iniciarán la cobertura del Seguro Colectivo de Vida. |  |  |
| <b>II. DATOS DEL CONTRATANTE:</b>   |  |  |
| Nombres y Apellidos o Razón Social:   |  |  |
| DPI / Pasaporte:  |  | NIT:   |
| ¿Es contratista del Estado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   |  |  |
| Actividad Principal:  |  | Otras actividades del Grupo Asegurable:                                |
| Dirección:  |  |  |
| Municipio:  |  | Departamento:  |
| Teléfono No.:   | Celular No:  | Correo Electrónico:  |
| <b>DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE: NOMBRE Y APELLIDOS:</b>   |  |  |
| DPI / Pasaporte (Representante Legal):  |  | NIT (Representante Legal):   |
| Es persona políticamente expuesta   | Tiene parentesco con alguna persona políticamente expuesta | Es asociado cercano a una persona políticamente expuesta               |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>    | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                |
| ¿Es ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos de América?  | ¿Posee documento de identidad Green Card?                  | ¿Es contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América? |
| Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>    | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                |
| <b>III. DATOS DEL RESPONSABLE DEL PAGO DE LA PRIMA (SI ES PERSONA DISTINTA AL REPRESENTANTE LEGAL):</b>   |  |  |
| Nombres y Apellidos:  |  |  |
| DPI / Pasaporte:  |  | NIT:   |
| Actividad Principal:  |  | Vínculo con el Grupo Asegurable:                                       |
| Dirección:  |  |  |
| Municipio:  |  | Departamento:  |
| Teléfono No.:   | Celular No:  | Correo Electrónico:  |
| Dirección de Cobro:   |  |  |
| <b>IV. DESCRIPCIÓN DEL GRUPO ASEGURABLE:</b>  |  |  |
| No. de Personas que conforman:  | La Empresa: _____  | Grupo a Asegurar: _____  |

Límites de edad:

Edad de ingreso:

Edad de permanencia:

Actividad o Actividades a las que se dedica la Empresa o Grupo Asegurable:

Descripción de las actividades que realizan las personas elegibles para el seguro:

**V. COBERTURA, ANEXOS Y SUMAS ASEGURADAS O NORMAS PARA DETERMINARLAS:**

1. Cobertura Básica:

Suma Asegurada:

2. Anexos:

Sumas Aseguradas:

**VI. PAGO DE LA PRIMA**

Forma de Pago:

Mensual

Trimestral

Semestral

Anual

La prima es:

a)  Sin Contribución

b)  Con Contribución, pagando los integrantes del grupo el \_\_\_\_\_% de la prima

**VII. CONDICIONES ESPECIALES DEL CONTRATO DE SEGURO:**

ASEGURADORA CONFÍO, S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar el Consentimiento/Certificado que sea presentado por cualquiera de los Propuestos Asegurados, miembros elegibles del Grupo Asegurable.

**VIII. DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE:**

Las respuestas y declaraciones que aparecen en esta Solicitud de Seguro 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.

Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud, autorizo como Contratante de la Póliza, voluntariamente 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.

Reconozco que la tramitación de esta Solicitud no implica la aceptación del riesgo por parte de "LA ASEGURADORA".

Autorizo para que me envíen por medio de comunicación electrónica, o cualquier otro medio que se hubiere pactado, la Póliza, las Condiciones Generales y otros documentos relacionados con la misma.

Firma del Contratante \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha:

\_\_\_\_\_

Intermediario:

Firma del intermediario:

Código:

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1487 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



ASEGURADORA CONFÍO, S.A., con domicilio en la Ciudad de Guatemala, al recibir las pruebas fehacientes de la ocurrencia del siniestro de cualquiera de los miembros de Grupo Asegurado, pagará el importe de la(s) cobertura(s) que proceda(n) de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza y/o Anexos, según corresponda. La Póliza entrará en vigor en la fecha de inicio arriba indicada. Las primas son pagaderas por el Contratante al inicio de la Vigencia en la periodicidad de pago convenida.

En testimonio de lo cual ASEGURADORA CONFÍO, S.A., con domicilio en \_\_\_\_\_  
firma la presente Póliza en la Ciudad de Guatemala, el            de            del

\_\_\_\_\_  
Firma Autorizada

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1487 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

## CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO 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 y en el Consentimiento/Certificado de Seguro Colectivo de Vida. (En adelante denominado Consentimiento/Certificado).

La Solicitud de la Póliza, la Carátula de la Póliza, el (los) Consentimiento/Certificado, 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”, el Contratante y el Asegurado. El Contratante, 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 aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.

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

**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 el Consentimiento/Certificado de Seguro Colectivo de Vida.

**CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA:** Es la solicitud que presenta el Propuesto Asegurado para su inscripción en el seguro. A la vez es el Certificado de participación en el seguro que firma “La Aseguradora” como constancia de la inclusión del solicitante en el Grupo Asegurado, obteniendo con ello, todos los beneficios que la Póliza de Seguro otorga al Grupo.

**CONTRATANTE:** Es la persona individual o jurídica que celebra y mantiene un contrato de seguro colectivo con una Aseguradora, con el fin de asegurar a un grupo asegurable.

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

**EDAD:** Es la edad alcanzada efectivamente por cada Asegurado, que sirve para determinar la prima anual inicial o de renovación de las coberturas de esta Póliza.

**GRUPO ASEGURADO:** Es el conjunto de personas individuales que, satisfaciendo las características del grupo asegurable, están cubiertas por este contrato de seguro colectivo.

**GRUPO ASEGUABLE:** Es el conjunto de personas individuales que mantienen un vínculo o interés en común con el Contratante, previo e independiente de la celebración del contrato del seguro. **PAGO**

**CONTRIBUTIVO:** El Contratante y el Asegurado aportan la prima en la proporción convenida o el Asegurado aporta la totalidad de la prima.

**PAGO NO CONTRIBUTIVO:** El Contratante aporta el total de la prima.

**SEGURO COLECTIVO:** Es un contrato de seguro que proporciona cobertura a un grupo asegurado.

**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 CARENIA/ESPERA:** es el periodo de tiempo establecido en la Carátula de la Póliza y en el Consentimiento/Certificado de Seguro Colectivo de Vida, 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 Contratante 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” antes de la expiración del Período de Gracia.

## **CLÁUSULA 7: EL CONTRATANTE Y SUS OBLIGACIONES.**

Es la persona individual o jurídica que celebra y mantiene este contrato Colectivo de Seguro de Vida con la Aseguradora, con el fin de asegurar a un grupo asegurable.

Son obligaciones del Contratante:

- a) Pagar a “La Aseguradora” la prima de seguro con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
- b) Recaudar de las personas del grupo asegurado la cantidad de la prima de seguro con la que contribuyen, en la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
- c) Informar, en la forma convenida, a “La Aseguradora”:
  1. El ingreso al grupo asegurado de nuevas personas, adjuntando copia del Consentimiento/Certificado y demás documentación que le requiera “La Aseguradora”;
  2. La separación definitiva de alguna persona asegurada del Grupo Asegurado;
  3. Cualquier situación de los asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza, así como las agravaciones esenciales que tenga el riesgo, que sean de su conocimiento; y,
  4. La terminación de su calidad como Contratante.
- d) Dar a conocer a la persona que se asegure, la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- e) Entregar el Consentimiento/Certificado a cada persona del Grupo Asegurado y, en su caso, la constancia de contratación del seguro, por el medio convenido.
- f) No efectuar cargos adicionales al Asegurado sobre la prima fijada por “La Aseguradora”.

## **CLÁUSULA 8: ALTAS Y BAJAS DEL GRUPO ASEGURADO.**

### **8.1 Altas de Asegurados:**

Las personas que cumplan con los requisitos establecidos por “La Aseguradora” podrán ingresar al Grupo Asegurado con posterioridad a las fechas de emisión o renovaciones de esta Póliza, siempre que mantengan una relación con el Contratante. Este derecho sólo se reserva a los que manifiesten su consentimiento dentro de los treinta (30) días corridos siguientes a su ingreso o alta con el Contratante. Los que soliciten su ingreso al grupo asegurado con posterioridad, quedan sujetos a las normas de selección de “La Aseguradora”.

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

### **8.2 Bajas de Asegurados:**

Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurado dejan de estar amparadas por la presente Póliza desde el momento de dicha separación; quedando automáticamente sin validez alguna el respectivo Consentimiento/Certificado.

La prima no devengada por cada Asegurado que cause baja se determinará tomando en cuenta los días que faltan para que termine el seguro, devengando “La Aseguradora” la prima correspondiente al día durante el cual suceda la baja. Queda entendido y convenido que dicha prima siempre se computará en meses completos.

## **CLÁUSULA 9: VIGENCIA, RENOVACIÓN Y REHABILITACIÓN.**

### **Vigencia de la Póliza:**

“La Aseguradora” se reserva el derecho de aceptar o rechazar cualquier solicitud de seguro de vida que el (los) Propuestos Asegurados presenten en su respectivo Consentimiento/Certificado.

La Fecha del Inicio de Vigencia de la Póliza será aquella que se indique como tal en la Carátula de la Póliza y estará condicionada al pago de la prima correspondiente.

#### **Renovación:**

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.

#### **Vigencia del Consentimiento/Certificado:**

La vigencia del seguro para el Asegurado, es a partir de la fecha que se indica en el Consentimiento/Certificado y termina en la misma fecha que la Póliza. Podrá ser renovado, siempre y cuando el asegurado siga reuniendo los requisitos de elegibilidad para su permanencia en el Seguro.

#### **Rehabilitación:**

En caso de falta de pago de la prima convenida, la aceptación posterior de una prima por “La Aseguradora”, rehabilitará la cobertura, previo análisis, clasificación y aceptación por escrito del riesgo por parte de “La Aseguradora”.

#### **CLÁUSULA 10: BENEFICIARIOS.**

El Asegurado, y solamente él, debe nombrar a uno o a más Beneficiarios designándolos en el Certificado/Consentimiento, 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 11: 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 y en el Consentimiento/Certificado. 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 y en el Consentimiento/Certificado. “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 y en el Consentimiento/Certificado, 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 el Consentimiento/Certificado.

#### **CLÁUSULA 12: 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 13: OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES.**

La emisión de esta Póliza se fundamenta en las declaraciones y en la buena fe del Contratante y 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, rescindirá la presente Póliza o el Consentimiento/Certificado, según corresponda, 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 surtirá 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 14: 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”. 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 15: PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO. 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 y en el Consentimiento/Certificado.

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

#### **CLÁUSULA 16: 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 en los Límites de Edad de la Póliza.
- b) Al finalizar la vigencia de la Póliza o la vigencia del Consentimiento/Certificado.
- 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 formulada con quince (15) días de anticipación.
- f) Por la omisión o inexacta declaración.

#### **CLÁUSULA 17: PRESCRIPCIÓN.**

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

#### **CLÁUSULA 18: 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 Contratante, 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 19: MONEDA.**

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

#### **CLÁUSULA 20: 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 el Consentimiento/Certificado.

**CLÁUSULA 21: REGISTRO DE ASEGURADOS.** El grupo asegurado aparece con el registro de asegurados anexo a esta Póliza, donde se incluye la prima correspondiente a cada asegurado y la prima total del grupo.

Los nuevos ingresos producidos en el transcurso del período de vigencia serán registrados en registros adicionales.

**CLÁUSULA 22: DERECHO DE SUSCRIPCIÓN SEGURO INDIVIDUAL:** Toda persona que se separe definitivamente de la entidad contratante, o que deje de estar cubierta por la póliza de seguro de grupo, en virtud de haberse cancelado ésta, y siempre que tal cancelación ocurra después de haber estado en vigor la mencionada póliza por un período no menor de cinco años, tiene el derecho de tomar, sin el requisito de examen médico, cualquier otro seguro individual de los planes que emita la Compañía, siempre que no sea seguro temporal, ni se incluya el seguro complementario de incapacidad.

Tal derecho queda sujeto a las condiciones siguientes:

- a) Que haya estado asegurado bajo el Seguro de Grupo, como mínimo un año ininterrumpido;
- b) Que su solicitud la presente a la Compañía dentro de los 30 días contados a partir de su separación de la entidad contratante o terminación de la Póliza;
- c) Que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión establecidos por la Compañía para sus seguros individuales que entonces emita; y
- d) Que la protección en caso de fallecimiento del solicitante no sea superior a la que tenía asignada en el Registro de Asegurados Vigentes, ni menor de Q.1,000.00

El asegurado que tenga derecho al privilegio de conversión durante el período mencionado en el inciso b), estará cubierto por el monto asegurado que le correspondiere en el último registro de asegurados, haya o no, hecho solicitud de conversión.

Para los efectos de la formalización del nuevo contrato de Seguro, el solicitante pagará a la Compañía, la prima que corresponda a la edad alcanzada y a su ocupación, según la tarifa de primas vigentes en el momento de la conversión.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1487 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

### CONSENTIMIENTO/CERTIFICADO DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Contratante: \_\_\_\_\_

Póliza No. \_\_\_\_\_ Consentimiento/Certificado No. \_\_\_\_\_

Por este medio expreso mi consentimiento para asegurarme en la Póliza de Seguro de Colectivo Vida, contratada por la entidad anteriormente identificada, con ASEGURADORA CONFÍO, S.A., para lo cual declaro y/o solicito lo siguiente:

Nombre Completo del Propuesto Asegurado:

\_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

NIT: \_\_\_\_\_ DPI: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Dirección completa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Vigencia del seguro del: \_\_\_\_\_ al: \_\_\_\_\_

| COBERTURAS | SUMA ASEGURADA | LÍMITES DE EDAD | DEDUCIBLE (si aplica) | PERÍODO DE ESPERA (si aplica) |
|------------|----------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------|
|            |                |                 |                       |                               |

Prima: \_\_\_\_\_ FORMA DE PAGO:  Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

#### Beneficiarios del Seguro de Vida:

| Nombre y Apellido | Parentesco | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
|                   |            |            |

#### Declaración de Salud:

¿Actualmente su salud es buena? Sí  No

Si su respuesta es "No", Amplíe su respuesta: \_\_\_\_\_

#### Queda entendido y convenido que:

**ASEGURADORA CONFÍO, S.A.** se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a "La Aseguradora" a dar por terminado el Contrato de Seguro.

**ASEGURADORA CONFÍO, S.A.**, certifica que el Propuesto Asegurado arriba identificado, forma parte del grupo asegurado por la Póliza de Seguro Colectivo de Vida, identificada en la parte superior de este Consentimiento/Certificado. Por lo tanto, se encuentra asegurado de conformidad con las Condiciones Generales de la Póliza y de acuerdo a lo que se estipula en este Consentimiento/Certificado.

En consecuencia, con lo anterior, al suceder el fallecimiento del asegurado, la Suma Asegurada se pagará a los beneficiarios nombrados por el Asegurado en este Consentimiento/Certificado.

#### **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”. 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.

#### **PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO. 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 la 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 y en el Consentimiento/Certificado.

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

#### **AUTORIZACIÓN.**

Solicito y autorizo a “La Aseguradora” para que me envíen por medio de comunicación electrónica, o cualquier otro medio que el Contratante haya pactado, la Póliza, las Condiciones Generales y otros documentos relacionados con la misma.

\_\_\_\_\_  
Firma del Propuesto Asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Grupo Asegurado

En fe de lo cual se emite el presente Consentimiento/Certificado de Seguro de Vida Colectivo, en la ciudad de Guatemala a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año dos mil \_\_\_\_\_.

**ASEGURADORA CONFÍO, SOCIEDAD ANÓNIMA.**

---

Representante Legal.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1487 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

## ANEXO DE MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL O MUERTE ACCIDENTAL ESPECIAL

### SEGURO COLECTIVO DE VIDA

**Para adherir a la Póliza No.**

**Certificado No.**

Suma Asegurada:

Fecha de Inicio de Vigencia:

Fecha de Fin de Vigencia:

#### **Cobertura:**

Por convenio expreso entre el Contratante y “La Aseguradora”, mediante la contratación de este Anexo, el pago de prima adicional correspondiente, “La Aseguradora” pagará a los beneficiarios si el asegurado sufre la pérdida de la vida de manera accidental o si el Asegurado sufre una desmembración accidental o la pérdida de los sentidos según se describe en la tabla que más adelante se detalla, siempre y cuando la desmembración o pérdida accidental de la vista de uno o ambos ojos, sea a consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado, dentro del ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha de ocurrencia del accidente y durante la vigencia de la presente Póliza y de este Anexo. Se entiende por accidente, la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca la muerte, una desmembración o la pérdida accidental de la vista de uno o ambos ojos. Comprobado el accidente, el monto del pago se calculará de acuerdo con la siguiente tabla de indemnizaciones:

| <b>Por la Muerte o Pérdida por la Amputación de:</b>      | <b>% de Indemnización:</b> |
|---|----------------------------|
| a) Por la muerte  | 100%                       |
| b) Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos      | 100%                       |
| c) Una mano y un pie                                      | 100%                       |
| d) Una mano o un pie conjuntamente con la vista de un ojo | 100%                       |
| e) Una mano o un pie                                      | 50%                        |
| f) La vista de un ojo                                     | 30%                        |
| g) Un dedo pulgar   | 15%                        |
| h) Un dedo índice   | 10%                        |
| i) Cada uno de los dedos, medio, anular y meñique         | 5%                         |

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.

#### **Muerte Accidental Especial:**

“La Aseguradora” pagará al (los) beneficiario(s) designado(s) en el Consentimiento/Certificado, el doble de la Suma Asegurada por Muerte Accidental según se estipula en la literal “a” de la Tabla de Indemnizaciones anterior, cuando el Asegurado, sufra la muerte accidental de manera especial, según se define en los siguientes párrafos, durante la vigencia de la presente Póliza y de este Anexo.

La indemnización por esta cobertura se pagará si la muerte es causada por los siguientes eventos:

- a. Mientras viajare como pasajero, con boleto pagado, en cualquier vehículo público que no sea aéreo, impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transporte público, en ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
- b. Mientras viajare como pasajero en un ascensor que opera para servicio al público, (con exclusión de los ascensores en las minas, de las obras en construcción o similares).
- c. A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrase el Asegurado a iniciarse el incendio.

#### **Exclusiones:**

**Esta cobertura no se concederá si la muerte del Asegurado es debida 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 la Muerte Accidental, la Desmembración Accidental o la Muerte Accidental Especial, según fueron definidas en este Anexo.

**Terminación de la Cobertura de este Anexo:**

La cobertura de este Anexo termina juntamente con la terminación de la Póliza a la que se adhiere este Anexo y en el caso de cada Asegurado, cuando termine la vigencia del Consentimiento/Certificado o por el pago de la Suma Asegurada estipulada para este Anexo.

**Aviso de siniestro:**

El aviso del accidente debe darse a “La Aseguradora” dentro del término de cuarenta días, de forma escrita. La falta de aviso no eximirá de responsabilidad a “La Aseguradora”, 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 Aseguradora” 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 Aseguradora” 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 Aseguradora” 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 1487 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

## ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES

### SEGURO COLECTIVO DE VIDA

**Para adherir a la Póliza No.**

**Certificado No.**

Contratante:

Suma Asegurada:

Fecha de Inicio de Vigencia:

Fecha de Fin de Vigencia:

#### **Cobertura:**

Por convenio expreso entre el Contratante y “La Aseguradora”, mediante la contratación de este Anexo, el pago de la prima adicional correspondiente, “La Aseguradora” se obliga al pago de la indemnización arriba indicada en caso 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 Anexo, 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 y en el Consentimiento/Certificado, 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, o cáncer de grado 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).**
- d) Enfermedades graves diagnosticadas durante un período de tres (3) meses desde la fecha de inicio de cobertura de este Anexo.**

### **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.

### **Terminación de la Cobertura de este Anexo:**

La cobertura de este Anexo de Enfermedades Graves termina juntamente con la terminación de la Póliza a la que es adherido este Anexo y en el caso de cada Asegurado, cuando termine la vigencia del Consentimiento/Certificado 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 1487 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

**ANEXO DE CÁNCER**  
**SEGURO COLECTIVO DE VIDA**

**Para adherir a la Póliza No.**

**Certificado No.**

Suma Asegurada:

Fecha de Inicio de Vigencia:

Fecha de Fin de Vigencia:

**Cobertura:**

Por convenio expreso entre el Contratante 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 un cáncer terminal o un cáncer calificado de grado III o IV, siempre y cuando este Anexo esté vigente. Se cubrirá la enfermedad de cáncer 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 Anexo, serán considerados cáncer terminal o cáncer de grado III o IV, los siguientes:

**Cáncer Terminal, o cáncer de grado 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) **Adición 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 del Cáncer, definido en este Anexo.

**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 y en el caso de cada Asegurado, cuando termine la vigencia del Consentimiento/Certificado 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 1487 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

## ANEXO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

### SEGURO COLECTIVO DE VIDA

**Para adherir a la Póliza No.**

**Certificado No.**

Suma Asegurada:

Fecha de Inicio de Vigencia:

Fecha de Fin de Vigencia:

#### **Cobertura:**

Por convenio expreso entre el Contratante 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 Infarto Agudo al Miocardio, 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 Anexo, será considerado Infarto Agudo al Miocardio, lo siguiente:

#### **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) Adición 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.

**Terminación de la Cobertura de este Anexo:**

La cobertura de este de Anexo de Infarto Agudo al Miocardio termina juntamente con la terminación de la Póliza a la que es adherido este Anexo y en el caso de cada Asegurado, cuando termine la vigencia del Consentimiento/Certificado 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 1487 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

## ANEXO DE DERRAME O HEMORRAGIA CEREBRAL

### SEGURO COLECTIVO DE VIDA

**Para adherir a la Póliza No.**

**Certificado 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 Derrame o Hemorragia Cerebral, 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 Anexo, será considerado Derrame o Hemorragia Cerebral, lo siguiente:

#### **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.

El Derrame o la Hemorragia Cerebral debe ser diagnosticado después de un período de tres (3) meses desde la fecha de inicio de cobertura de este Anexo.

#### **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.

**Terminación de la Cobertura de este Anexo:**

La cobertura de este Anexo de Derrame o Hemorragia Cerebral termina juntamente con la terminación de la Póliza a la que es adherido este Anexo y en el caso de cada Asegurado, cuando termine la vigencia del Consentimiento/Certificado o por el pago de la Suma Asegurada estipulada para este Anexo.

**Aviso de Siniestro:**

El aviso de haber sufrido un derrame o hemorragia cerebral debe darse a “La Aseguradora” en un período no mayor a tres (3) meses, después de la ocurrencia del hecho. El Aviso de Siniestro lo puede dar el Asegurado o una persona en su nombre.

**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 Derrame o Hemorragia Cerebral 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 1487 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

**ANEXO DE CIRUGÍA ARTERIOCORONARIA**  
**SEGURO COLECTIVO DE VIDA**

**Para adherir a la Póliza No.**

**Certificado No.**

Suma Asegurada:

Fecha de Inicio de Vigencia:

Fecha de Fin de Vigencia:

**Cobertura:**

Por convenio expreso entre el Contratante 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 Arterioconoronaria, 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 Anexo, serán considerada Cirugías Arterioconoronarias, las que cumplan con las condiciones de las definiciones siguientes:

**Cirugía Arterioconoronaria:**

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.

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

**Exclusiones:**

**Esta cobertura no aplica si la cirugía arterioconoronaria 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 Arteria Coronaria, definida en este anexo.

**Terminación de la Cobertura de este Anexo:**

La cobertura de este de Anexo de Cirugía Arterio coronaria termina juntamente con la terminación de la Póliza a la que es adherido este Anexo y en el caso de cada Asegurado, cuando termine la vigencia del Consentimiento/Certificado o por el pago de la Suma Asegurada estipulada para este Anexo.

**Aviso de Siniestro:**

El aviso de haber tenido una Cirugía Arterio 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 ocurrencia de la Cirugía Arterio coronaria 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, pre y post quirúrgica, 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 1487 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

## ANEXO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O POR ENFERMEDAD

### SEGURO COLECTIVO DE VIDA

**Para adherir a la Póliza No.**

**Certificado 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.

Si un asegurado requiere varias hospitalizaciones durante un mismo año póliza, el desembolso será a partir del tercer día de cada hospitalización.

#### **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 al asegurado que haya sido hospitalizado, la Suma Asegurada por este Anexo, una vez comprobada la ocurrencia de Hospitalización por accidente o enfermedad, definida en este Anexo.

**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:**

La 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.
- c) Y en el caso de cada Asegurado, cuando termine la vigencia del Consentimiento/Certificado o por el pago de la Suma Asegurada estipulada para este Anexo.

En caso de terminación de la cobertura de este Anexo, el asegurado no debe pagar más las primas correspondientes a este 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 1487 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

## ANEXO DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE DIABETES

### SEGURO COLECTIVO DE VIDA

**Para adherir a la Póliza No.**

**Certificado No.**

Suma Asegurada:

Fecha de Inicio de Vigencia:

Fecha de Fin de Vigencia:

#### **Cobertura:**

Por convenio expreso entre el Contratante 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 de un Asegurado, el presente Anexo de tal Asegurado será anulado y "La Aseguradora" devolverá la prima que se le haya cobrado a este Asegurado.

#### **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 la diabetes.

#### **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 y en el caso de cada

Asegurado, cuando termine la vigencia del Consentimiento/Certificado o por el pago de la Suma Asegurada estipulada para este Anexo.

En caso de terminación de la cobertura de este Anexo, el asegurado no debe pagar más las primas correspondientes a 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 diabetes.

**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 1487 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

## ANEXO DE PAGO DE INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

### SEGURO COLECTIVO DE VIDA

**Para adherir a la Póliza No.**

**Certificado 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 el Asegurado sufre una Incapacidad Total y Permanente, ya sea por accidente o por enfermedad, de conformidad con las coberturas de la Carátula de la Póliza y las Condiciones Generales de la Póliza, así como con las condiciones establecidas en el presente Anexo.

#### **Definición de Incapacidad Total y Permanente:**

Se entiende que existe Incapacidad Total y Permanente, cuando el Asegurado, a consecuencia directa o indudable de lesión corporal o enfermedad, no pueda dedicarse a ninguna clase de ocupación o trabajo remunerado o con fines de lucro, y siempre que dicha incapacidad se hubiere mantenido sin interrupción durante seis meses como mínimo. Dentro de las varias causas de incapacidad cubiertas por este Anexo, se entienden comprendidas las pérdidas total e irrecuperable de la vista de ambos ojos; la amputación de ambas manos en o arriba de las muñecas; de ambos pies en o arriba de los tobillos; así como de una mano y un pie en o arriba de la muñeca y del tobillo respectivamente.

#### **Exclusiones:**

**Esta cobertura no se concederá este Beneficio si la incapacidad total y permanente del Asegurado es debido directa o indirectamente, total o parcialmente como consecuencia de:**

- a) **Cualquier accidente o enfermedad ocurrido antes de la primera fecha de inicio vigencia de esta Póliza.**
- b) **Cualquier Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo efectos alcohólicos o de cualquier droga o ansiolíticos, o en estado de perturbación mental o sonambulismo.**
- c) **Envenenamiento de cualquier naturaleza (tragados, administrados, absorbidos o inhalados por accidente o de otra manera, voluntaria o involuntariamente).**

- d) Suicidio o cualquier intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen. Cualquier incapacidad causada por lesión intencionalmente infligida a sí mismo, ya sea en estado de cordura o locura.
- e) 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.
- f) Riña cuando el Asegurado tome parte en ella, a excepción de si es en defensa propia. Participación en tumultos o insurrecciones. Prestar servicio militar o naval, en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrección.
- g) 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.
- h) 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.

#### **Límites de Admisión:**

Las edades de contratación son las indicadas en la Carátula de la Póliza y en el Certificado/Consentimiento.

#### **Pago del Beneficio:**

“La Aseguradora” pagará la Suma Asegurada por este Anexo, una vez comprobada la ocurrencia incapacidad total y permanente, definida en este Anexo.

#### **Terminación de la Cobertura:**

La cobertura de este Anexo terminará automáticamente en cualquiera de los siguientes casos, lo que ocurra primero:

La cobertura de este Anexo termina juntamente con la terminación de la Póliza a la que se adhiere este Anexo y en el caso de cada Asegurado, cuando termine la vigencia del Consentimiento/Certificado o por el pago de la Suma Asegurada estipulada para este Anexo. Al cumplir el Asegurado la edad de 60 años.

#### **Aviso de siniestro:**

El aviso de la incapacidad debe darse por escrito a “La Aseguradora”, tan pronto hayan transcurrido seis (6) meses de la fecha en que se inició y estando con vida el Asegurado y mientras subsista la incapacidad. “La Aseguradora” tendrá el derecho de exigir en cualquier momento prueba satisfactoria de la existencia o continuación de la incapacidad así como de hacer examinar al Asegurado por un médico nombrado por ella. Si el Asegurado rehusare ofrecer dicha prueba o someterse al referido examen, o si la Aseguradora llegare a determinar que ha cesado la incapacidad, entonces terminará automáticamente y sin necesidad de declaración especial el beneficio del presente Anexo debiendo el Asegurado continuar pagando las primas convenidas en la póliza principal y en el Consentimiento/Certificado. “La Aseguradora” procederá al pago del monto del capital contratado, siempre que el Asegurado remita las pruebas fehacientes de su

incapacidad total y permanente indicando detalladamente el origen de la incapacidad y la fecha estimada del origen de la misma.

“La Aseguradora” 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 1487 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

## ANEXO DE PAGO DE INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

### SEGURO COLECTIVO DE VIDA

**Para adherir a la Póliza No.**

**Certificado No.**

Suma Asegurada:

Fecha de Inicio de Vigencia:

Fecha de Fin de Vigencia:

#### **Cobertura:**

Por convenio expreso entre el Contratante 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 el Asegurado sufra una Incapacidad Total y Permanente, por Accidente, de conformidad con las coberturas de la Carátula de la Póliza y las Condiciones Generales de la Póliza, así como con las condiciones establecidas en el presente Anexo.

#### **Definición de Incapacidad Total y Permanente:**

Se entiende que existe incapacidad total y permanente, por accidente, cuando el Asegurado, a consecuencia directa o indudable de lesión corporal por Accidente, no pueda dedicarse a ninguna clase de ocupación o trabajo remunerado o con fines de lucro, y siempre que dicha incapacidad se hubiere mantenido sin interrupción durante seis meses como mínimo. Dentro de las varias causas de incapacidad cubiertas por este Anexo, se entienden comprendidas las pérdidas total e irrecuperable de la vista de ambos ojos; la amputación de ambas manos en o arriba de las muñecas; de ambos pies en o arriba de los tobillos; así como de una mano y un pie en o arriba de la muñeca y del tobillo respectivamente.

#### **Exclusiones:**

**Esta cobertura no concederá este Beneficio si la incapacidad total y permanente del Asegurado es debido directa o indirectamente, total o parcialmente como consecuencia de:**

- a) **Cualquier accidente o enfermedad ocurrido antes de la primera fecha de inicio vigencia de esta Póliza.**
- b) **Cualquier Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo efectos alcohólicos o de cualquier droga o ansiolíticos, o en estado de perturbación mental o sonambulismo.**

- c) **Envenenamiento de cualquier naturaleza (tragados, administrados, absorbidos o inhalados por accidente o de otra manera, voluntaria o involuntariamente).**
- d) **Suicidio o cualquier intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen. Cualquier incapacidad causada por lesión intencionalmente infligida a sí mismo, ya sea en estado de cordura o locura.**
- e) **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.**
- f) **Riña cuando el Asegurado tome parte en ella, a excepción de si es en defensa propia. Participación en tumultos o insurrecciones. Prestar servicio militar o naval, en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrección.**
- g) **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.**
- h) **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.**

#### **Límites de Admisión:**

Las edades de contratación son las indicadas en la Carátula de la Póliza y en el Certificado/Consentimiento.

#### **Pago del Beneficio:**

“La Aseguradora” pagará la suma asegurada por este Anexo, una vez comprobada la ocurrencia de la incapacidad total y permanente, definido en este Anexo.

#### **Terminación de la Cobertura:**

La cobertura de este Anexo terminará automáticamente en cualquiera de los siguientes casos, lo que ocurra primero:

La cobertura de este Anexo termina juntamente con la terminación de la Póliza a la que se adhiere este Anexo y en el caso de cada Asegurado, cuando termine la vigencia del Consentimiento/Certificado o por el pago de la Suma Asegurada estipulada para este Anexo. Al cumplir el Asegurado la edad de 60 años.

#### **Aviso de siniestro:**

El aviso de la incapacidad debe darse por escrito a “La Aseguradora”, tan pronto hayan transcurrido seis (6) meses de la fecha en que se inició y estando con vida el Asegurado y mientras subsista la incapacidad. “La Aseguradora” tendrá el derecho de exigir en cualquier momento prueba satisfactoria de la existencia o continuación de la incapacidad así como de hacer examinar al Asegurado por un médico nombrado por ella. Si el Asegurado rehusare ofrecer dicha prueba o someterse al referido examen, o si “La Aseguradora” llegare a determinar que ha cesado la incapacidad, entonces terminará automáticamente y sin necesidad de declaración especial el beneficio del presente Anexo

debiendo el Asegurado continuar pagando las primas convenidas en la póliza principal. “La Aseguradora” procederá al pago del monto del capital contratado, siempre que el Asegurado remita las pruebas fehacientes de su invalidez total y permanente indicando detalladamente el origen de la invalidez con la estimación de la misma.

“La Aseguradora” 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 1487 del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.