

**DEPARTAMENTO DE SEGUROS Y PREVISIÓN DE EL CRÉDITO HIPOTECARIO NACIONAL DE
GUATEMALA****PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS****CONDICIONES GENERALES****CLÁUSULA 1: CONTRATO**

Estas Condiciones Generales, la Cotización-Solicitud de Seguro, el (los) Consentimiento (s), el (los) Certificado(s) Individual(es), la Carátula de la Póliza y los Anexos que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen, previa aceptación de las partes, constituyen el Contrato de Seguro, suscrito entre el Contratante y EL DEPARTAMENTO DE SEGUROS Y PREVISIÓN DE EL CRÉDITO HIPOTECARIO NACIONAL DE GUATEMALA (en adelante denominada como "La Aseguradora").

CLÁUSULA 2: ESTIPULACIÓN LEGAL

El Contratante al recibir la póliza y el (los) Asegurados(s), al recibir el (los) Certificado(s) Individual(es) debe cerciorarse que concuerde con lo solicitado a la Aseguradora, para los efectos de los primeros párrafos del artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala que dice textualmente; "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".

Se conviene que esta Póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República de Guatemala y le serán aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala relacionadas con el contrato de seguro.

CLÁUSULA 3: OBJETO DEL SEGURO

El objeto de este seguro es resarcir al Asegurado Principal los gastos médicos usuales y acostumbrados incurridos por este último y/o sus Asegurados Dependientes de conformidad con los beneficios estipulados en los términos y condiciones generales y/o anexos de esta póliza.

CLÁUSULA 4: SOLICITUD DEL SEGURO COLECTIVO

Para suscribir el Contrato de Seguro Colectivo, el Contratante podrá enviar a la Aseguradora, la Solicitud y el Consentimiento de cada una de las personas que inicialmente conformarán el grupo asegurable, a través de los medios electrónicos u otros medios de comunicación previamente acordados.

CLÁUSULA 5: DEFINICIONES

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

5.1 Accidente:

Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes.

No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.

5.2 Año Calendario:

Al período de doce (12) meses consecutivos que comienza en el día uno de enero (01.01) del año de la vigencia de la Póliza y termina el treinta y uno de diciembre (31-12) del mismo año.

5.3 Año Póliza:

Al periodo de doce (12) meses consecutivos contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

5.4 Asegurado:

Es la persona individual que a solicitud del contratante queda cubierta por un seguro colectivo.

5.5 Beneficios:

A los servicios médicamente necesarios, suministros, cuidados o tratamientos, que por causa de una enfermedad o lesión son prescritos, realizados u ordenados por un médico y/o un proveedor de servicio médico.

5.6 Cirugía:

A una forma de diagnóstico invasivo, o al tratamiento de una enfermedad o lesión mediante técnicas manuales o instrumentales realizadas por un médico, mientras el paciente se encuentra bajo los efectos de anestesia local o general.

5.7 Cobertura:

Al conjunto de los beneficios descritos en esta Póliza.

5.8 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

5.9 Contributivo:

El término "Contributivo" significará que, para obtener los beneficios de este Seguro, el miembro del Grupo deberá aportar una parte o la totalidad de la prima fijada y el término "No contributivo" significará que el Contratante aporta el total de la prima para el miembro del Grupo Asegurado.

5.10 Convivientes:

Las parejas que no estén casadas ni declaradas unidas legalmente, quienes mantienen una relación familiar estable y comparten una vida en común. Deben cumplir las siguientes condiciones: ser ambos mayores de dieciocho (18) años de edad y compartir la misma vivienda al menos por doce (12) meses consecutivos todo lo cual deberá demostrarse fehacientemente a satisfacción de la Aseguradora.

5.11 Cónyuge:

A la persona con quien el Asegurado ha contraído matrimonio civil, válido en la jurisdicción donde se efectuó dicho matrimonio, y por las leyes guatemaltecas.

5.12 Enfermedad:

Se entenderá por enfermedad, toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

5.13 Enfermedad Pre-existente:

Es aquella cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura de seguro, independientemente de que la persona haya o no tenido conocimiento del diagnóstico, y/o que exista un diagnóstico médico previo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido.

5.14 Gasto Médico Razonable, Usual y Acostumbrado (RUA):

Significará un gasto por atención médica cubierto por la póliza debido a lesión o enfermedad, el cual se considere justo, y hasta el límite acostumbrado, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad en que es suministrado cuando se comparen con tratamientos, servicios o abastecimientos a individuos del mismo sexo y edad.

5.15 Grupo Asegurable:

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 de seguro.

5.16 Grupo Asegurado:

Es el conjunto de personas individuales que, satisfaciendo las características del grupo asegurable, están cubiertas por un contrato de seguro colectivo.

5.17 Hospital:

El término "Hospital" significa, para los efectos de esta Póliza, una institución organizada de acuerdo con la ley, que cuenta con instalaciones para proporcionar servicios a personas enfermas o heridas, inclusive instalaciones para diagnóstico y cirugía, que brinda atención durante veinticuatro (24) horas diarias bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras, legalmente autorizados para ejercer.

Los asilos de ancianos, los hogares para convalecientes y enfermos crónicos y las casas de reposo no se consideran hospitales.

5.18 Hospitalización:

Significará la reclusión de una persona que este registrada como paciente en un hospital según se definió anteriormente, por lo cual incurra en un gasto diario por concepto de cuarto y alimentación.

5.19 Incapacidad:

Significará una enfermedad o lesión corporal por accidente que necesite tratamiento por un médico autorizado. Todas las enfermedades o lesiones corporales accidentales que ocurran simultáneamente o sean ocasionadas o debidas a las mismas causas o causas similares, serán consideradas como una sola incapacidad. Si una incapacidad es debida a causas que son las mismas o similares a las causas de una incapacidad anterior (incluyendo complicaciones que resultaren de ella), la incapacidad será considerada como una continuación de la incapacidad anterior y no como una nueva y diferente incapacidad.

5.20 Límite de Participación del Asegurado (límite de coaseguro):

Es la cantidad máxima de coaseguro que absorbe un asegurado de acuerdo con los montos indicados en el cuadro de beneficios, El Límite de Coaseguro se aplicará por persona y por año calendario. Para efecto

del cálculo del Límite de coaseguro, se excluyen los montos correspondientes al pago de deducible y copagos.

5.21 Médico:

Designa únicamente a un doctor o cirujano titulado en medicina o su equivalente que esté legalmente establecido y autorizado.

5.22 Participación del Asegurado:

Es el porcentaje de los gastos médicos elegibles que corresponde pagar al Asegurado y que no son indemnizables en ningún momento por esta Póliza.

5.23 Padecimiento Congénito:

A cualquier enfermedad, defecto físico, trastorno orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirida en forma hereditaria o que estaba presente en el momento del nacimiento, independientemente de que sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste posteriormente.

5.24 Período de Gracia:

Lapso de treinta (30) días corridos que tiene El contratante para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas de la prima, a partir de la fecha de vencimiento de pago de la misma. Durante este periodo, la cobertura de la Póliza o del Certificado Individual está en pleno vigor. Si dentro del plazo mencionado ocurre un siniestro, la Aseguradora tendrá el derecho a cobrar la prima no pagada y el contratante la obligación de hacerla efectiva.

5.25 Prima Total:

La prima total es igual a la suma de las primas individuales de todos los Asegurados.

5.26 Pruebas de Asegurabilidad:

A todos los documentos incluyendo, pero no limitado a la Declaración de Salud del Consentimiento del seguro, informes médicos, exámenes médicos y cualquier otra información que la Aseguradora requiera, para conocer el estado de salud de una persona que solicite su inclusión en la Póliza.

5.27 Red de Proveedores:

Se entiende el conjunto de hospitales, laboratorios, farmacias y médicos con los que la Aseguradora tiene convenios. El Asegurado puede elegir libremente donde desea recibir la atención médica requerida dentro de la red. Queda entendido que el asegurado tendrá también la opción de utilizar proveedores de servicios médicos que no estén incluidos en la red de proveedores de la aseguradora, pero bajo la modalidad de "pago convencional" o reembolso.

5.28 Seguro Colectivo:

Es un contrato de seguro suscrito entre un contratante y una aseguradora con el propósito de cubrir mediante una póliza, los riesgos de cada uno de los integrantes del grupo asegurado.

5.29 Suma Asegurada:

Para efectos de esta póliza se denominará como Máximo Vitalicio.

CLÁUSULA 6: VIGENCIA Y RENOVACIÓN

La Aseguradora asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual y termina en la fecha de fin de vigencia de la Póliza.

Al finalizar el plazo de vigencia, la Póliza y sus certificados podrán ser renovados automáticamente por La Aseguradora conforme a las tarifas y las sumas aseguradas de cada cobertura de seguro en vigor al momento de la renovación, siempre dentro de los límites de aceptación correspondientes.

CLÁUSULA 7: REHABILITACIÓN

En caso de terminación por falta de pago de la prima, la Aseguradora podrá rehabilitar la Póliza previo análisis, clasificación y aceptación del riesgo por parte de la Aseguradora misma.

CLÁUSULA 8. EL CONTRATANTE Y SUS OBLIGACIONES.

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, con la periodicidad y en la forma que se haya convenido.
- c) Informar, en la forma convenida, a la Aseguradora:
 - 1. El ingreso al grupo asegurado de nuevas personas, adjuntando los consentimientos respectivos 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 certificado individual 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.

El Contratante que concluya sus obligaciones para con el Grupo Asegurado, debe notificarlo por escrito a la Aseguradora, en un término que no exceda de quince (15) días, desde la fecha en que finalizaron sus obligaciones.

CLÁUSULA 9. PAGO DE PRIMAS Y PERIODO DE GRACIA DEL CONTRATO DE SEGURO.

La prima es la retribución o precio del seguro y conforme la ley deberá pagarse por El Contratante en el momento de la celebración del contrato, salvo pacto en contrario.

El pago de la prima puede ser contributivo o no contributivo. Es contributivo cuando el asegurado aporta una parte o la totalidad de la prima. Es no contributivo cuando el contratante aporta el total de la prima.

Si El Contratante y La Aseguradora acuerdan pagos fraccionados de la prima, los pagos vencerán en la fecha estipulada. El Contratante gozará de un período de gracia de treinta (30) días corridos, contados a partir de la fecha de pago, para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones de la prima pactadas.

Es y queda convenida la condición resolutoria expresa, que, si El Contratante deja de pagar la prima al vencer el período de gracia, la cobertura del contrato de seguro quedará sin ningún efecto ni validez legal desde el día de vencimiento de la prima no pagada sin necesidad de declaratoria judicial, ni de emisión de anexo de cancelación y la Aseguradora queda relevada de cualquier responsabilidad, de conformidad con lo previsto en los artículos 1278 y 1581 del Código Civil.

CLÁUSULA 10. INGRESOS, SEPARACIONES DEL GRUPO ASEGURADO Y CESE DE COBERTURAS.

La Aseguradora llevará un registro de Asegurados para cada póliza de seguro colectivo el cual será actualizado en la fecha en que se produzca el ingreso o la separación de asegurados; así como la incorporación o cese de cualquier cobertura.

La Aseguradora emitirá un Certificado Individual por cada persona del grupo asegurado el cual será entregado al Asegurado por los medios acordados con el Contratante.

a) Altas de Asegurados:

Las personas que cumplan los límites de edad y los requisitos de asegurabilidad establecidos por La Aseguradora podrán ingresar al Grupo Asegurado con posterioridad a las fechas de emisión o renovación de esta Póliza, siempre que mantengan relación con el Contratante. En este caso, la vigencia del seguro iniciará en la fecha que indique el Certificado Individual. La aseguradora cobrará al contratante la parte de la prima que corresponda al tiempo que falte para concluir el período asegurado. La Prima por cada Asegurado, se determinará tomando en cuenta los días completos, a partir del día siguiente al que causó el alta.

b) Bajas de Asegurados.

En caso de separación de una persona o cese de alguna cobertura, el Contratante deberá notificarlo a La Aseguradora en el plazo convenido por esta, indicando la fecha a partir de la cual dejará de estar asegurado.

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejan de estar amparados por la presente Póliza desde el momento de dicha separación, quedando automáticamente sin validez alguna el Certificado Individual de seguro emitido a su favor por La Aseguradora.

Respecto a la prima, La Aseguradora podrá:

- a. Devolver a quienes corresponda la prima no devengada; o,
- b. Mantener la cobertura del seguro hasta agotar la última prima pagada.

La devolución de la prima o el mantenimiento de la cobertura a la que se hace referencia en el párrafo anterior será indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

La prima no devengada por cada Asegurado que cause baja se determinará tomando en cuenta los días que faltan en el período por el cual el contratante pagó la prima del certificado objeto de baja, devengando La Aseguradora la prima correspondiente al día durante el cual suceda la baja.

CLÁUSULA 11. EDAD

La aseguradora no aceptará el ingreso a esta Póliza de ninguna persona que no esté comprendida en los límites de edad especificada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual. En los casos de renovación, la Póliza podrá estar en vigor hasta un límite de edad, establecido en la Carátula y en el Certificado Individual.

Si a consecuencia de la inexacta declaración, la edad real del Asegurado al tiempo de la celebración o en su caso, de la renovación del Contrato del Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, la cobertura de la presente Póliza quedará nula y sin ningún valor para con el Asegurado y sus Dependientes, la Aseguradora reintegrará al Contratante la totalidad de la prima, menos los Gastos de Emisión que hubiere pagado por el Asegurado.

La Aseguradora se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados.

CLÁUSULA 12. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Asegurado perderá todo derecho de indemnización bajo esta Póliza sin en el Consentimiento o cualquier otro documento que entregue a la Aseguradora para la emisión del Seguro omite o consigna información inexacta, circunstancias que fueren falsos o de mala fe que hicieren suponer una disminución del riesgo, induciendo a la Aseguradora, cuando de conocer tales circunstancias la Aseguradora hubiera

rechazado la aceptación del seguro. En este caso La Aseguradora quedará relevada de toda responsabilidad.

CLÁUSULA 13: INDISPUTABILIDAD

La Póliza será indisputable por omisión o inexacta declaración inmediatamente después de haber cumplido el segundo año de vigencia. En el caso de nuevos miembros del Grupo Asegurado, la indisputabilidad en cuanto a estos miembros será después de dos (2) años contados desde la fecha en que respectivamente quedaron asegurados.

Como excepción en todo momento serán disputables los Seguros de cada miembro del Grupo Asegurado por inexactitud en la declaración de edad.

CLÁUSULA 14: EXTINCIÓN DE RESPONSABILIDAD:

La Aseguradora no estará obligada al pago de la indemnización en los siguientes casos:

- a) Si el contratante, el Asegurado o sus Dependientes o el (los) beneficiario(s) presenta(n) una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación.
- b) Si el Asegurado, sus Dependientes o el(los) beneficiario(s) no puede(n) probar la ocurrencia del siniestro.
- c) Si el Contratante, el Asegurado, sus Dependientes o el (los) beneficiario(s) omite(n) el aviso del siniestro, con la intención de evitar que se comprueben oportunamente las circunstancias del mismo.

CLÁUSULA 15: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE, EL ASEGURADO Y EL (LOS) BENEFICIARIO (S) EN CASO DE RECLAMACIÓN:

El Contratante, el Asegurado, sus dependientes y el (los) beneficiario (s) están obligados a:

- a) Rendir con exactitud y veracidad cualquier declaración requerida por la Aseguradora de manera que pueda comprobarse el derecho a un beneficio con respecto a las coberturas, y
- b) Suministrar cualquier documentación que la Aseguradora pueda requerir para su comprobación.

CLAUSULA 16: RETRIBUCIÓN POR SINIESTRALIDAD

La Aseguradora podrá reconocer al Contratante y/o Asegurado del Seguro Colectivo una retribución económica por buena siniestralidad que será en proporción al pago de la prima, según sea contributiva o no contributiva, y con base a lo acordado con El Contratante en las Condiciones Particulares de la póliza.

CLÁUSULA 17: DEPENDIENTES ELEGIBLES:

El término "DEPENDIENTES" se referirá solamente a:

17.1 Cónyuge legítimo de un asegurado, o el(la) Conviviente, y se haya incluido como Dependiente en el Consentimiento de Seguro.

17.2 Los hijos solteros del Asegurado, hijos del cónyuge y/o conviviente que estén comprendidos entre las edades especificadas en el Certificado Individual, a condición de que sean solteros y tengan el mismo domicilio permanente del Asegurado y sean estudiantes a tiempo completo en una institución educativa acreditada. Dichos hijos deberán depender del Asegurado para su sostenimiento y estar registrados en los archivos del Contratante.

CLÁUSULA 18: DEPENDIENTES ASEGURADOS:

Cualquier miembro asegurado podrá incluir a la Póliza a sus Dependientes elegibles:

18.1 En la fecha en que se asegura conforme esta Póliza siempre que en tal fecha tenga Dependientes conforme las estipulaciones de este Seguro, o

18.2 En el día en que por primera vez asuma responsabilidades por Dependientes que cumplan con las condiciones de esta póliza.

Los Asegurados principales de pólizas con prima contributiva para los dependientes, podrán optar si inscriben a sus familiares dependientes, siempre que los mismos califiquen de acuerdo a las condiciones indicadas en la Cláusula 17 y sus incisos (17.1) y (17.2).

Cuando un Asegurado decida inscribir a sus Dependientes para la cobertura del seguro de Gastos Médicos, se obliga a declarar cualquier cambio posterior que ocurriera con respecto a tales dependientes.

El Seguro para los Dependientes de un Asegurado entrará en vigor:

18.3 Si el Asegurado tiene uno o más Dependientes en la fecha efectiva de su Certificado.

18.4 Si el Asegurado asume responsabilidad por uno o más Dependientes después de la fecha efectiva de su Seguro, tales Dependientes quedarán asegurados automáticamente en la fecha en que el Asegurado los declare y efectúe cualquier pago de prima aplicable que resulte del cambio, si lo hubiere, de su categoría de asegurado "con dependientes" o "sin dependientes". Sin embargo, si la solicitud para incluir a uno o más dependientes es presentada después de un período de treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que se asumió responsabilidad por ellos, estos deberán presentar a la Aseguradora pruebas satisfactorias de asegurabilidad. La Aseguradora se reserva el derecho de aprobar o rechazar dicha solicitud.

18.5 Si la solicitud a que se refiere el numeral anterior el Asegurado la hace después de que la cobertura individual hubiese terminado por falta de pago de la contribución requerida, los dependientes deberán presentar a la Aseguradora pruebas satisfactorias de asegurabilidad. La Aseguradora se reserva el derecho de aprobar o rechazar dicha solicitud.

CLÁUSULA 19: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:**19.1 Terminación de la Cobertura de un Asegurado:**

- a) Si perdiere su calidad de miembro elegible para formar parte del Grupo Asegurado.
- b) Por concluir su afiliación al Grupo Asegurado.
- c) Si se cancela esta Póliza y el certificado individual por cualquier causa.
- d) Si el Asegurado deja de hacer en su oportunidad cualquier contribución de la prima requerida.
- e) En la edad indicada en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual.

19.2 Terminación de la Cobertura de Dependientes.

El Seguro de Dependientes conforme esta Póliza terminará automáticamente en la fecha en que:

- a) En la fecha que cause baja el Certificado Individual del Asegurado. El Dependiente cese de ser elegible, conforme esta Póliza.
- b) Se cancele esta Póliza y el certificado individual por cualquier causa.
- c) El Asegurado deje de pagar cualquier contribución a que esté obligado.
- d) En la edad límite indicada en la Carátula de la Póliza y Certificado Individual.

CLÁUSULA 20: CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA.

Se procederá a la cancelación de la póliza por los siguientes motivos:

1. Falta de Pago de la Prima
2. Omisión o inexacta declaración del Contratante
3. Terminación anticipada por parte del Contratante.

CLÁUSULA 21: COBERTURA DEL SEGURO:

La Aseguradora indemnizará a Asegurado y/o Dependientes los gastos médicos incurridos, que sean razonablemente necesarios, acostumbrados y a consecuencia de lesión corporal y accidental o por tratamiento médico de una enfermedad. Los beneficios amparados en esta póliza son los que otorgan bajo la cobertura de gastos médicos y que están estipulados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual que forman parte de esta Póliza. Cualquier beneficio para el cual no aparezca cantidad alguna en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, indicará que tal beneficio no está cubierto por la Póliza.

CLÁUSULA 22: COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS:

Por cobertura de gastos médicos se entiende el conjunto de beneficios contratados por el Contratante y definidos en la caratula de la Póliza. Los beneficios que pueden ser amparados bajo esta cobertura son:

22.1 Beneficios de Hospitalización.

Si un asegurado incurre en gastos que requiera reclusión en un hospital, los gastos cubiertos incluirán cargos hechos por:

- Atención hospitalaria por habitación privada, semiprivadas durante su internamiento recomendado y aprobado por un médico autorizado, pero sin exceder el beneficio máximo diario estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.
- Todos los cargos razonables y acostumbrados hechos por otros servicios médicos, así como medicamentos suministrados por el hospital durante su internamiento y que sean necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado.

22.2 Beneficios de Cirugía y Anestesia:

- Los honorarios del Médico por cirugía y tratamiento Médico, conforme lo razonablemente necesario y acostumbrado.
- Cuando efectuado un procedimiento quirúrgico, sea necesario incidentalmente otro procedimiento que deba ser practicado a raves de la misma incisión o en el mismo orificio natural del cuerpo o en el mismo campo operatorio, el pago será únicamente por el procedimiento mayor.
- El valor del beneficio de la Cirugía incluye los honorarios por consultas normales preoperatorias, investigación y preparación del paciente Asegurado, el procedimiento operatorio, el cuidado total post-operatorio prestado por el cirujano, mientras el Asegurado esté recluido en el hospital y el cuidado por convalecencia subsiguiente a la salida del hospital.
- Se incluirá bajo el beneficio de cirugía, los servicios dentales suministrados por un médico, dentista o cirujano dental, legalmente apto para ejercer tal profesión, por el tratamiento de lesiones únicamente accidentales ocurridas durante la vigencia de esta Póliza, causadas a los dientes naturales por medios externos y violentos, dentro de los seis (6) meses subsiguientes al accidente.

Por Beneficio de Anestesia:

- Los honorarios de médicos anestesistas, conforme a lo razonablemente necesario y acostumbrado.

22.3 Beneficios a Pacientes Externos:

- Los gastos incurridos por el Asegurado como paciente externo del hospital, así como cuentas por servicios clínicos, inclusive exámenes de diagnóstico, laboratorio y radiología.

- Los honorarios por servicios privados de enfermería, fuera de hospital, suministrados por una enfermera graduada que no tenga ninguna clase de parentesco con el Asegurado ni resida en el hogar del mismo Asegurado, siempre y cuando sea a consecuencia de una incapacidad por la cual el Asegurado se encontrase previamente recluido y como medida posterior a su reclusión el médico tratante recomendar la asistencia de una enfermera especial, sujeto a los máximos establecidos en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza.

22.4 Beneficios por Visitas Médicas.

Los gastos por Consulta o visitas médicas proporcionado por un médico en su clínica particular o en la casa del Asegurado, necesarias a consecuencia de enfermedad o accidente cubierto bajo la Póliza.

22.5 Otros Beneficios.

La Aseguradora resarcirá los gastos en que el Asegurado incurre por concepto de los servicios y medicamentos siguientes fuera del hospital:

- Drogas y medicinas adquiridas, contra receta médica, en una droguería o farmacia autorizada.
- Gastos por transfusiones de sangre y plasma sanguíneo.
- Gastos originados por consumo de oxígeno
- Gastos de análisis de laboratorio, o de estudios de rayos X, ultrasonido, resonancia magnética, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros gastos indispensables para el diagnóstico o tratamiento de la incapacidad.
- Alquiler de silla de ruedas, muletas, cama de hospital.
- Gastos originados por tratamiento de quimioterapia, radio o de terapia radiactiva.
- Servicio de ambulancia terrestre para el transporte al hospital local más cercano donde pueda ser suministrado el tratamiento, siempre y cuando no excedan del límite establecido en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

CLÁUSULA 23: COBERTURA DE MATERNIDAD.

Mediante el pago de una prima adicional y siempre que esté indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y el Certificado individual, quedará cubierto: Maternidad, con un período de espera de once (11) meses, para Aseguradas Titulares y cónyuges o convivientes del Asegurado Titular, limitado a parto normal u operación cesárea, hasta el límite máximo estipulado en el Certificado individual.

Cubre los gastos incurridos por tratamientos pre-natales y post-natales; Hospitalización: Honorarios del Médico o Cirujano que realizó el Procedimiento Quirúrgico; exámenes de diagnóstico, Laboratorios y Medicamentos, exclusivamente por la Aseguradora Titular o la cónyuge o Conviviente del Asegurado Titular. Cubre a Aseguradas solteras. No cubre hijas Dependientes. El pago por este Beneficio disminuye el Máximo Vitalicio contratado.

CLÁUSULA 24: COBERTURA DE COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO:

Mediante el pago de una prima adicional y siempre que esté indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y Certificado Individual quedará cubierto los gastos erogados por las complicaciones del recién nacido hasta el límite máximo establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual para este beneficio.

La complicación del recién nacido antes de salir del hospital cubre tratamientos suministrados al recién nacido antes de salir del hospital por enfermedad contraída después del nacimiento, enfermedad y/o defectos congénitos. Este beneficio aplicará si la madre ha estado asegurada bajo el beneficio de maternidad y el parto sea cubierto por la póliza. Se cubren casos únicamente en personas nacidas dentro de la cobertura de la póliza.

Se pagarán gastos por reclusión hospitalaria al momento del parto, otorgando al recién nacido con complicaciones cobertura inmediata durante los primeros veintiocho (28) días de edad o hasta que el monto indicado en el Cuadro de Beneficios se agote; lo que suceda primero.

El Beneficio No aplica una vez que el recién nacido sano egrese del hospital y la enfermedad cubierta se complicara fuera del mismo. Se cubren gastos únicamente en personas nacidas dentro de la cobertura de la póliza.

CLÁUSULA 25: COBERTURA DEL CONTROL DEL NIÑO SANO

Mediante el pago de una prima adicional y siempre que esté indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual quedará cubierto el control pediátrico y vacunas, hasta el cumplimiento de los cinco (5) años, hasta el límite máximo establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual para este beneficio.

CLÁUSULA 26: EXTENSIÓN DE BENEFICIOS:

No obstante, las disposiciones de las Cláusulas 19.1 y 19.2 de estas Condiciones Generales "Terminación de la cobertura de un Asegurado" y "Terminación de la cobertura de Dependientes", respectivamente, los beneficios bajo el presente Contrato continuarán siendo pagaderos, siempre y cuando los gastos médicos incurridos correspondan a un siniestro originado antes de la fecha de terminación de la cobertura de un Asegurado o de un Dependiente. Sin embargo, el asegurado, dependiente o beneficiario podrán dar aviso del reclamo dentro de los treinta (30) días calendario contado a partir de la fecha en que el Asegurado o Dependiente terminaron su cobertura. Si el asegurado, dependiente o el beneficiario no cumplen con las obligaciones de dar aviso del siniestro en los términos indicados en el párrafo anterior, el asegurador podrá reducir la prestación debida hasta la suma que hubiere correspondido si el aviso se hubiere dado oportunamente.

CLÁUSULA 27: GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.

El término gastos médicos (en adelante indicados como "gastos") cubiertos, hace referencia a los gastos que incurra un Asegurado por razón de enfermedad o accidente, de acuerdo con los beneficios contratados y las condiciones estipuladas por esta póliza de cobertura de gastos médicos. Tales gastos deben ser por concepto de tratamiento, servicios y medicamentos ordenados por un médico colegiado, y siempre que no estén excluidas expresamente en la Cláusula 28 "Gastos No Cubiertos" de estas Condiciones Generales. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios para la recuperación de la salud del asegurado, o que sean cargados por persona o institución que por su naturaleza o relación con el Asegurado no acostumbre o deba hacer tales cargos. Ni se pagará gasto alguno en exceso de la cantidad que usualmente se acostumbra a reconocer por el servicio o medicamento de que se trate. Se considerará que un gasto cubierto está incurrido en la fecha de suministro del servicio o de la compra de medicinas.

CLÁUSULA 28: GASTOS MÉDICOS NO CUBIERTOS

Esta Póliza no cubre gastos médicos (en adelante indicados como "gastos"), resultantes de:

28.1 Padecimientos pre-existentes a la fecha en que se inicia la vigencia de la cobertura de seguro de Gastos Médicos con respecto a cada Asegurado. Pre-existencia es una enfermedad cuyos síntomas aparecieron antes de que la cobertura del Asegurado y/o sus Dependientes cobrara vigencia y un accidente es Pre-existente si ocurrió antes de que la cobertura del Asegurado cobrara vigencia. Los padecimientos congénitos también se consideran como pre-existentes.

Las exclusiones a que se refiere el párrafo anterior no serán aplicables después del número de días de cobertura continua sin incurrir en gastos médicos por tales incapacidades, indicados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, siempre y cuando los padecimientos pre-existentes o congénitos hayan sido declarados en el consentimiento de seguro previo a la entrada en vigencia de la cobertura correspondiente y que no hayan sido excluidos expresamente de tal cobertura por parte de la Aseguradora.

28.2 Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueren sus manifestaciones clínicas.

28.3 Salvo cuando se haya contratado el "Beneficio de Maternidad", afecciones propias del embarazo, abortos, amenaza de aborto, partos prematuros o partos normales o anormales, legrados, cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio excepto las consignadas a continuación:

28.3.1 Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazo extrauterino (ectópico)

28.3.2 Los estados de fiebre puerperal.

28.3.3 Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica.

28.4 Gastos relacionados con maternidad de cualquier hija dependiente.

28.5 Padecimientos que resulten a consecuencia de alcoholismo o toxicomanía, drogadicción o cualquier vicio y/o su tratamiento.

28.6 Tratamiento dental, alveolares o gingivales, excepto cuando sean a consecuencia de un accidente que ocurra mientras la persona se encuentra asegurada, y que el tratamiento sea suministrado dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a tal accidente. La cirugía maxilofacial en general, la Cirugía Ortognática para el tratamiento de las Hiperplasias del maxilar superior e inferior, la disfunción de la articulación temporo-mandibular, así como todas las anomalías congénitas, hereditarias o adquiridas durante el crecimiento. También se excluye cualquier tratamiento relacionado directa o indirectamente con ortodoncia.

28.7 Intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad ocurrida durante la vigencia de esta Póliza. Tratamientos y procedimientos con productos dermatológicos que no sean para la recuperación para la salud del asegurado.

28.8 Todos los gastos por tratamiento médico o quirúrgico prestados al Asegurado y/o Dependientes como consecuencia de no poder concebir por medios naturales, gastos ocasionados por control natal, menopausia, obesidad, bajo peso, talla corta, acné, impotencia sexual, calvicie, apnea del sueño, así como cualquiera de sus manifestaciones y/o complicaciones.

28.9 Tratamientos médicos y/o quirúrgico de cualquier tipo para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratótomos, queratoplastia, queratotomía radial, y tratamientos similares para corregir la visión. Exámenes rutinarios de la vista anteojos, lentes de contacto.

28.10 Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos y los quirúrgicos no aceptados por la ciencia médica o procedimientos naturales, incluyendo medicina natural, medicina alternativa, homeopática y acupuntura y todos aquellos de carácter experimental.

28.11 Curas de reposo o convalecencia, curas en custodia, periodos de cuarentena o aislamiento, honorarios por reconocimientos médicos o chequeos generales, exámenes de laboratorio o de diagnóstico que no estén relacionados, ni sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad.

28.12 Gastos realizados por acompañantes del Asegurado y/o Dependientes durante la internación en sanatorio u hospital.

28.13 Lesiones sufridos en servicio militar de cualquier clase: actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución, motín, huelgas, conmoción civil, terrorismo y energía nuclear.

28.14 Los gastos que sean a consecuencia de riña o actos delictuosos en que se participe directamente el Asegurado como actor, homicidio intencional, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.

28.15 Lesiones sufridas cuando se viaje como piloto o como ocupante de cualquier vehículo automotor en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, incluyendo motocicletas o motonetas. También se excluyen de esta Póliza, las lesiones a consecuencia de la práctica de alpinismo, paracaidismo, clavado aéreo o cualquier tipo de deporte de aviación como parapente o vuelo delta.

28.16 Lesiones que el Asegurado y/o Dependientes sufra cuando viaje como piloto, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio regular de pasajeros.

28.17 Gastos Médicos, hospitalarios o quirúrgicos prestados en virtud de cualquier ley de Seguro Social u otra prestación a que tenga derecho el asegurado, directa o indirectamente. Sin embargo, el asegurado voluntariamente puede desistir de cualquier programa.

28.18 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus consecuencias directas o indirectas, orgánicas o funcionales en cualquiera de sus etapas en exceso del máximo indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

28.19 Lesiones deportivas cuando éstas ocurran mientras se realicen estas actividades en calidad de profesional o federado.

28.20 En general todos los gastos que no sean necesarios para la recuperación de la salud, incluyendo servicios de peluquería y barbería, compra o alquiler de equipos para la comodidad personal como aire acondicionado, calefacción, deshumidificadores, humidificadores, vaporizadores, televisores, radio, equipos para hacer ejercicios y similares.

28.21 Tratamiento médico a consecuencia de suicidio o cualquier intento del mismo, mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de locura o de enajenación mental.

28.22 Gastos de Televisión, teléfono, bolsa de ingreso al hospital, banda de identificación, accesorios higiénicos, equipo de ropa, ganchos de metal para ropa, calcetas o calcetines, pajillas, bolsa de pañales para bebé y/o adulto, champú, estuches para presión arterial, colchones antialérgicos, almohadas ortopédicas, glucómetro, y cualquier accesorio que no sea para la recuperación de la salud.

28.23 Trasplantes de Órganos y/o tejidos y sus consecuencias directas o indirectas, orgánicas o funcionales en cualquier de sus etapas, en exceso del máximo indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

CLÁUSULA 29: CONCURRENCIA DE COBERTURAS:

Los beneficios descritos en estas Condiciones Generales no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el cual cualquier Asegurado pueda estar cubierto. Cuando algún Asegurado esté

cubierto también por otras Pólizas que contengan las mismas coberturas que las del presente Contrato, los beneficios del mismo se reducirán a una cantidad igual al complemento que resulte para que el pago total de las indemnizaciones conjuntas sea igual al 100% de los beneficios aquí estipulados. Si el Asegurado goza de beneficios similares a los aquí descritos en otras pólizas emitidas por la misma Aseguradora, e incurre en Gastos Médicos, la forma de pago será como sigue:

29.1 El plan que cubra a la persona como Asegurado Principal del Grupo determinará sus beneficios con prioridad a otro plan que cubra a la misma persona como Dependiente.

29.2 La persona que esté asegurada como dependiente de forma simultánea en dos pólizas distintas se dará prioridad a la póliza cuyo Asegurado Principal sea hombre.

29.3 Si de los dos anteriores Incisos no se pudiere establecer un orden de prioridad, el plan que haya cubierto al Asegurado por más tiempo determinará los beneficios.

29.4 En caso de que los derechos o beneficios concurrentes sean provistos por una Póliza Individual de Seguro, el seguro individual determinará los beneficios.

CLÁUSULA 30: DEDUCIBLES PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO Y COPAGO:

30.1 Deducible Anual:

Se aplicará un (1) Deducible Anual (Año Calendario) por persona definido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y Certificado Individual.

Los gastos médicos cubiertos en que incurra el asegurado y cuyo monto sea menor al valor del deducible, podrán presentarlos a la Aseguradora para que le sean aplicados a su deducible. Para ciertos beneficios y ciertos proveedores, la Aseguradora podrá establecer una exoneración del pago de este deducible.

30.2 Participación del Asegurado:

Por cada reclamación se deberá hacer frente a un porcentaje de gastos, a parte del deducible, estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y Certificado Individual.

30.3 Copago:

Es el pago que corre por cuenta del Asegurado, para cierta tipología de gastos incurridos con algunos de los proveedores de la red contratada por la aseguradora. Estos copagos deberán ser claramente definidos y estipulados dentro del Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual.

CLÁUSULA 31: BENEFICIO MÁXIMO VITALICIO:

El beneficio Máximo Vitalicio es la suma asegurada que representa el límite de responsabilidad máximo de la Aseguradora por cada Asegurado, indicando en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de toda su

vida, el cual se irá agotando en la medida que se le hacen reembolsos, pero que puede restituirse de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula 32 siguiente. No obstante, se hace la aclaración que los Dependientes podrán continuar asegurados después de que el Asegurado haya agotado su propio Beneficio Máximo Vitalicio.

CLÁUSULA 32: RESTABLECIMIENTO DEL BENEFICIO MÁXIMO VITALICIO:

Si a consecuencia de los reclamos presentados, un Asegurado o Dependientes ha recibido el cincuenta (50%) de la suma asegurada, la Aseguradora puede restablecer el Beneficio Máximo Vitalicio cuando haya permanecido Asegurado ininterrumpidamente durante un mínimo de seis (6) meses y no haya incurrido en gastos médicos durante el mismo período; y, sujeto a que suministre a la Aseguradora la evidencia satisfactoria de asegurabilidad con certificación médica que no está imposibilitado por accidente o enfermedad para desempeñar cualquiera de sus ocupaciones habituales.

CLÁUSULA 33: RECLAMACIONES

33.a PRE-AUTORIZACIÓN DE RECLAMACIONES:

Algunos beneficios bajo esta póliza están sujetos a un requisito de notificación y pre-autorización. La pre-autorización le permite a la Aseguradora confirmar la cobertura del asegurado y autorizar como corresponden. El Asegurado deberá notificar siempre a la Aseguradora sobre su intención o necesidad de hospitalizarse o someterse a una cirugía ambulatoria fuera del consultorio del médico tratante y deberá obtener previamente la autorización correspondiente.

El asegurado deberá notificar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia deberá ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento.

33.b PAGO DIRECTO:

En el caso de que el Asegurado requiera y solicite la atención de los Proveedores de la Red de Proveedores de la Aseguradora para pago directo, podrá hacer uso de este servicio previa autorización de la Aseguradora, quien efectuará el pago de los gastos cubiertos por la Póliza directamente a los Proveedores de la Red de la Aseguradora, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Deducible, el Copago (si lo hubiera) y la Participación del Asegurado que Correspondan.

El Servicio de Pago Directo estará sujeto a la oportunidad y viabilidad por parte de la Aseguradora para verificar la situación de procedencia del caso.

Una vez efectuado el Servicio de Pago Directo pactado al proveedor de servicios médicos por concepto de honorarios profesionales por un procedimiento, la Aseguradora no pagará ninguna otra cantidad por este mismo concepto.

33.c REEMBOLSOS DE GASTOS

El asegurado podrá realizar reclamos a la Aseguradora por gastos incurridos con otros Proveedores de servicios médicos que no figuren como Red de Proveedores de la Aseguradora de conformidad con las condiciones de la Póliza, debiendo enviar los documentos exigidos en su oportunidad por la Aseguradora para comenzar el proceso de Reclamación.

El aviso escrito de cualquier reclamación por lesión o de enfermedad y los documentos de prueba de los mismos deberán presentarse a la Aseguradora a mas tardar a los sesenta (60) días calendario después de la fecha en que el Asegurado haya recibido el tratamiento correspondiente para tratar la lesión o enfermedad. Al recibir la Aseguradora aviso de reclamación, suministrará los correspondientes formularios para presentar la prueba de reclamación. El dejar de enviar tal aviso o prueba dentro del tiempo estipulado en esta Póliza, no invalidará ninguna reclamación, siempre que se demuestre que no fue razonablemente posible enviar aviso o prueba dentro de ese período y que tal aviso o prueba fue presentada tan pronto como fue posible.

La Aseguradora podrá solicitar al Asegurado cualquier información que considere relevante, tales como resúmenes clínicos y reportes médicos; de igual forma, la Aseguradora podrá requerir al asegurado que se realice exámenes médicos con el médico de la elección de la Aseguradora (bajo el costo de la Aseguradora), quien a su vez proporcionará un reporte médico sobre el estado de salud del Asegurado y/o Dependientes.

De conformidad con el Artículo 897 del Código de Comercio, la aseguradora tendrá derecho a exigir del Asegurado, toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro, por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

Si el Asegurado Principal o el Dependiente no cumplen con las obligaciones de dar aviso del siniestro en los términos del Artículo 896 del Código de Comercio, la Aseguradora podrá reducir la Prestación debida hasta la suma que hubiere correspondido si el aviso se hubiere dado oportunamente, de conformidad con el Artículo 914 (Omisión de Aviso) del mismo código.

La Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones de conformidad con el Artículo 915 (Extinción de responsabilidad) si:

- a. Se omite el aviso del siniestro con la intención de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias.
- b. Con el fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieren excluir o restringir sus obligaciones.
- c. Con igual propósito, no se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro o la prueba de pérdida.

Cuando se verifique que el reclamo procede conforme a lo estipulado en esta Póliza, la Aseguradora pagará al Asegurado Principal la cantidad usual, acostumbrada y razonable de los cargos reembolsables que le hayan sido sometidos a estudio. Si el Asegurado Principal falleciera, cualquier reclamo pendiente será pagado al Beneficiario designado en el Consentimiento. La Aseguradora pagará los reclamos en los plazos establecidos en el Artículo 34 de la Ley de la Actividad Aseguradora.

CLÁUSULA 34: AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

En caso de que se verificara una agravación del riesgo del grupo asegurado, al recibirse la notificación respectiva por parte del Contratante (quien tendrá la obligación de reportar cualquier agravación del riesgo en las actividades el personal Asegurado), la Aseguradora podrá ajustar la prima de seguro, previo acuerdo mutuo y aceptación escrita por parte del Contratante. El incremento de prima se hará efectivo:

- a) A partir del primer día del mes siguiente a la notificación de agravación de riesgo efectuada por el Contratante.
- b) En la fecha de renovación de la póliza, si así lo considera oportuno la Aseguradora y así lo hubiera convenido con el Contratante.

CLÁUSULA 35: SUBROGACIÓN:

La Aseguradora se subrogará hasta el límite de la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado, excepto en caso de que, sin haber sido intencional el siniestro, el obligado al resarcimiento fuese el cónyuge o conviviente, un ascendiente o un descendiente del Asegurado. Si el daño fuese indemnizado solo en parte, la Aseguradora podrá hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente. La Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones en la medida en que por actos u omisiones del Asegurado se le impida subrogarse en los derechos que este tendría de exigir el resarcimiento del daño.

CLÁUSULA 36: INFORMACIÓN

La Aseguradora le notificará al Asegurado y al Contratante, a través de los medios electrónicos u otros medios de comunicación previamente acordados, sobre cualquier modificación de la cobertura o de los riesgos asegurados. Además, a requerimiento del Asegurado, la Aseguradora le informará sobre las condiciones de su póliza y le remitirá la documentación que este le solicite, a través de los medios de comunicación antes indicados.

La Aseguradora faculta al Contratante:

- a) Para que brinde información al Asegurado, sobre las condiciones de su póliza, de cualquier modificación de la cobertura o de los riesgos asegurados, y remitir la documentación que le solicite el Asegurado, a través de los medios de comunicación electrónicos u otros medios de comunicación previamente acordados;

b) Para que realice actividades de envío y recepción de información y documentación relativa a la póliza de seguro y la relacionada a los trámites de reclamos.

Las facultades otorgadas al Contratante, no limitarán las responsabilidades que tenga la Aseguradora para con sus Asegurados.

CLÁUSULA 37: USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICOS:

La aseguradora podrá utilizar medios de comunicación electrónicos para la contratación del seguro colectivo, el envío y recepción de la documentación e información relativa al seguro, así como para la entrega de los textos de la póliza al contratante y asegurado, para lo cual deberán contar con la manifestación de voluntad de estos en la Cotización-Solicitud de Seguro y el Consentimiento o cualquier otro documento relacionado al seguro.

CLÁUSULA 38: AVISOS Y NOTIFICACIONES:

El Contratante y/o Asegurado deberá enviar todas las notificaciones, avisos e informaciones que se relacionen con este contrato de seguro directamente a las oficinas de la Aseguradora en la Ciudad de Guatemala, cuya dirección esta señalada en la Carátula de la Póliza. La Aseguradora por su parte enviará las notificaciones pertinentes a la dirección que el contratante señaló en la solicitud de la presente póliza.

CLÁUSULA 39: ATENCIÓN A LOS ASEGURADOS:

La Aseguradora cuenta con infraestructura y sistemas de atención, en donde se incluyen medios de comunicación electrónicos y otros que permitirán que los Asegurados y Beneficiarios reciban asistencia oportuna.

CLÁUSULA 40: PRESCRIPCIÓN:

Todas las acciones que deriven de esta Póliza prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Si el Beneficiario no tiene conocimiento de su derecho, la prescripción se consumará por el transcurso del cinco (5) años contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones del Asegurador.

CLÁUSULA 41: MONEDA

Todos los pagos hechos por la Aseguradora, el Contratante y/o Asegurado deben ser ejecutados en la moneda pactada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

CLÁUSULA 42: TERRITORIO

Los gastos médicos cubiertos por esta póliza son en territorio centroamericano o mundial, conforme lo indicado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

CLÁUSULA 43: RESOLUCIÓN DE ASUNTOS LITIGIOSOS

Cualquier acción legal derivada de esta Póliza, deberá ejercitarse ante los tribunales ordinarios competentes de la Ciudad de Guatemala, a cuya jurisdicción se someten expresamente el Asegurado, el Contratante y la Aseguradora, quienes renuncian al fuero de su domicilio.

ESTE TEXTO ES RESPONSABILIDAD DEL DEPARTAMENTO DE SEGUROS Y PREVISIÓN DE EL CRÉDITO HIPOTECARIO NACIONAL DE GUATEMALA Y FUE REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS SEGÚN RESOLUCIÓN NÚMERO 871-24 DEL DIECIOCHO DE JUNIO DE DOS MIL VEINTICUATRO, REGISTRO QUE NO PREJUZGA SOBRE EL CONTENIDO DEL MISMO