

DEPARTAMENTO DE SEGUROS Y PREVISIÓN DE EL CRÉDITO HIPOTECARIO NACIONAL DE GUATEMALA**PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTES
PARA ESTUDIANTES DE CENTROS EDUCATIVOS PRIVADOS****CONDICIONES GENERALES****CLÁUSULA 1: CONTRATO**

Estas Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, el Consentimiento, la Carátula de la Póliza, los Certificados Individuales 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 denominado como "La Aseguradora").

CLÁUSULA 2: ESTIPULACIÓN LEGAL

Para los efectos de lo indicado en el artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala, se insertan los dos primeros párrafos que textualmente estipulan:

"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 3: DEFINICIONES

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

3.1. ACCIDENTE: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que produce una lesión corporal del asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles en la parte exterior de cuerpo, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes

3.2. ANEXO: Documento que forma parte de la Póliza adicionando y/o modificando sus condiciones.

3.3. AÑO CALENDARIO: Al período de doce (12) meses consecutivos que comienza en el día uno de enero (01.01) y termina el treinta y uno de diciembre (31.12) de un mismo año.

3.4. AÑO PÓLIZA: Al período de doce (12) meses consecutivos, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

3.5. ASEGURADO:

Es la persona individual que a solicitud del contratante queda cubierta por un seguro colectivo. Es el estudiante inscrito en los centros educativos privados de los niveles de educación inicial, preprimaria, primaria, básicos y diversificado inscritos en el Centro Educativo, que a solicitud del Contratante y perteneciendo al Grupo Asegurable queda cubierto por este seguro y otorga al estudiante la calidad de Asegurado y, por consiguiente, el derecho de gozar de la cobertura del seguro.

3.6. BENEFICIOS: A los servicios médicamente necesarios, suministros, cuidados o tratamientos, que por causa de un accidente son prescritos, realizados u ordenados por el proveedor de servicio médico.

3.7. CIRUGÍA: 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.

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

3.9. CONTRIBUTIVO O NO CONTRIBUTIVO: El seguro es "Contributivo" cuando el Asegurado aporta una parte o la totalidad de la prima.

El seguro es "No Contributivo" cuando el Contratante aporta el total de la prima.

3.10. 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.

3.11. GASTOS MÉDICO RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Significará un gasto médico cubierto por la Póliza debido a una lesión, 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 materiales médicos prestados a otras personas del mismo sexo y edad.

3.12. 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. Es el conjunto de estudiantes que mantienen un vínculo o interés en común con el Contratante, previo e independiente de la celebración del contrato de seguro.

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

3.14. 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 las veinticuatro (24) horas del día bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras, legalmente autorizados para ejercer.

3.15. HOSPITALIZACIÓN: Significará la permanencia de una persona como paciente en un hospital o clínica pernoctando en la misma, por la que se incurra en un gasto diario por concepto de cuarto y alimentación.

3.16. LESIONES PREEXISTENTES: Son aquellas cuya ocurrencia se haya dado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura del seguro, exista o no un diagnóstico médico previo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido.

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

3.18. 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.

3.19. 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, a partir de la fecha de vencimiento.

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

3.21. RED DE PROVEEDORES: Es el conjunto de personas naturales o jurídicas, tales como: hospitales, laboratorios, centros de diagnóstico, farmacias, médicos u otros de naturaleza similar, con los que la Aseguradora tiene convenios para la prestación de servicios a los asegurados de los beneficios amparados en la cobertura del seguro de esta Póliza.

3.22. 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.

3.23. SINIESTRO: Evento súbito e imprevisto cuya ocurrencia origine el pago de la indemnización en los términos que describe la Póliza.

3.24. SUMA ASEGURADA: Es el monto de la cobertura máxima de seguro que tiene cada asegurado, conforme a los límites estipulados en la Póliza y en el Certificado Individual.

CLÁUSULA 4: OBJETO DEL SEGURO

El objeto de este seguro es cubrir al Asegurado los gastos médicos por accidentes, de conformidad con los términos estipulados en las Condiciones Generales y/o Anexos de esta Póliza.

CLÁUSULA 5: COBERTURA DEL SEGURO

La cobertura de gastos médicos por accidente, ampara toda lesión física que sufra el Asegurado, por traumas simples, fracturas, esguinces, luxaciones, abrasiones, escoriaciones, heridas y quemaduras de I y II grado que pueden ser manejadas ambulatoriamente o cuando el caso lo amerite, con hospitalización.

El límite de suma asegurada por evento cubierto por la póliza, será hasta la suma asegurada según se indica en la Caratula de la Póliza y/o Certificado Individual; así también, se sujetará en cuanto a coberturas, a lo estipulado en los Anexos respectivos o los que se agreguen con posterioridad a la Póliza y que forman parte de la misma.

Los gastos médicos por accidentes que sean razonablemente necesarios y acostumbrados, se pagarán con base al promedio de los Razonable usual y acostumbrado para el área geográfica donde se preste el servicio, para los honorarios médicos se cubrirán con base a los códigos CPT incluidos en la tabla de california hasta el máximo de la suma asegurada por cobertura, en caso que sean mayores a la suma

asegurada contratada bajo la presente póliza, la Aseguradora informará al responsable del asegurado y al contratante del exceso de cobertura.

Las sumas aseguradas son anuales y se reinstalarán automáticamente en cada renovación.

Las lesiones corporales accidentales que ocurran simultáneamente o sean ocasionadas o debidas a las mismas causas o causas similares, serán consideradas como un solo evento o 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.

CLÁUSULA 6: GASTOS MÉDICOS NO CUBIERTOS

Esta Póliza no cubre gastos médicos relacionados con:

6.1. Lesión causada a sí mismo, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales, siempre que, en el primer caso, dicha lesión sea voluntariamente causada.

6.2. Aparatos para el oído.

6.3. Tratamiento médico, medicinas u operaciones quirúrgicas de naturaleza preventiva y/o alternativa.

6.4. Cirugía o tratamiento cosmético (a menos que sea necesitado por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado este cubierto por esta Póliza, y que tal tratamiento sea proporcionado dentro de los seis meses después del accidente) y dentro de la vigencia de la póliza.

6.5. Procedimientos quirúrgicos mayores que requieran uso de quirófano y anestesia general o parcial, prótesis, clavos y placas (implantes).

6.6. Tratamiento dental a menos que sea tratamiento de lesiones accidentales causadas a los dientes naturales, por medios externos o violentos o la colocación en su lugar de la mandíbula fracturada) y que tal tratamiento sea proporcionado dentro de los seis (6) meses después del accidente y dentro de la vigencia de la póliza.

6.7. Tratamientos de la vista (a menos que sea para lesiones a causa de accidente). Prótesis oculares, exámenes de la vista, lentes.

6.8. Gastos médicos por enfermedad, a excepción de los gastos médicos cubiertos en el Anexo de Atención Médica y Medicamentos.

6.9. Gastos médicos derivados de la ocurrencia de eventos catastróficos, entendiéndose como tales los terremotos, maremotos, inundaciones y otros fenómenos de la naturaleza.

6.10. Actividades que se realizan como profesionales del deporte y/o carreras de velocidad y resistencia, motocross, práctica de deportes extremos y/o concursos de cualquier naturaleza, paracaidismo, navegación submarina, karate, boxeo o cualquier clase de lucha personal.

6.11. Cualquier accidente estando bajo efectos de alcohol y/o drogas.

6.12. La práctica de los siguientes deportes: cacerías a caballo y polo, esquí acuático, pesca submarina, navegación en alta mar (más de 2 millas de la costa), cacería de animales salvajes reputados como peligrosos, alpinismo, deportes de invierno, patinaje, hockey, rugby.

6.13. Riña y/o agresión física con o sin intención incluyendo, pero no limitándose a herida de arma de fuego y herida de arma blanca.

6.14. Material de Osteosíntesis, colocación y/o retiro que no sean colocados como parte del tratamiento quirúrgico proporcionado por parte de un proveedor de los servicios prestados por la Red de Proveedores de la Aseguradora.

6.15. Vitaminas

6.16. Suplementos nutricionales

6.17. Tratamientos de Fisioterapia

6.18. Cremas Hidratantes, Shampoo, Jabones, y Filtros solares

6.19. Fracturas Patológicas

6.20. Tumores y Quistes Óseos

6.21. Enfermedad de Osgood-Schlatter

6.22. La conducción de motocicletas y su uso como pasajero en el sillón trasero, vuelos en aviones particulares como pasajero.

CLAUSULA 7. ATENCION A LOS ASEGURADOS

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

CLAUSULA 8. Modificación de la cobertura o de los riesgos asegurados

La Aseguradora le podrá notificar al Asegurado y al Contratante, a través de los medios electrónicos u otros medios de comunicación previamente acordados, cualquier modificación de la cobertura o riesgos asegurados.

A requerimiento del Asegurado, la Aseguradora le informará sobre las condiciones de la póliza y remitirá la documentación solicitada, a través de los medios de comunicación previamente indicados.

La Aseguradora faculta a El Contratante:

- a) Para que brinde la 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 relacionada a los trámites de reclamos.

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

CLAÚSULA 9. REGISTRO DE ASEGURADOS

Con base a la información que el Contratante proporcione, la Aseguradora llevará un registro de asegurados de la póliza, el cual debe ser actualizado en la fecha en que se produzca el ingreso o la separación de asegurados, el cual contendrá, como mínimo, el nombre del estudiante y su número de identificación, fecha en que causó alta al seguro, edad y sexo; los estudiantes notificados a través de este mecanismo, constituirán el grupo asegurado. La fecha de alta será la misma que la fecha de inscripción, salvo aquellos estudiantes que al 1 de enero ya estuvieren inscritos para los cuales la fecha de alta será el 1 de enero y la fecha de baja será la fecha en que deja de estar inscrito de forma definitiva. Las fechas de altas y bajas deberán ser reportadas dentro del mes inmediato siguiente al mes en el que causaron efecto.

La Aseguradora llevará un Registro de la modificación, incorporación o cese de cualquier cobertura.

CLÁUSULA 10. PAGO DE PRIMAS Y PERÍODO DE GRACIA DEL CONTRATO DE SEGURO

El Contratante, en representación del Grupo Asegurado, debe pagar a la Aseguradora en las oficinas de ésta, la prima estipulada en la Carátula de la Póliza, en la fecha que allí se indique. Salvo pacto en contrario.

Si El Contratante y La Aseguradora acuerdan pagos fraccionados de la prima, los pagos vencerán en la fecha estipulada.

El pago de la prima puede efectuarse bajo cualquiera de las siguientes formas: Sin Contribución o Contribución.

Si alguno de los asegurados incurre en un siniestro, la Aseguradora tendrá derecho a cobrar, para esos asegurados, la prima por el total de la vigencia de la póliza y el contratante la obligación de hacerla efectiva.

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 las primas pactadas.

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

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 11. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Son obligaciones del Contratante:

- a) 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 correspondientes u otros medios de comunicación previamente acordados.
- b) Pagar a la Aseguradora la prima de seguro con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
- c) Recaudar de los estudiantes del grupo asegurado la cantidad de la prima de seguro con la que contribuyen, en la forma en que se haya convenido.
- d) Informar, en la forma convenida, a la Aseguradora:
 - 1. El ingreso al Grupo Asegurado de nuevos estudiantes;
 - 2. La separación definitiva de algún estudiante 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.
- e) Dar a conocer a el estudiante que se asegure, la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- f) Entregar el Certificado Individual a cada persona del Grupo Asegurado y, en su caso, la constancia de contratación del seguro por el medio convenido; y,
- g) No efectuar cargos adicionales al Asegurado sobre la prima fijada por la Aseguradora.

CLAUSULA 12. CONSTANCIA DEL SEGURO

La constancia del Seguro deberá tener como mínimo: el nombre de la aseguradora y del contratante; el número de póliza e información general del seguro; así como la descripción del procedimiento para la entrega del certificado individual correspondiente y la póliza del seguro.

El contratante y el Asegurado, aceptan que el certificado individual que emita la Aseguradora por cada persona del grupo asegurado, será remitido a través de los medios electrónicos correspondientes o por otros medios de comunicación previamente acordados.

Cuando no se pueda hacer entrega del certificado individual en el momento de la aceptación del riesgo, el Contratante y el Asegurado aceptan, que la Constancia del Seguro que emita la Aseguradora, será remitido a través de los medios electrónicos correspondientes o por otros medios de comunicación previamente acordados.

CLÁUSULA 13: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE RECLAMACIÓN

El Asegurado está obligado a:

- a) Tan pronto como se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o dentro de las primeras 48 horas de ocurrido el siniestro, se deberá comunicar a la Aseguradora a través de los mecanismos que la Aseguradora ponga a disposición del Grupo Asegurado por los medios convenidos con el Contratante, y
- b) Rendir con exactitud y veracidad cualquier información que se brinde o sea requerida por la Aseguradora, de manera que pueda comprobarse el derecho a un beneficio con respecto a las coberturas.

- c) En caso de siniestro, bastará con que el asegurado o el beneficiario informe el número de la póliza y presente a la Aseguradora o a el contratante, la constancia del seguro o documento que indique la contratación del seguro, para que se le dé trámite al reclamo del seguro.

CLÁUSULA 14. INGRESOS Y SEPARACIONES DEL GRUPO ASEGURADO

- a) **ALTAS DE ASEGURADOS.** Los estudiantes que cumplan los límites de edad y los requisitos de asegurabilidad establecidos en el contrato de seguro, podrán ingresar al Grupo Asegurado con posterioridad a las fechas de emisión o renovación de esta Póliza. En este caso, la vigencia del seguro iniciará en la fecha en que causó su alta en el Grupo Asegurado. 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 la tarifa mensual establecida a partir del mes en el que causó alta.
- b) **BAJAS DE ASEGURADOS.** En caso de separación de una persona o el cese de alguna cobertura, el contratante deberá notificarlo a la aseguradora en un plazo no mayor de 30 días (30) días calendario, indicando la fecha a partir de la cual dejará de estar asegurado. Respecto a la prima, la aseguradora podrá:
- Devolver a quienes corresponda la prima no devengada; o,
 - Mantener la cobertura del seguro hasta agotar la última prima pagada.

El procedimiento adoptado, así como la indicación de la notificación, deberá establecerse en la Póliza de seguro. La separación de una persona o cobertura no implica la cancelación de la póliza.

CLAUSULA 15. USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN ELECTRONICOS

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 Solicitud de Seguro y el Consentimiento o cualquier otro documento relacionado al seguro.

CLÁUSULA 16: RECLAMACIONES

PAGO DIRECTO

La atención del Asegurado en caso de accidente se realizará por medio de los servicios prestados por la Red de Proveedores de la Aseguradora, se podrá hacer uso de este servicio mediante la notificación del accidente a los números telefónicos indicados para el efecto dentro de las primeras 48 horas de ocurrido el accidente, proporcionando la información que le sea solicitada para validar que el Asegurado se encuentre cubierto. La Aseguradora efectuará el pago de los gastos cubiertos por la

Póliza directamente a la Red de Proveedores de la Aseguradora. Una vez efectuado el pago al proveedor por la atención de los servicios cubiertos por esta Póliza, la Aseguradora no pagará ninguna otra cantidad por este mismo concepto.

CLÁUSULA 17: EXTINCIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

- a) Si se omite el aviso del siniestro durante las primeras 48 horas de ocurrido el siniestro con la intención de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias.
- b) Si 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) Si con igual propósito, no se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro o la prueba de pérdida.

CLÁUSULA 18: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL SEGURO

La cobertura del seguro cesará automáticamente:

- a) Si el Asegurado perdiere su calidad de miembro elegible para formar parte del Grupo Asegurado.
- b) Por concluir la relación del Asegurado con el Grupo Asegurado.
- c) Por cancelación de esta Póliza.

CLÁUSULA 19: CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA

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

- a) Falta de pago de la prima; y
- b) Terminación anticipada por parte del Contratante.

CLÁUSULA 20: AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Situación que se produce cuando por determinados acontecimientos ajenos o no a la voluntad del Asegurado, un riesgo cubierto adquiere una peligrosidad superior a la inicialmente prevista.

CLÁUSULA 21: PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que deriven de esta Póliza, prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

CLÁUSULA 22: 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.**

CLÁUSULA 23: AVISOS Y NOTIFICACIONES

El Contratante deberá enviar todas las notificaciones e informaciones que se relacionen con este contrato de seguro directamente a las oficinas 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 Contratante señaló en la solicitud de la presente Póliza.

CLÁUSULA 24: EDAD

Los límites de edad de aceptación para el ingreso a esta Póliza y de su permanencia en el seguro, quedan especificados en la Carátula de la Póliza y/o 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, 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 25: 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, a solicitud del Contratante, la Póliza podrá ser renovada 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 26: MONEDA

Todos los pagos que realicen la Aseguradora y/o el Contratante deben ser efectuados en la moneda pactada en la Carátula de la Póliza, sin necesidad de requerimiento o cobro alguno.

CLÁUSULA 27: TERRITORIO

Los gastos médicos por accidente cubiertos por esta Póliza aplican en el territorio de la República de Guatemala, conforme lo indicado en el Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

CLAUSULA 28: RETRIBUCION POR SINIESTRALIDAD

La retribución económica que la aseguradora podrá reconocer al contratante y/o asegurado del seguro colectivo por baja siniestralidad de la póliza, deberá ser en proporción al pago de la prima, según sea contributiva o no contributiva.

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 931-24 DEL VEINTISEIS DE JUNIO DE DOS MIL VEINTICUATRO, REGISTRO QUE NO PREJUZGA SOBRE EL CONTENIDO DEL MISMO.