

CLAUSULAS DE ESTA POLIZA

PRIMERA: CONTRATO COMPLETO: El contrato completo de seguro, que regula las obligaciones y derechos de la Compañía, del Contratante y del grupo asegurado, se rige por las declaraciones del Contratante en su solicitud de seguro, por el consentimiento de cada uno de los integrantes del grupo asegurado; por las cláusulas de la presente Póliza y sus Anexos, por los certificados individuales de seguro que se emiten y entregan a cada asegurado; por el registro de asegurados; y por los principios de buena fé, equidad y lealtad que recíprocamente se guardan las partes contratantes.

SEGUNDA: DEFINICION DE ACCIDENTE: Se entiende por accidente para los efectos de este seguro, toda lesión corporal sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad y debida a una causa fortuita, momentánea, violenta y externa que le haya producido directamente la muerte, invalidez, pérdida de miembros o incapacidad temporal.

Serán considerados también como Accidentes:

- a) Los causados por explosiones, descargas eléctricas o atmosféricas.
- b) Las quemaduras causadas por fuego, escapes de vapor imprevistos o el contacto accidental con ácidos y corrosivos.
- c) La asfixia accidental producida por agua, gas, humo o vapores.
- d) Las infecciones respecto a las cuales quede probado que el virus ha penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto.
- e) Las mordeduras de animales o picaduras de insectos y sus consecuencias (con las excepciones de la Cláusula DECIMA) así como las inoculaciones infecciosas debidas a pinchazos sufridos en el ejercicio de profesión.
- f) Los que se produzcan como consecuencia de fenómenos de la naturaleza.
- g) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos adquiridos en mal estado o consumidos en lugares públicos.

TERCERA: CONTRATANTE Y SUS OBLIGACIONES: Puede ser Contratante la persona natural o jurídica, capaz de celebrar la contratación de la Póliza con el consentimiento de los componentes del Grupo Asegurado. La solicitud que ha servido de base para expedir la presente Póliza, ha sido suscrita por el Contratante.

Son obligaciones de Contratante:

- a) Pagar en las Oficinas Centrales de la Compañía, el total de la prima, ya sea sin contribución o contributiva, en este último caso, deberá recaudar en la oportunidad debida el porcentaje respectivo de los integrantes del Grupo Asegurado.
- b) Informar por escrito a la Compañía, adjuntando los documentos del caso en cuanto a:
 - 1) Nuevos ingresos al Grupo, con su respectivo consentimiento.
 - 2) Separaciones definitivas del Grupo.
 - 3) Cualquier situación de los Asegurados que afecte alguna de las cláusulas de la Póliza; y
 - 4) Propuesta de modificación de las sumas aseguradas, a reserva de lo que la Compañía decida al respecto y
- c) Dar a conocer a las personas que se aseguran, la necesidad de declarar exactamente la edad y la ocupación.
- d) Proporcionar a la Compañía toda información que ésta requiera en el curso de una reclamación presentada conforme la presente Póliza.

El Contratante que concluya sus Obligaciones para con el Grupo Asegurado, debe notificarlo por escrito a la Compañía en un término que no exceda de 8 días, desde la fecha en que finalizaron sus obligaciones. La Compañía podrá decidir a su juicio, y conforme a la ley, la rescisión de la Póliza durante los 30 días corridos siguientes, a la fecha de haber recibido la notificación y sus obligaciones terminarán 30 días corridos después de haber sido notificada la rescisión al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará a éste la parte proporcional de la prima pagada que pudiera resultar no consumida.

CUARTA: PAGO DE PRIMAS: El Contratante, en representación del Grupo Asegurado, debe pagar a la Compañía en las Oficinas de ésta, en la Ciudad de Guatemala, la prima estipulada en la carátula de esta Póliza, en el momento de la celebración del contrato, o en las fechas estipuladas como pacto en contrario en el anexo de pagos fraccionados.

Para facilitar el pago de las primas, la Compañía puede cobrarlas en el domicilio del Contratante, por medio de un agente recaudador debidamente autorizado, sin que tal procedimiento constituya precedente ni releve al Contratante de su obligación de efectuar sus pagos en las Oficinas Centrales de la Compañía, en la fecha o en las fechas pactadas en la Póliza. En consecuencia, el Contratante no podrá alegar la falta de cobro como motivo de insolvencia justificada y la Compañía no se obliga a cobrar ni a requerir el pago de las primas, ni dar aviso de su vencimiento, y si lo hiciera no sentará precedente, pudiendo suspender esa gestión en cualquier momento sin notificación alguna al Contratante, y sin que eso pueda ser invocado por él para justificar la falta de pago.

Es y queda convenida la condición resolutoria expresa, que si el Contratante deja de pagar la prima al vencer el plazo fijado como pacto en contrario, el contrato de seguro quedará resuelto y sin ningún efecto, ni validez legal desde el día de vencimiento del período de gracia, sin necesidad de declaratoria judicial, ni de emisión de endoso de cancelación y la Compañía relevada de cualquier responsabilidad, de conformidad con lo previsto en los artículos No. 1278 y No. 1581 del Código Civil.

Todo pago de prima debe acreditarse sólo por medio de los recibos oficiales emitidos por la Compañía, autorizados por el representante legal de la misma y refrendados por el Recaudador o cajero correspondiente.

El pago de la prima puede efectuarse bajo las siguientes formas: Contributivo o Sin Contribución, para lo cual rigen las siguientes normas:

- A) En el pago Sin Contribución, debe asegurarse el CIENTO POR CIENTO DEL GRUPO ASEGURABLE;
- B) Bajo la forma de pago Contributivo, debe estar asegurado como mínimo, el 75 % del Grupo Asegurable, y este porcentaje no debe ser inferior a 10 personas, además la proporción de la prima que satisfaga cada miembro, en ningún caso debe exceder el 75 % de la cuota promedio;
- C) Cuando la suma asegurada de cada miembro del Grupo sufra variación al iniciarse cada período asegurable, o dentro del período asegurado, la Compañía determinará la prima individual multiplicando la prima de tarifa que corresponde a cada uno de los miembros del Grupo, por la obligación individual efectiva al momento de determinar la prima;
- D) Si al formalizarse el presente seguro se considera que durante la vigencia del mismo existe posibilidad de ingreso al Grupo, de determinado miembro o miembros, al realizarse dicho ingreso, únicamente deberá cobrarse la prima a prorrata, partiendo de la base de:
- 1) La edad y ocupación al empezar la fecha de vigencia de esta Póliza;
 - 2) La fecha de aceptación de ingresos al Grupo Asegurado;
 - 3) El tiempo que falta para concluir el período Asegurado; y
 - 4) La suma asegurada que se cubra durante dicho período parcial.

Al empezar cada período de vigencia del Seguro, el registro de asegurados también podrá comprender los nombres y conceptos de aquellas personas que sean elegibles para ingresar al Grupo dentro de dicho período.

QUINTA: OCUPACION: El Contratante, inmediatamente a un cambio de ocupación de alguno de los asegurados, deberá avisarlo por escrito a la Compañía el día hábil siguiente a aquel en que lo conozca para que ésta proceda a los ajustes y modificaciones correspondientes.

Si dentro de la vigencia de esta Póliza el asegurado cambiare de ocupación a otra clasificada por la Compañía como más peligrosa que la estipulada en la presente Póliza y posteriormente al cambio de ocupación, sufre lesiones mientras esté ejecutando algún acto o cosa propia de tal ocupación, la Compañía sólo pagará la parte de la indemnización estipulada en la presente Póliza, que se hubiera podido comprar con la prima que se pagó al tipo y dentro de los límites fijados para tal ocupación más peligrosa.

Si el asegurado cambia de una ocupación más peligrosa a una clasificada por la Compañía como menos peligrosa, la Compañía restituirá al Contratante la fracción a prorrata de la prima no devengada.

SEXTA: ALTAS DE ASEGURADOS: Las personas que llenen los requisitos establecidos por la Compañía podrán ingresar al grupo de asegurados con posterioridad a las fechas de emisión o renovación de esta Póliza.

Este derecho solo se reserva a los que manifiesten su consentimiento dentro de los 30 días corridos siguientes a su ingreso o alta en la Empresa o entidad Contratante debiéndose encontrar éstos en servicio activo de la misma.

Los que soliciten su ingreso dentro del Grupo Asegurado con posterioridad, quedan sujetos a las normas de selección de la Compañía para seguros individuales.

En ambos casos, la Compañía cobrará al Contratante la parte de la prima promedio que corresponde al tiempo que falta para concluir el período asegurado. Queda entendido y convenido que dicha prima siempre se computará por meses completos, salvo el caso previsto en el inciso D) de la cláusula CUARTA.

SEPTIMA: BAJAS DE ASEGURADOS Y TERMINACION DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL: Las personas que por cualquier razón 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 Certificado Individual de Seguro emitido a su favor por la Compañía. En estos casos la parte de la prima que pudiere resultar no devengada será restituida al Contratante por la Compañía. Queda entendido que dicha prima siempre se computará por meses completos.

Asimismo queda automáticamente rescindido sin validez ni efecto el seguro de las personas que:

- 1) No efectúen el pago de prima correspondiente, cuando el pago de prima es en forma contributiva.
- 2) Sobrepasen el límite de edad admitido por la Compañía.
- 3) Soliciten la cancelación de su seguro colectivo, pero solamente en los seguros con prima pagada en forma contributiva.
- 4) Cambiaren su ocupación a otra clasificada por la Compañía como no asegurable para esta persona.
- 5) Por cualquier otra causa relacionada lógicamente con el riesgo que se asume y la cobertura que se otorga, cuando ésta implique la no asegurabilidad de la persona por parte de la Compañía o agravación del riesgo asumido, no contemplado en el contrato de seguro.

En los casos de los incisos 4) y 5) la Compañía restituirá al Contratante la fracción a prorrata de la prima no devengada.

OCTAVA: AVISO Y PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE: El asegurado y/o El Contratante deberán dar aviso por escrito a la Compañía dentro de los cinco días siguientes a la fecha del accidente, de cualquier lesión cubierta por la presente Póliza.

En caso de muerte accidental, se deberá dar aviso inmediato de la misma a la Compañía.

La Falta de aviso dentro del término estipulado en esta Póliza no afectará la validez de la reclamación si se demuestra que no fue posible, dentro de lo razonable, dar tal aviso y que se informó del acontecimiento a la Compañía inmediatamente que fue posible.

Al recibir el aviso del accidente, la Compañía suministrará al reclamante los formularios que tiene en uso para la presentación de las pruebas de las pérdidas sufridas.

En caso de que la Compañía, por alguna circunstancia, no proporcionare las mencionadas formas dentro de los quince días de haber recibido el aviso, bastará que el Asegurado presente su reclamación por medio de carta a la que debe acompañar las pruebas correspondientes relativas al acontecimiento, así como a la naturaleza y extensión de la o las pérdidas.

Las pruebas de las pérdidas sufridas deberán presentarse a la Compañía, en caso de reclamación por incapacidad dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que termina el período por el cual la Compañía es responsable y en caso de cualquier otra pérdida dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que ocurrió la pérdida.

La Compañía tendrá el derecho de examinar al asegurado cuando lo crea necesario y tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente cualquier reclamación conforme la presente Póliza, y en caso de muerte podrá promover que se practique la autopsia.

NOVENA: INDEMNIZACION: La Compañía hará efectivas las indemnizaciones de acuerdo con las Cláusulas de esta Póliza, en los casos y formas siguientes:

INDEMNIZACIONES ESPECIFICAS APLICABLES A LA COBERTURA AMPLIA

MUERTE ACCIDENTAL: En caso de muerte ocurrida inmediatamente o dentro de los 180 días después de ocurrido el accidente, la Compañía pagará la cantidad total asegurada al (o los) último (s) beneficiario (s) designado (s) por el Asegurado, o en su defecto a los herederos legales del Asegurado, excepto en los casos en que se haya designado como Beneficiario al Contratante, siempre que dicha indemnización se utilice para el pago de prestaciones laborales ó sociales a las cuales el contratante esté obligado para con los miembros del Grupo que representa, en estos casos el Contratante recibirá la Suma Asegurada respectiva, salvo que ésta sea mayor que el monto de las prestaciones laborales o sociales, en cuyo caso la diferencia será pagada a los beneficiarios o si no hubiere, a los herederos legales del Asegurado.

El Asegurado podrá nombrar uno o más beneficiarios para el caso de fallecimiento y podrá modificar esta designación por acto entre vivos o por testamento.

Cualquier cambio de beneficiario debe comunicarse por escrito a la Compañía, quien lo registrará en la Póliza.

Si alguno de los beneficiarios muriese antes, o al mismo tiempo que el Asegurado, su parte acrecentará a la de los restantes. A falta de otros beneficiarios el seguro se pagará a los herederos legales del Asegurado, excepto en el caso de beneficiarios irrevocables, cuyo derecho se transmitirá a los herederos legales de éstos.

El pago efectuado por la Compañía, en caso de muerte accidental de cualquier asegurado, hecho en la forma legal o contractual que corresponda, extingue todas las obligaciones de la misma, en relación al respectivo asegurado en esta Póliza.

La renuncia del Asegurado a la facultad de revocar la designación de beneficiarios es válida y quedará firme cuando se le haya comunicado por escrito al beneficiario o beneficiarios, surtirá efectos frente a terceros, después de aviso por escrito por parte del Asegurado a la Compañía y ésta lo haga constar en el certificado individual del mismo mediante endoso.

Los beneficiarios y en su caso los Cesionarios designados, tienen acción directa para requerir de la Compañía el pago de la suma asegurada que corresponda, conforme las normas establecidas en la Póliza.

II) **INVALIDEZ PERMANENTE:** Cuando a consecuencia de una lesión el Asegurado quede total y permanentemente incapacitado e impedido de desempeñar todos y cualesquiera de los deberes inherentes a su ocupación o empleo y tal incapacidad total y permanente haya continuado por un período de por lo menos 12 meses consecutivos, la Compañía pagará al propio asegurado, o a su representante legal, en su caso:

- a) La suma asegurada íntegra en los casos de invalidez total y permanente, entendiéndose como tal:
La enajenación mental absoluta e incurable; la parálisis completa; la ceguera absoluta y la pérdida o mutilación de ambos brazos, o ambas manos, o de un brazo y una pierna, o de una mano y un pie, o de ambas piernas o ambos pies.
- b) La parte proporcional de la suma asegurada que para cada caso determina el cuadro que sigue cuando la invalidez permanente sea parcial (en caso de constar en el consentimiento individual que el asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida total o parcial de los miembros superiores):

	DERECHO	IZQUIERDO
Pérdida total del brazo o de la mano	70%	60%
Pérdida total del movimiento del hombro	30%	25%

Pérdida total del movimiento del codo	25%	20%
Pérdida total del pulgar y del índice	50%	40%
Pérdida del movimiento de la muñeca	25%	20%
Pérdida total de tres dedos incluidos pulgar o índice	35%	30%
Pérdida total de tres dedos que no sean pulgar o índice	25%	20%
Pérdida total del pulgar y otro que no sea el índice	30%	25%
Pérdida total del índice y otro que no sea el pulgar	20%	17%
Pérdida total del pulgar solo	22%	18%
Pérdida total del índice solo	15%	12%
Pérdida total del medio, del anular o del meñique	10%	8%
Pérdida total de dos de estos últimos dedos	15%	12%
Pérdida total de una pierna o de un pie		50%
Amputación parcial de un pie comprendidos todos los dedos		40%
Sordera completa de los dos oídos		50%
Ablación de mandíbula inferior		30%
Pérdida total de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular		40%
Pérdida del movimiento de una cadera o de una rodilla		25%
Acortamiento de más de 5 cms. de un miembro inferior		15%
Sordera completa de un oído		15%
Pérdida del dedo gordo del pie		10%
Pérdida de otro dedo de un pie		5%

Para cada falange de los dedos sólo se considera invalidez permanente la pérdida total, y la indemnización se computa: Por la pérdida de una falange del pulgar o del dedo gordo del pie, la mitad, y por la pérdida de la falange de cualquier otro dedo, un tercio, del porcentaje establecido, para la pérdida total del respectivo dedo.

La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro u órgano, se considerará como pérdida del mismo.

Cualquier tipo de invalidez no especificada será indemnizada en proporción a la gravedad comparándola a la de los casos que se enumeran sin tener en cuenta la profesión del Asegurado.

INCAPACIDAD TEMPORAL: Si un accidente impide al Asegurado dedicarse a sus ocupaciones habituales, la Compañía pagará al asegurado mientras dure el tratamiento médico requerido por el accidente, y como máximo hasta _____ días de ocurrido éste:

- a) La cantidad total convenida como indemnización diaria, durante el tiempo en que el Asegurado esté totalmente incapacitado para las ocupaciones inherentes a la profesión declarada en esta Póliza.

Para las personas que no ejerzan profesión, la indemnización total sólo se pagará durante el tiempo en que el lesionado no pueda abandonar sus habitaciones, o deba estar recluido.

- b) El 40% del importe de la compensación diaria, en proporción al grado de facultades físicas que haya conservado o ido adquiriendo el Asegurado para dedicarse a sus ocupaciones habituales determinadas por médico colegiado.

La indemnización por incapacidad temporal se satisfará independientemente de la que pueda corresponder para el caso de muerte, invalidez total y permanente, y reembolso de Gastos Médicos.

El pago de la indemnización por incapacidad temporal se hará de una sola vez, dentro de los 15 días siguientes a la fecha en que la Compañía haya recibido el informe de alta del Asegurado emitido por el médico, centro u hospital, que haya atendido la curación o prestado el servicio, o en la fecha que expire el plazo de _____ días de ocurrido el accidente, si no ha cesado antes el tratamiento médico.

- IV) **REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS:** Si la lesión dentro de los 182 días siguientes a la fecha del accidente requiere tratamiento por un médico o cirujano legalmente autorizado para ejercer, confinamiento en un hospital, empleo de una enfermera autorizada o graduada, examen por rayos X, o el uso de una ambulancia, la Compañía pagará al Asegurado en adición a cualquier otra indemnización que deba pagarse por esta Póliza, los gastos realmente así incurridos por él, para su tratamiento y recuperación, pero sin exceder de la suma asegurada para este concepto, y restando la cantidad de deducible, si la hubiere.

Los gastos de curación deben ser proporcionados y diligemente encaminados a producir la curación del Asegurado. El médico que atienda la curación podría ser rechazado por la Compañía únicamente si existieren motivos razonables para ello, o si fuere necesaria la intervención de un especialista. Los gastos de curación absorbidos por otras instituciones o empresas no estarán cubiertos por esta póliza, en caso de que el Asegurado fuere atendido por dichas instituciones o empresas. Si el Asegurado hubiere suscrito otros seguros con la cobertura de Gastos Médicos, la Compañía pagará en caso de reembolso de gastos, la parte proporcional que le corresponda de acuerdo con la suma asegurada por este concepto.

Cualquier beneficio o indemnización descrita en la cláusula novena de esta Póliza será pagado si a consecuencia de un accidente cubierto, el Asegurado queda inevitablemente expuesto a la intemperie y como resultado de ello surja una reclamación con respecto a la cual, normalmente se hubiese pagado alguna indemnización conforme esta Póliza.

Si no se encontrare el cuerpo del Asegurado dentro de un año a partir de la fecha de la desaparición, hundimiento, caída, naufragio o destroz del vehículo o medio de transporte en el cual el Asegurado estuviere viajando al ocurrir el accidente y, en tales circunstancias, dicho accidente fuere normalmente cubierto por la Póliza, se presumirá que el Asegurado ha fallecido a consecuencia de las lesiones corporales causadas por accidente al tiempo de ocurrir tal desaparición, hundimiento, caída, naufragio o destroz.

INDEMNIZACIONES ESPECIFICAS APLICABLES A LA COBERTURA BASICA

- I) **MUERTE ACCIDENTAL:** En caso de muerte ocurrida inmediatamente o dentro de los 180 días después de ocurrido el accidente, la Compañía pagará la cantidad total asegurada al (o los) último (s) beneficiario (s) designado (s) por el Asegurado, o en su defecto a los herederos legales del Asegurado, excepto en los casos en que se haya designado como Beneficiario al Contratante, siempre que dicha indemnización se utilice para el pago de prestaciones laborales o sociales a las cuales el Contratante esté obligado para con los miembros del Grupo que representa, en estos casos el Contratante recibirá la Suma Asegurada respectiva, salvo que ésta sea mayor que el monto de las prestaciones laborales o sociales, en cuyo caso la diferencia será pagada a los beneficiarios o si no hubiere, a los herederos legales del Asegurado.

El Asegurado podrá nombrar uno o más beneficiarios para el caso de fallecimiento y podrá modificar esta designación por acto entre vivos o por testamento.

Cualquier cambio de beneficiario debe comunicarse por escrito a la Compañía, quien lo registrará en la Póliza.

Si alguno de los beneficiarios muriese antes, o al mismo tiempo que el Asegurado, su parte acrecentará a la de los restantes. A falta de otros beneficiarios, el seguro se pagará a los herederos legales del Asegurado, excepto en el caso de beneficiarios irrevocables, cuyo derecho se transmitirá a los herederos locales de éstos.

El pago efectuado por la Compañía, en caso de muerte accidental de cualquier Asegurado, hecho en la forma legal o contractual que corresponda, extingue todas las obligaciones de la misma, en relación al respectivo Asegurado en esta Póliza.

La renuncia del Asegurado a la facultad de revocar la designación de beneficiarios es válida y quedará firme cuando se le haya comunicado por escrito al beneficiario o beneficiarios, y surtirá efectos frente a terceros, después de aviso por escrito por parte del Asegurado a la Compañía y ésta lo haga constar en el certificado individual del mismo mediante endoso.

Los beneficiarios y en su caso los Cesionarios designados, tienen acción directa para requerir de la Compañía el pago de la suma asegurada que corresponda, conforme las normas establecidas en la Póliza.

II) DESMEMBRAMIENTO E INCAPACIDAD

- A) Cuando la lesión corporal no causa la muerte del Asegurado dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el accidente, pero cause cualquiera de las pérdidas descritas a continuación dentro de dichos ciento ochenta (180) días, la Compañía pagará por la pérdida de:

Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	La Suma Asegurada
Una mano y un pie	La Suma Asegurada
Cualquiera de las dos manos o pies y la vista de un ojo	La Suma Asegurada
Cualquier mano o pie	La mitad de la Suma Asegurada
La vista de un ojo	La mitad de la Suma Asegurada

La palabra "Pérdida", según se usa arriba con referencia a la mano o al pie, significa la separación completa por o más arriba de la articulación de la muñeca o el tobillo, y según se emplea con referencia a los ojos, significa pérdida total e irrecuperable de la vista.

La ocurrencia de cualquier pérdida específica, por la cual haya de pagarse indemnización conforme esta Parte, causará la terminación del Seguro Individual conforme la Póliza, pero dicha terminación será sin perjuicio del derecho de reclamación que se origine del accidente causante de tal pérdida.

Bajo ninguna circunstancia se pagará indemnización por más de una de las pérdidas sufridas, pero será pagada aquella a la que mayor indemnización corresponda, de acuerdo con la escala que aparece arriba.

- B) Si el Asegurado sufriera un accidente cubierto por la Póliza, y como resultado del mismo quedara total y permanentemente incapacitado para desempeñar cualquier ocupación o empleo para el cual se pueda razonablemente considerar que su educación, entrenamiento o experiencia lo haya calificado y siempre que dicha incapacidad haya comenzado dentro de los ciento ochenta (180) días después del accidente y continuara por doce (12) meses consecutivos y sea total y permanente, la Compañía pagará al Asegurado la Suma Asegurada bajo este concepto, deduciendo cualquier otra cantidad pagada o pagadera por la Póliza como resultado del mismo accidente, a razón del uno por ciento (1%) por mes durante cien (100) meses.

III) INDEMNIZACION SEMANAL POR ACCIDENTE

No se pagará indemnización semanal, si el accidente da lugar a cualquier pérdida con respecto a la cual proceda el pago de indemnización conforme los incisos I y II anteriores.

INCAPACIDAD TOTAL: Cuando a consecuencia de lesiones corporales y a partir de cualquier momento, dentro de los noventa (90) días de ocurrido el accidente, el Asegurado quede total y continuamente incapacitado e impedido de realizar todos y cada uno de los deberes y funciones de su (s) ocupación (es), la Compañía pagará periódicamente la indemnización semanal prevista en la Carátula de la Póliza por el período que dure tal incapacidad, o el que se indique en dicha Carátula, el que fuere menor, comenzando inmediatamente que se termine el período descontable (si se aplicare conforme la Póliza), como resultado de un accidente.

INDEMNIZACION ELECTIVA:

En lugar de la indemnización semanal, el Asegurado, mediante solicitud por escrito presentada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del accidente, tiene derecho a optar al pago de indemnización en una sola suma según la tabla que aparece a continuación siempre que la lesión sufrida esté descrita en dicha tabla, pero no se pagará más de una indemnización electiva (la que fuere mayor) por lesiones resultantes de un mismo accidente.

TABLA: Si la indemnización semanal a que se refiere el inciso III) asciende a Q. 50.00, se pagará la suma respectiva indicada abajo; si dicha indemnización semanal es mayor o menor de Q. 50.00, las cantidades a pagar serán aumentadas o reducidas proporcionalmente.

PERDIDA POR AMPUTACION COMPLETA O SEPARACION DE:

Uno o más dedos enteros de los pies	Q. 400.00
Uno o más dedos de las manos (o por lo menos una falange entera)	Q. 300.00

POR LA COMPLETA DISLOCACION DE ARTICULACIONES:

Cadera	Q. 600.00
Rodilla (exceptuando la rótula)	Q. 300.00
Hueso o huesos del pie (exceptuando los dedos)	Q. 300.00
Tobillo	Q. 300.00
Muñeca	Q. 270.00
Codo	Q. 200.00
Hombro	Q. 150.00
Uno o más dedos de las manos o de los pies	Q. 50.00

POR FRACTURA COMPLETA DE HUESOS:

Cráneo	Q. 650.00
Fémur	Q. 600.00
Húmero	Q. 600.00
Pelvis	Q. 500.00
Omóplato	Q. 400.00
Tibia y/o Peroné	Q. 400.00
Rótula	Q. 400.00
Clavícula	Q. 300.00
Cúbito y/o Radio	Q. 300.00
Pie (exceptuando dedos)	Q. 250.00
Mano (exceptuando dedos)	Q. 250.00
Mandíbula Inferior	Q. 150.00
Una o más costillas o dedos de las manos o de los pies	Q. 100.00

IV) REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS: Si la lesión dentro de los 182 días siguientes a la fecha del accidente requiere tratamiento por un médico o cirujano legalmente autorizado para ejercer, confinamiento en un hospital, empleo de una enfermera autorizada o graduada, examen por rayos X, o el uso de una ambulancia, la Compañía pagará al Asegurado en adición a cualquiera otra indemnización que deba pagarse por esta Póliza, los gastos realmente así incurridos por él, para su tratamiento y recuperación, pero sin exceder de la suma asegurada para este concepto, y restando la cantidad de deducible, si la hubiere.

Los gastos de curación deben ser proporcionados y diligentemente encaminados a producir la curación del Asegurado. El médico que atienda la curación podría ser rechazado por la Compañía únicamente si existieren motivos razonables para ello, o si fuere necesaria la intervención de un especialista.

Los gastos de curación absorbidos por otras instituciones o empresas no estarán cubiertos por esta Póliza, en caso de que el Asegurado fuere atendido por dichas instituciones o empresas. Si el Asegurado hubiere suscrito otros seguros con la cobertura de Gastos Médicos, la Compañía pagará en caso de reembolso de gastos, la parte proporcional que le corresponda de acuerdo con la suma asegurada por este concepto.

Cualquier beneficio o indemnización descrita en la cláusula novena de esta Póliza será pagado si a consecuencia de un accidente cubierto, el Asegurado queda inevitablemente expuesto a la intemperie y como resultado de ello surja una reclamación con respecto a la cual, normalmente se hubiese pagado alguna indemnización conforme esta Póliza.

Si no se encontrare el cuerpo del Asegurado dentro de un año a partir de la fecha de la desaparición, hundimiento, caída, naufragio, o destroz del vehículo o medio de transporte en el cual el Asegurado estuviere viajando al ocurrir el accidente y, en tales circunstancias, dicho accidente fuere normalmente cubierto por la Póliza, se presumirá que el asegurado a fallecido a consecuencia de lesiones corporales causadas por accidente al tiempo de ocurrir tal desaparición, hundimiento, caída, naufragio o destroz.

DECIMA: EXCLUSIONES: El seguro a que se refiere esta Póliza no cubre: La muerte, incapacidad, lesiones o cualquier otra pérdida causada directa o indirectamente en todo o en parte por:

- a) Enfermedad corporal o mental;
- b) Infecciones bacteriales (con excepciones de las infecciones piogénicas que acontezcan simultáneamente y como resultado de una cortada o herida accidental);
- c) Tratamiento médico o quirúrgico, con excepción del que resulte directamente de operaciones quirúrgicas que se hagan necesarias por lesiones cubiertas por esta Póliza, siempre que se haya practicado dentro de los noventa días de la fecha del accidente;
- d) Hernia, ni tampoco cubrirá este seguro cualquier lesión corporal que tenga como consecuencia alguna hernia.
- e) Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya o no declaración de guerra) amotinamiento, motín, conmoción civil, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, poder militar usurpado, ley marcial, o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena, o reglamento de aduanas o nacionalización por cualquier Gobierno o Autoridad Pública o local, por orden de dicho Gobierno o Autoridad o cualquier arma o instrumento que emplee fisión atómica o fuerza radioactiva, ya sea en tiempo de paz o de guerra;
- f) Mientras el Asegurado se encuentra en servicio militar de cualquier clase, ya sea en tiempo de paz o de guerra;
- g) Riña, cuando el Asegurado tome parte de ella;
- h) Las sufridas por el Asegurado debido a actos de imprudencia, temeridad o negligencia grave, tomando parte en carreras de velocidad o resistencia en apuestas o en concursos de cualquier naturaleza.

- i) Accidentes que sufra el Asegurado viajando:
 - i.1) En aeronave que no pertenezca a una línea regular establecida de pasajeros.
 - i.2) En vuelos de observación, vuelos especiales o fletados.
 - i.3) En aviones militares o navales o mientras el Asegurado actuare como piloto, mecánico o miembro de la tripulación de alguna aeronave.
- j) Suicidio, o cualquier conato del mismo que tenga como consecuencia la pérdida de la vida, lesiones corporales o cualquier otra pérdida, bien sea que lo cometa en estado de enajenación mental o libre de ella.
- k) Embarazo, aborto o parto; ni la agravación en lesiones o la muerte, resultante como consecuencia de alguna de tales causas.
- l) Lesiones sufridas mientras el Asegurado participe en atletismo o competencias deportivas profesionales o semiprofesionales, a menos que se especifique lo contrario por medio de endoso.
- m) Las lesiones corporales o la muerte causadas por estrangulamiento, armas de fuego, o armas contundentes o punzo-cortantes.

DECIMA PRIMERA: RENOVACION: La Compañía renovará esta Póliza en las mismas condiciones en que a sido suscrita, siempre que el Grupo Asegurado siga reuniendo los requisitos establecidos por la misma. En cada renovación se aplicará la prima que corresponda, según la ocupación y edad alcanzada por cada miembro del Grupo Asegurado.

DECIMA SEGUNDA: REHABILITACION: En caso de falta del pago de la prima convenida para esta Póliza, la aceptación posterior de una prima por la Compañía o por cualquiera de sus agentes debidamente autorizados rehabilitará la Póliza, pero únicamente para amparar la pérdida o pérdidas resultantes de lesiones sufridas por accidente después de la rehabilitación.

DECIMA TERCERA: LIMITE DE EDAD: En los Grupos Asegurados no se incluirá a personas con edad computable menores de 16 años ni mayores de 59 años de edad. Sin embargo, podrá asegurarse personas hasta los 71 años de edad previo pago de sobreprima correspondiente. En caso de emitirse al "Anexo Familiar", los límites de edad por los dependientes, se establecen en dicho anexo.

Si la Compañía comprobare que la edad real del alguno de los asegurados, al momento de la celebración del contrato de seguro estaba fuera de los límites fijados, la Compañía dará por rescindido el seguro correspondiente a dicho Asegurado y restituirá la prima correspondiente al Contratante.

DECIMA CUARTA: RESCISION DE LA POLIZA: El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pueda influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocerlos en el momento de la celebración del contrato.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere este párrafo, faltarán a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el seguro de la persona que haya omitido o declarado inexactamente dichos hechos importantes, aunque no haya influido en la realización del siniestro, siempre que lo notifique dentro del mes siguiente a aquel en que conozca la omisión o inexacta declaración.

DECIMA QUINTA: EXTINCION DE RESPONSABILIDADES: La Compañía quedará desligada de toda obligación procedente del seguro, pero solamente en cuanto a la (s) persona (s) asegurada (s) que esté o estén si fueran varias, implicada (s) si:

- a) Se omite el aviso del accidente con la intención de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias;
- b) Con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro o accidente, que pudieran excluir o restringir sus obligaciones;
- c) Con igual propósito no se le remita con oportunidad la documentación referente al accidente o la prueba de pérdida respectiva.
- d) La reclamación presentada por el Contratante Asegurado o beneficiario fuere, de cualquier manera, fraudulenta. Se considera reclamación fraudulenta la comprendida en la siguiente enumeración:
 - 1) Cuando, en apoyo de dicha reclamación, se hicieren o utilizaren declaraciones falsas.
 - 2) Cuando se emplearen medios o documentos engañosos o dolosos, por parte del Contratante, asegurado, beneficiario o terceras personas, obrando por cuenta de éstos, a fin de realizar un beneficio cualquiera con motivo de la presente Póliza.
 - 3) Si el siniestro hubiere sido voluntariamente causado por el asegurado o con su complicidad.

Si el Contratante del Seguro se encuentra implicado en una reclamación fraudulenta, la Compañía podrá rescindir esta Póliza, previo aviso por escrito.

DECIMA SEXTA: ARBITRAJE: Las diferencias que puedan surgir entre el Asegurado o en su caso, su representante legal o beneficiarios y al Compañía con respecto a la determinación del monto de la indemnización, serán sometidas y resueltas por un arbitraje de equidad, de conformidad con las leyes de Guatemala.

Si las partes no se pusieran de acuerdo en el nombramiento de un solo árbitro, se someterá el caso a la resolución de dos, nombrados uno por cada parte. Estos árbitros antes de empezar sus labores nombrarán un tercero para caso de discordia; en caso que los dos árbitros no se pongan de acuerdo en el nombramiento del tercero dirimente éste será nombrado por un Juez de Primera Instancia del Ramo Civil de esta Capital.

"Las costas y gastos de honorarios del árbitro tercero que se originen con motivo del arbitraje, estarán a cargo de la Compañía y del Asegurado por partes iguales. Los honorarios de los árbitros nombrados por las partes serán a cargo de quien los nombre".

DECIMA SEPTIMA: COMPETENCIA: En caso de controversia en la interpretación o cumplimiento del presente contrato, los Tribunales de la ciudad de Guatemala, serán los únicos competentes para conocer en dicha controversia, renunciando al efecto el Contratante al fuero de su domicilio.



Empresa Guatemalteca CIGNA de Seguros, S.A.

6a. Ave. 20-25, Zona 10
Edif. Plaza Marítima 10o. Nivel
Apartado Postal 207
Guatemala, Guatemala, C.A.
Tel.: P.B.X. 3372285 / 3674416
Fax: (502) 3370121



ENDOSO No. 7-2002

Para adherirse a y formar parte de la póliza del ramo de ACCIDENTES PERSONALES No. AP-4482, que la Empresa Guatemalteca CIGNA de Seguros, Sociedad Anónima emitió a favor de:

COLEGIO INTERAMERICANO

con vigencia desde 01 de enero de 2002

SE HACE CONSTAR: Que por medio del presente endoso, queda entendido y convenido que la suma asegurada es otorgada sin costo alguno a los padres de familia en caso de fallecimiento (padre o madre) por causa de un accidente.

La misma será pagadera por padre de familia, es decir una sola vez, no importando el número de hijos asegurados.

Se hace la aclaración que en caso de fallecimiento de ambos padres, se pagará la suma asegurada por cada uno de ellos al tutor o quien ejerza la patria potestad de los niños.

COLEGIO INTERAMERICANO

EMPRESA GUATEMALTECA CIGNA
DE SEGUROS, S.A.

Todos los demás términos y condiciones de esta póliza y/o de sus anexos y endosos quedan sin alteración.

EN FE DE LO CUAL, se firma y sella el presente endoso en la Ciudad de Guatemala, República de Guatemala a 30 de enero del 2002.



(

)

C

C

Empresa Guatemalteca CIGNA de Seguros, S.A.

6a. Ave. 20-25, Zona 10
Edif. Plaza Marítima 10o. Nivel
Apartado Postal 207
Guatemala, Guatemala, C.A.
Tel.: P.B.X. 3372285 / 3674416
Fax: (502) 3370121



ENDOSO NO. 6-2002

Para adherirse a y formar parte de la póliza del ramo de ACCIDENTES PERSONALES AP-4682, que la Empresa Guatemalteca CIGNA de Seguros, Sociedad Anónima emitió a favor de:

COLEGIO INTERAMERICANO

con vigencia desde 01 de enero del 2002

SE HACE CONSTAR: Que por medio del presente endoso se modifica el **ANEXO DE HOSPITALIZACIÓN** a quedar como sigue:

LA COMPAÑÍA PAGARA EN CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR CADA DÍA QUE EL ASEGURADO PERMANEZCA ASÍ INTERNADO, COMENZANDO DESDE EL CUARTO DÍA HASTA UN MÁXIMO DE SESENTA Y DOS DÍAS (62).

COLEGIO INTERAMERICANO



EMPRESA GUATEMALTECA CIGNA
DE SEGUROS, S.A.

Todos los demás términos y condiciones de esta póliza y/o de sus anexos y endosos quedan sin alteración.

EN FE DE LO CUAL, se firma y sella el presente endoso en la Ciudad de Guatemala, República de Guatemala, a 30 días del mes de enero del 2002.



2

2

0

0

ANEXO No. 5-2002

Para adherirse a y formar parte de la póliza de **ACCIDENTES PERSONALES AP-4682**, que la Empresa Guatemalteca CIGNA de Seguros, Sociedad Anónima emitió a favor de:

COLEGIO INTERAMERICANO

con vigencia desde 01 de enero del 2002

SE HACE CONSTAR:

BENEFICIO POR HOSPITALIZACIÓN

“SI A CAUSA DE ENFERMEDAD CONTRAÍDA QUE COMIENZE DESPUÉS DE LA FECHA EN QUE ENTRE EN VIGOR ESTE SEGURO, O DE ACCIDENTE OCURRIDO A PARTIR DE ENTONCES, EL ASEGURADO ES INTERNADO NECESARIA Y CONTINUAMENTE EN UN HOSPITAL, LA COMPAÑÍA PAGARA Q.75.00 (SETENTA Y CINCO 00/100) EN CONCEPTO DE INDEMNIZACIÓN DIARIA POR CADA DÍA QUE EL ASEGURADO PERMANEZCA ASÍ INTERNADO, COMENZANDO DESDE EL CUARTO DÍA HASTA POR UN MÁXIMO DE TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO DÍAS (365 DÍAS)”.

“**HOSPITAL**” Dondequiera que en este Anexo se use este término, significará un establecimiento que funcione legalmente para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas, como pacientes internos y con facilidades organizadas para diagnóstico y cirugía mayor, para prestación de servicios profesionales por médicos y cirujanos legalmente autorizados y de enfermeras o enfermeros graduados.

“**PERIODOS SUCESIVOS DE INTERNAMIENTO**” Varias hospitalizaciones debidas a la misma causa serán consideradas como una sola ocurrencia, a menos que estén separadas por lo menos por doce (12) meses consecutivos durante los cuales el Asegurado no haya estado hospitalizado como resultado de tal ocurrencia.

EXCLUSIONES APLICABLES AL BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN

EL SEGURO PROPORCIONADO POR ESTE ANEXO NO CUBRE HOSPITALIZACIÓN A CAUSA DE O EN RELACIÓN CON:

C

C

C

C

HOJA No. 2
PÓLIZA AP-4682

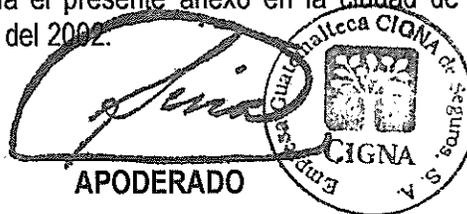
- a. Todas las exclusiones generales de la póliza.
- b. Preñez, parto , aborto o intento del mismo, o cualquier enfermedad o dolencia de los órganos reproductores de la mujer.
- c. Exámenes físicos de rutina o cualesquiera otros, donde no haya indicaciones objetivas de deterioro en la salud normal y diagnósticos de laboratorio o exámenes de rayos X, excepto en el curso de una incapacidad establecida por la atención de un médico.
- d. Cirugía plástica o cosmética, excepto como consecuencia de un accidente
- e. Anomalías congénitas y las afecciones que sobrevengan o resulten en relación con la misma.
- f. Cualquier desorden mental o nervioso o curas de descanso.
- g. Alcoholismo, uso de narcóticos o estupefacientes y tratamiento de los mismos.
- h. Cualquier accidente ocurrido antes de la fecha efectiva de esta cobertura o de enfermedad contraída o que haya principiado antes de dicha fecha.

EXÁMENES Y AUTORIZACIÓN

La compañía podrá designar uno o más profesionales para el análisis de los diagnósticos, exámenes, reportes y demás constancias o evidencias del tratamiento, para lo cual, desde el momento en que se expide este anexo, se extiende autorización expresa del asegurado para que los designados por la compañía revisen completamente el caso, inclusive con la practica de exámenes físicos o de laboratorio para los cuales el asegurado debe prestar toda su colaboración.

Todos los demás términos y condiciones de la póliza quedan sin alteración.

EN FE DE LO CUAL, se firma y sella el presente anexo en la ciudad de Guatemala, República de Guatemala, a 30 días del mes de enero del 2002.


APODERADO

TEXTO APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS, SEGÚN RESOLUCIÓN No. 251-82 DE FECHA 11 DE JUNIO DE 1982.

C

C

C

C

Empresa Guatemalteca CIGNA de Seguros, S.A.

6a. Ave. 20-25, Zona 10
Edif. Plaza Marítima 10o. Nivel
Apartado Postal 207
Guatemala, Guatemala, C.A.
Tel.: P.B.X. 3372285 / 3674416
Fax: (502) 3370121



ENDOSO NO. 4-2002

Para adherirse a y formar parte de la póliza del ramo de **ACCIDENTES PERSONALES AP-4682**, que la Empresa Guatemalteca CIGNA de Seguros, Sociedad Anónima emitió a favor de:

COLEGIO INTERAMERICANO

con vigencia desde 01 de enero del 2002

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PÓLIZA ARRIBA INDICADA CUBRE:

1. La muerte accidental o desmembramiento ocurrido como producto de un accidente aéreo, mientras el asegurado viaje como pasajero en una aeronave utilizada por una empresa comercial de transporte aéreo en itinerario regular para pasajeros legalmente autorizada, y con horario y tarifa establecidos.

Asimismo queda entendido y convenido que la póliza arriba indicada **NO CUBRE** cuando el asegurado maneje motocicleta, scooter u otro vehículo similar.

COLEGIO INTERAMERICANO



EMPRESA GUATEMALTECA CIGNA
DE SEGUROS, S.A.

Todos los demás términos y condiciones de esta póliza y/o de sus anexos y endosos quedan sin alteración.

EN FE DE LO CUAL, se firma y sella el presente endoso en la Ciudad de Guatemala, República de Guatemala, a 30 días del mes de enero del 2002.



C

C

C

C

ENDOSO 3-2002



Para adherirse a y formar parte de la póliza del ramo de **ACCIDENTES PERSONALES AP-4682**, que la Empresa Guatemalteca CIGNA de Seguros, Sociedad Anónima emitió a favor de:

COLEGIO INTERAMERICANO

con vigencia desde 01 de enero del 2002

SE HACE CONSTAR: Que los beneficiarios de este seguro en caso de fallecimiento del alumno asegurado a causa de accidente, serán los padres o quien ejerza la patria potestad.

1. Forma de pago: anual
2. A partir de la vigencia de la póliza se incluyen los siguientes beneficios **(SIN COSTO ADICIONAL)**:
 - a. Cobertura para el padre y la madre del alumno (a) con los siguientes montos (siempre que sean menores de 60 años de edad).

BENEFICIOS	SUMA ASEGURADA
-Muerte accidental	Q. 2.000.00
-Desmembramiento e incapacidad o invalidez permanente	2.000.00

- b. Cobertura para el Director (a) del colegio, bajo los mismos beneficios de los alumnos (siempre que sea menor de 60 años de edad).
 - c. Cobertura para un (a) maestro (a), a partir de 200 alumnos (1 maestro por cada 50 adicionales), bajo los mismos beneficios de los alumnos (siempre que sea menor de 70 años de edad).

COLEGIO INTERAMERICANO


EMPRESA GUATEMALTECA CIGNA
DE SEGUROS, S.A.

Todos los demás términos y condiciones de esta póliza y/o de sus anexos y endosos quedan sin alteración.

EN FE DE LO CUAL, se firma y sella el presente endoso en la Ciudad de Guatemala, República de Guatemala, a 30 días del mes de enero del 2002.





C

C

C

C



ANEXO 2-2002

Para adherirse a y formar parte de la póliza del ramo de **ACCIDENTES PERSONALES AP-4682**, que la Empresa Guatemalteca CIGNA de Seguros, Sociedad Anónima emitió a favor de:

COLEGIO INTERAMERICANO

con vigencia desde 01/01/2002 al 31/12/2002

SE HACE CONSTAR: Que mediante el pago de una extra prima, la cual está incluida en la prima a cobrar; la presente póliza se extiende a cubrir **"MUERTE Y LESIONES CORPORALES CAUSADAS POR ARMAS DE FUEGO, POR ESTRANGULACIÓN O ARMAS CONTUNDENTES O PUNZO CORTANTES.**

No obstante lo anterior, el seguro de Accidentes Personales no cubre en casos de conmociones civiles, insurrección, guerra declarada o no, o cualquier acto al que se puede atribuir tal condición.

Todos los demás términos y condiciones de esta póliza y/o de sus anexos y endosos quedan sin alteración.

EN FE DE LO CUAL, se firma y sella el presente anexo en la Ciudad de Guatemala, República de Guatemala a 30 días del mes de enero del 2002.

EMITIDO POR _____ AM _____

REVISADO POR _____

(

)

(

)

Empresa Guatemalteca CIGNA de Seguros, S.A.

6a. Ave. 20-25, Zona 10
Edif. Plaza Marítima 10o. Nivel
Apartado Postal 207
Guatemala, Guatemala, C.A.
Tel.: P.B.X. 3372285 / 3674416
Fax: (502) 3370121



ENDOSO No. 1-2002

Para adherirse a y formar parte de la póliza del ramo de **ACCIDENTES PERSONALES AP-4682**, que la empresa Guatemalteca **CIGNA** de Seguros, Sociedad Anónima emitió a favor de:

COLEGIO INTERAMERICANO

con vigencia desde el 01 de enero de 2002

SE HACE CONSTAR: Que la presente póliza ofrece los beneficios considerados bajo las cláusulas de la cobertura **AMPLIA**, por lo tanto, las estipulaciones referentes a la cobertura **BÁSICA**, quedan nulas y sin valor.

COLEGIO INTERAMERICANO



EMPRESA GUATEMALTECA CIGNA
DE SEGUROS, S.A.

Todos los demás términos y condiciones de esta póliza y/o sus anexos y endosos, quedan sin alteración.

EN FE DE LO CUAL, se firma y sella el presente endoso en la Ciudad de Guatemala, república de Guatemala, a 30 de enero de 2002.



C

C

C

C

Empresa Guatemalteca CIGNA de Seguros, S. A.

6a. Ave. 20-25, Zona 10 Edif. Plaza Marítima 10o. Nivel
Apartado Postal 207
Guatemala, Guatemala, C. A.
Tel.: P.B.X. 372285
Telex: 5204 CRUZUL-GU
Fax: (502-2) 370121



SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

Para adherir y formar parte de la Póliza Colectiva No. _____

Por la presente solicito a Empresa Guatemalteca CIGNA de Seguros, S. A., una póliza de Seguro Colectivo de Accidentes Personales, para lo cual se adjuntan los consentimientos respectivos de los integrantes del grupo.

a) Nombre completo del Solicitante COLEGIO INTERAMERICANO
Nombre con que se identificará el Grupo COLEGIO INTERAMERICANO
Dirección BLVD. LA MONTAÑA, FINCA EL SOCORRO, ZONA 16

b) Personas elegibles para el Seguro ALUMNOS Y PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO.

c) Beneficios MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRACION Y REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS.

d) Cobertura _____

e) Límites de Seguro y Prima Anual, por persona. Normas para determinar la Suma Asegurada DE ACUERDO A LISTADOS ADJUNTOS.

COBERTURA: _____ AMPLIA _____ O BASICA _____

Se otorgará el plan con cobertura de Accidentes producidos por armas de fuego, o contundentes, o punzocortantes:
SI _____ NO _____

PRIMA: _____ SIN CONTRIBUCION _____ CONTRIBUTIVA _____ %

SIN CONTRIBUCION: Es la prima que es cubierta íntegramente por el Contratante.

CONTRIBUTIVA: Es la prima que está cubierta por el Contratante y los miembros del Grupo Asegurado en la proporción estipulada arriba.

ANEXOS QUE SE ADHERIRAN A LA POLIZA: _____

TABLA DE BENEFICIOS

BENEFICIO	COBERTURA AMPLIA		COBERTURA BASICA	
	SUMA ASEGURADA	PRIMA	SUMA ASEGURADA	PRIMA
I MUERTE ACCIDENTAL	Q. 7,000.00	Q.	Q.	Q.
II DESMEMBRAMIENTO E INCAPACIDAD O INVALIDEZ PERMANENTE	Q.	Q.	Q.	Q.
III INDEMNIZACION SEMANAL A PARTIR DEL _____ DIA AL _____, O INCAPACIDAD TEMPORAL (indemnización diaria a partir del _____ día Q. _____)	Q.	Q.	Q.	Q.
IV GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE DEDUCIBLE Q. _____	Q. 7,000.00	Q.	Q.	Q.
V. ANEXOS _____				

UNICAMENTE SE OTORGARAN LOS BENEFICIOS QUE PROPORCIONA UNA DE LAS DOS COBERTURAS QUE SE INDICAN EN LA TABLA ANTERIOR.

- F. Procedimiento de Emisión y Declaraciones SEGUN LISTADOS
- g) Límites de Edad 3 A 70 AÑOS
- h) Especificaciones Adicionales _____

El contrato de Seguro Colectivo entrará en vigor al recibir el Solicitante la aceptación por parte de la Compañía, y desde esa fecha se le considerará Contratante del Seguro, en representación del Grupo Asegurado.

En fe de lo cual, se firma la presente solicitud, a los 25 días del mes de FEBRERO de mil novecientos DOS MIL DOS.

Firma del Solicitante _____

ACEPTACION DE LA COMPAÑIA: Fecha _____



Firma del Apoderado _____

Empresa Guatemalteca CIGNA de Seguros, S. A.

6a. Ave. 20-25, Zona 10 Edif. Plaza Maritima I. Nivel
Apartado Postal 207
Guatemala, Guatemala, C. A.
Tel: P.B.X. 372285
Telex: 5204 CRUZUL-GU
Fax: (502-2) 370121



SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

Para adherir y formar parte de la Póliza Colectiva No. _____

Por la presente solicito a Empresa Guatemalteca CIGNA de Seguros, S. A., una póliza de Seguro Colectivo de Accidentes Personales, para lo cual se adjuntan los consentimientos respectivos de los integrantes del grupo.

a) Nombre completo del Solicitante COLEGIO INTERAMERICANO

Nombre con que se identificará el Grupo COLEGIO INTERAMERICANO

Dirección BLVD. LA MONTAÑA, FINCA EL SOCORRO, ZONA 16

b) Personas elegibles para el Seguro ALUMNOS Y PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO.

c) Beneficios MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRACION Y REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS.

d) Cobertura _____

e) Límites de Seguro y Prima Anual, por persona. Normas para determinar la Suma Asegurada _____
DE ACUERDO A LISTADOS ADJUNTOS.

COBERTURA: AMPLIA _____ O BASICA _____

Se otorgará el plan con cobertura de Accidentes producidos por armas de fuego, o contundentes, o punzocortantes:
SI _____ NO _____

PRIMA: SIN CONTRIBUCION _____ CONTRIBUTIVA _____ %

SIN CONTRIBUCION: Es la prima que es cubierta íntegramente por el Contratante.

CONTRIBUTIVA: Es la prima que está cubierta por el Contratante y los miembros del Grupo Asegurado en la proporción estipulada arriba.

ANEXOS QUE SE ADHERIRAN A LA POLIZA: _____

ct

of

C

C

TABLA DE BENEFICIOS

BENEFICIO	COBERTURA AMPLIA		COBERTURA BASICA	
	SUMA ASEGURADA	PRIMA	SUMA ASEGURADA	PRIMA
I MUERTE ACCIDENTAL	Q. 7,000.00	Q.	Q.	Q.
II DESMEMBRAMIENTO E INCAPACIDAD O INVALIDEZ PERMANENTE	Q.	Q.	Q.	Q.
III INDEMNIZACION SEMANAL A PARTIR DEL _____ DIA AL _____, 0 INCAPACIDAD TEMPORAL (indemnización diaria a partir del _____ día Q. _____)	Q.	Q.	Q.	Q.
IV GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE DEDUCIBLE Q. _____	Q. 7,000.00	Q.	Q.	Q.
V. ANEXOS _____				

UNICAMENTE SE OTORGARAN LOS BENEFICIOS QUE PROPORCIONA UNA DE LAS DOS COBERTURAS QUE SE INDICAN EN LA TABLA ANTERIOR.

- F. Procedimiento de Emisión y Declaraciones SEGUN LISTADOS
-
- g) Límites de Edad 3 a 70 AÑOS
- h) Especificaciones Adicionales _____
-

El contrato de Seguro Colectivo entrará en vigor al recibir el Solicitante la aceptación por parte de la Compañía, y desde esa fecha se le considerará Contratante del Seguro, en representación del Grupo Asegurado.

En fe de lo cual, se firma la presente solicitud, a los 25 días del mes de FEBRERO de ~~mil novecientos~~ DOS MIL DOS.

Firma del Solicitante _____

ACEPTACION DE LA COMPAÑIA: Fecha _____

Firma del Apoderado _____

cc

cc

C

C

**ANEXO 01-2014/2015
 RENOVIACIÓN**

Para adherirse a la póliza del ramo de AP No. VCAP-4682, que MAPFRE I Seguros Guatemala, S.A. emitió a favor de:

COLEGIO INTERAMERICANO

SE HACE CONSTAR: Por medio del presente anexo se procede a renovar la póliza arriba indicada, a partir del 01 de agosto del 2014.

LAS NORMAS PARA ESTA RENOVIACIÓN SON:

1. Serán elegibles para este seguro, todos los alumnos inscritos en el colegio y que hayan cancelado su cuota anual, menores de 19 años de edad.
2. El pago del seguro es contributivo y obligatorio para todos los alumnos del colegio.
3. Por bajas de asegurados no se hará devolución de primas, ni compensación de nuevos ingresos.
4. El cuadro de beneficios es el siguiente:

BENEFICIOS	COBERTURAS
Muerte Accidental	
Muerte accidental	Q 25,000.00
Desmembramiento Accidental	Q 25,000.00
Incapacidad Total o Invalidez permanente por accidente	Q 25,000.00
Agresión	No Cubierta
Muerte Accidental Madre (siempre que sea menor a 60 años)	Q2,500.00
Muerte Accidental Padre (siempre que sea menor a 60 años)	Q2,500.00
Máximo Indemnizaciones por alumnos inscritos por muerte de padre o madre	1
Cobertura Director	Si aplica
Cobertura Maestros	Si aplica
Gastos Médicos por Accidente	
Gastos médicos por Accidente anual (máximo 2 reinstalaciones por año)	Q 25,000.00
Deducible reembolso convencional	Sin Deducible
Renta Diaria por Hospitalización (máximo 62 días)	Q 100.00
Cobertura Director	Q 25,000.00
Cobertura para maestros	Q 25,000.00
Tipo de cobertura para Director y Personal Docente	Completa
Forma de Pago de prima	Anual
Pago Directo	No aplica
Prima Neta Anual	Q 212.59
Gastos de Emisión	Q 10.63
I.V.A.	Q 26.79
Prima Total Anual	Q 250.00

3. Los beneficios de este seguro en caso de fallecimiento del alumno asegurado a causa de un accidente, serán los padres o quien ejerza la patria potestad.

C

C

4. Forma de pago: **ANUAL**
5. La póliza cubre la muerte accidental o desmembramiento ocurrido como producto de un accidente, mientras viaje como pasajero en una aeronave utilizada por una empresa comercial de transporte aéreo en itinerario regular para pasajeros legalmente autorizada y con horario y tarifa establecida.
6. Sin recargo de extra prima esta póliza se extiende a cubrir al asegurado que sufra accidente, mientras viaje como pasajero (no conductor) de una motocicleta.
7. La presente póliza **NO CUBRE**, la muerte y lesiones corporales causadas por armas de fuego, estrangulación o armas contundentes o punzo cortantes, sin embargo en relación a la cobertura de gastos médicos cubre las lesiones corporales, descritas en el presente endoso, siempre y cuando el asegurado no participe en motines, huelgas, riñas o cometiendo algún asalto o delito. No obstante lo anterior no cubre en casos de conmociones civiles, insurrección, guerra declarada o no, o cualquier acto al que se puede atribuir tal condición.
8. Beneficios adicionales (**SIN COSTO**):
 - a. Cobertura para el padre y la madre del alumno (a), siempre que sean menores de 60 años de edad).

La cobertura por fallecimiento accidental otorgado a los padres del alumno, sin costo alguno, será pagada por padre y madre de familia, es decir una sola vez, no importando el número de hijos asegurados. Se hace la aclaración que en caso de fallecimiento de ambos padres, se pagará la suma asegurada por cada uno de ellos al tutor o quien ejerza la patria potestad de los niños.

BENEFICIOS	SUMA ASEGURADA (PADRE Y MADRE)
Muerte Accidental	Q.2, 500.00
Desmembramiento e Incapacidad ó Invalidez Permanente	Q.2, 500.00

- b. Cobertura para el Director (a) de colegio, bajo los mismos beneficios de los alumnos (siempre que sea menor de 60 años de edad)
- c. Cobertura para un (a) maestro (a), a partir de 200 alumnos, (1 maestro por cada 50 adicionales), bajo los mismos beneficios de los alumnos (siempre que sean menores de 60 años de edad) que se encuentren reportados en el registro de asegurados.

CONDICIONES PARTICULARES PARA EL PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO

- Reembolso Convencional
- Cobertura 24 horas los 365 días del año, al personal docente y administrativo con una suma asegurada de Q.25,000.00

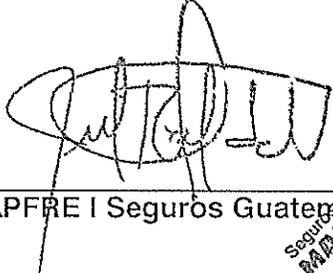


Así mismo queda entendido y convenido que la cláusula décima de las condiciones de la póliza, Exclusiones inciso I debe leerse:

Lesiones sufridas mientras el asegurado participe en atletismo o competencias deportivas profesionales o semiprofesionales: esquí, acuático, polo, pesca en alta mar, rodeo, rugby o boxeo, motocross, surf, rafting, buceo, bonggie y cualquier deporte extremo, a menos que se especifique lo contrario por medio de un endoso.

11. Para el programa de Accidentes Personales Escolar, los asegurados tendrán derecho a reinstalar la suma asegurada cuando esta se encuentre agotada por un accidente, siempre y cuando cancelen la prima correspondiente (máximo 2 reinstalaciones por año).

Colegio Interamericano



MAPFRE | Seguros Guatemala, S.A.

Seguros
MAPFRE | GUATEMALA

Todos los demás términos, condiciones, endosos y anexos de esta póliza quedan sin alteración.

EN FE DE LO CUAL, se firma y sella el presente endoso, en la Ciudad de Guatemala, República de Guatemala, a los 01 días del mes de Agosto de 2014.

