

MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. que en adelante se le denominará “La Aseguradora”, con el objeto de celebrar el contrato de seguro conteniendo las siguientes condiciones:

## **CONDICIONES GENERALES**

### **PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES (PLAN DE COMERCIALIZACIÓN MASIVA)**

#### **CLÁUSULA PRIMERA – DEL CONTRATO**

Al presente contrato de seguro, le son aplicables las disposiciones de la Ley de la Actividad Aseguradora y el Código de Comercio de Guatemala relacionadas con el contrato de seguro, las que prevalecerán sobre el contenido de las presentes Condiciones Generales.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA – DEFINICIONES**

Para los efectos de la correcta interpretación y aplicación del presente Contrato de Seguro, se establecen las definiciones siguientes:

**Accidente:** Todo suceso súbito e imprevisto que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que ponga en peligro la integridad y salud del mismo, que ocurra dentro del periodo de vigencia del Plan contratado y que ocasione en el asegurado una lesión corporal.

También se consideran como accidentes la asfixia por ingestión de materias líquidas o sólidas no alimenticias y las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos causados por un accidente cubierto por la póliza.

**Anexo:** Es el documento que se adhiere a una póliza de seguro en el que se modifican las condiciones generales y/o adicionan coberturas al plan de seguro.

**Asegurado:** Es aquella persona que obtiene el beneficio de la cobertura del plan contratado.

**Asegurado Dependiente:** Se entenderá únicamente al cónyuge e hijos del asegurado titular.

**Beneficiario:** Persona o personas designadas por el asegurado para hacer efectivo el cobro de la indemnización de la póliza.

**Contratante o Tomador:** Persona individual o jurídica que celebra el contrato de seguro para sí o para terceros y es el responsable del pago de la prima.

**Fortuito:** Suceso por lo común dañoso, que acontece por azar, sin poder imputar a nadie su origen.

**Deducible:** Cantidad o porcentaje establecido en la póliza cuyo importe ha de superarse para que se pague una reclamación. Si el importe de la reclamación es inferior al deducible, ese importe correrá por completo a cargo del Asegurado; en una pérdida que sea procedente, si es superior, La Aseguradora solo indemnizará el exceso de aquél.

**Muerte Accidental:** Fallecimiento del asegurado que se produce a consecuencia directa de un Accidente.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1633 del 2019, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

**Período de Cobertura:** la cobertura de este seguro iniciará:

(a) En la fecha que se indica como inicio de vigencia en la carátula de la presente póliza.

De igual manera, la cobertura cesará:

(b) En la fecha que se indica como fin de vigencia en la carátula de la presente póliza.

**Plan Contratado:** Se refiere al conjunto de coberturas y beneficios que el Asegurado ha escogido y que constan en la carátula de la póliza.

**Plan individual:** Se refiere al que brinda cobertura únicamente al asegurado titular.

**Plan Familiar:** Se refiere al que brinda cobertura al asegurado titular de la póliza, pudiendo extenderse a cubrir a su cónyuge y un máximo de dos hijos dependientes del mismo.

### **CLÁUSULA TERCERA – COBERTURA**

La Aseguradora se obliga a indemnizar al Asegurado todas las pérdidas cubiertas bajo la cobertura otorgada, con limitación a la suma asegurada indicada en el cuadro de coberturas de la carátula de la presente póliza.

Al otorgar la cobertura al Asegurado, la Aseguradora se ha basado en las declaraciones materiales y los detalles contenidos en la solicitud de seguro y otra información proporcionada al comercializador masivo. Estas declaraciones e información constituyen la base de la cobertura.

### **MUERTE ACCIDENTAL:**

En caso de pérdida de la vida del asegurado a causa de un accidente cubierto por la presente póliza, la Aseguradora indemnizará a los beneficiarios designados por el asegurado, el monto de seguro contratado para esta cobertura y consignado en la carátula de la póliza.

### **GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE:**

La Aseguradora reembolsará los gastos a cargo del asegurado por concepto de asistencia médica, quirúrgica, servicio de enfermeras graduadas y ambulancia, así como los gastos de hospitalización, que requieran las lesiones sufridas por el asegurado a causa de un accidente cubierto por la Póliza, durante el primer año de ocurrido el accidente y con limitación de la suma asegurada para este concepto.

Los gastos de curación deben ser proporcionados y diligentemente encaminados a producir la curación del asegurado, quien no debe abusar del margen de confianza concedida por la Aseguradora. El médico que atienda la curación deberá ser aceptado por la Aseguradora, la cual podrá rechazarlo únicamente si existieren motivos razonables para ello, o si fuere necesario la intervención de un especialista.

Los gastos de curación absorbidos o a cargo de otras instituciones o Aseguradoras, no serán indemnizados bajo esta Póliza, la cual tiene carácter de complementaria, salvo que exista otra póliza también de carácter complementario amparando los gastos de curación, en cuyo caso la

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1633 del 2019, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Aseguradora estará obligada a pagar los gastos de curación proporcionalmente a la cantidad garantizada por ella.

#### **CLÁUSULA CUARTA - EXCLUSIONES GENERALES**

El seguro a que se refiere esta Póliza no cubre la muerte ni las lesiones o cualquier otra pérdida causada directa o indirectamente, en todo o en parte por:

1. Las lesiones corporales o la muerte causada por armas de fuego o armas contundentes o punzo cortantes.
2. Las enfermedades de cualquier clase y naturaleza (incluso las profesionales), lumbago, ciáticas, esguinces y desgarres musculares, a menos que se pruebe de una manera fehaciente que son consecuencia directa de un accidente cubierto; las lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una enfermedad o estado morbosos (vahídos, desvanecimientos y síncope, ataques de apoplejía, epilepsia o epileptiformes, roturas de aneurisma, várices, etcétera) y las hernias de cualquier clase que sean, ni sus agravaciones.
3. Las insolaciones, congelaciones, congestión y otros efectos de la temperatura o presión atmosférica, salvo que el asegurado esté expuesto a ellas por consecuencia de un accidente cubierto por el seguro.
4. Los envenenamientos y las infecciones de carácter general, como la malaria, la fiebre intercurrente, el tifus exantemático, la enfermedad del sueño, la fiebre amarilla.
5. Los que sobrevengan al asegurado en estado de perturbación mental, de embriaguez o sonambulismo.
6. Los accidentes causados o provocados intencionalmente por el asegurado o por el beneficiario de la Póliza.
7. El suicidio, intentado, frustrado o consumado del asegurado, (esté o no en su sano juicio).
8. Las lesiones que el asegurado se cause a sí mismo, como resultado de prácticas higiénicas en su persona (como arreglo de uñas, extirpación de callos, etcétera), así como las consecuencias de operaciones quirúrgicas y las irradiaciones de cualquier clase que no hayan sido motivadas por el tratamiento de un accidente cubierto; las lesiones producidas por Rayos X, ni las consecuencias de la acción repetida de los mismos u otros, y los de radio o cualquier materia radioactiva.
9. Las consecuencias de los accidentes sufridos por el asegurado debido a actos de imprudencia, temeridad o negligencia grave, tomando parte en carreras de velocidad o resistencia en apuestas y en concursos de cualquier naturaleza, en ascensores y viajes aeronáuticos de toda clase, paracaidismo, navegación submarina, boxeo o cualquier clase de lucha personal, acoso, derribo y encierro de reses bravas, y en general todo acto notoriamente peligroso o delictivo.
10. Los que ocurran como consecuencia de guerra, levantamiento de fuerzas armadas, revolución, sedición, motín o desorden público y huelgas; duelos, desafíos y riñas, salvo en caso plenamente probado de legítima defensa.
11. Los que ocurran mientras el asegurado esté sirviendo en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional, ya sea en tiempo de paz o guerra, y en el caso de que el Asegurado entrare en tal servicio, la Aseguradora, a solicitud del asegurado, devolverá la prima a prorrata que corresponde por cualquier período en que el asegurado preste dicho servicio durante la vigencia de este seguro.
12. Los que ocurran como consecuencia de contacto de reactores nucleares, su instalación, edificios que los contienen, accesorios y todos los bienes contenidos en éstos; así también, los contactos

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1633 del 2019, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

con instalaciones para la fabricación de toda clase de elementos combustibles o para almacenamiento o procesamiento de material fisible, o para el procesamiento, la recuperación, la separación química, el almacenamiento o la eliminación de combustible nuclear o de residuos nucleares, y/o el contacto con cualquier otra instalación definida por la legislación local o por disposiciones gubernamentales como instalación nuclear.

#### **CLÁUSULA QUINTA - PERSONAS NO ASEGURABLES**

No son asegurables y en su caso quedarán excluidas del seguro las personas afectadas de enfermedades o defectos graves como la ceguera, sordera, parálisis, apoplejías, diabetes, hemofilia, tuberculosis, sífilis, personas alcohólicas o dadas al uso de drogas y las que hayan sufrido ataques de delirium tremens o de enajenación mental.

De presentarse cualquiera de estas enfermedades en el transcurso del seguro, la póliza se considerará anulada desde la fecha en que se reciba el aviso de la enfermedad hasta el vencimiento de la prima.

Si una enfermedad anterior o posterior al accidente agravara las consecuencias de éste, se indemnizarán solamente las consecuencias que hubiera probablemente tenido tal accidente sin la influencia agravante de la enfermedad, estado morbosos, o defecto.

#### **CLÁUSULA SEXTA – LÍMITES DE EDAD Y EDAD INEXACTA**

El asegurado no debe ser menor de (18) años de edad, ni mayor de sesenta (60) años de edad, al momento de solicitar el seguro.

La edad máxima para permanecer cubierto por el seguro es de sesenta y cinco años (65).

No son asegurables las personas mayores de 65 años de edad. Si la póliza se hubiere renovado anualmente, se considerará cancelada al terminar el período de seguro dentro del cual hubiere cumplido el asegurado los 65 años de edad.

En el caso de declaración inexacta en la edad del Asegurado, la Aseguradora sólo podrá dar por terminado el Contrato, si la edad real estuviere fuera de los límites de admisión fijados por la Aseguradora.

Si la edad real del Asegurado estuviere dentro de los límites de admisión fijados por la Aseguradora únicamente se procederá a registrar la corrección en los registros de la Aseguradora.

Si la edad del Asegurado estuviera fuera de los límites de elegibilidad de la Aseguradora se procederá a la devolución de la prima no devengada.

En los casos anteriores se aplicarán las tarifas que hubieran estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato.

### **CLÁUSULA SÉPTIMA – OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO**

El asegurado deberá dar aviso por escrito a la Aseguradora, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha del accidente, de cualquier lesión cubierta bajo la presente Póliza. En caso de muerte accidental del asegurado, el beneficiario o su representante legal, deberán dar aviso inmediato de la misma a la Aseguradora.

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 Aseguradora inmediatamente sea posible.

Al recibir el aviso del accidente, la Aseguradora suministrará al reclamante los formularios que tiene en uso para la presentación de las pruebas de las pérdidas sufridas. En caso de que la Aseguradora por alguna circunstancia, no proporcionare las mencionadas formas dentro de los quince (15) días de haber recibido el aviso, bastará que el asegurado, su beneficiario o los representantes legales respectivos, presenten su reclamación por medio de carta a la que acompañarán las pruebas correspondientes relativas al acontecimiento, así como a la naturaleza y extensión de la pérdida.

La Aseguradora tendrá derecho y la oportunidad de examinar al asegurado cuando lo crea necesario y tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentre pendiente de cualquier reclamación.

De ser necesario y después de analizar la documentación presentada, La Aseguradora podrá requerir información adicional complementaria que estime conveniente. El asegurado podrá enviar esta información vía correo electrónico a la dirección de la Aseguradora: [\\_\\_\\_\\_\\_@mapfre.com.gt](mailto:_____@mapfre.com.gt) (dirección por definirse) o presentarla directamente en las oficinas administrativas de la Aseguradora ubicadas en la siguiente dirección: *Avenida La Reforma 9-55 Edificio Reforma 10, Zona 10, Guatemala, C.A. Oficina 105 – Atención a Clientes* o presentarla directamente en las oficinas del comercializador masivo.

### **CLÁUSULA OCTAVA - LIMITE DE RESPONSABILIDAD**

El monto máximo por evento que indemnizará la Aseguradora a un Asegurado por la totalidad de las pérdidas que resulten de una reclamación durante el Período de la Cobertura es el de la Suma Asegurada que se indica en el cuadro de coberturas de la carátula de la póliza. Todas las pérdidas resultantes de reclamaciones continuadas, repetidas o relacionadas serán tratadas como un solo evento inicial.

En caso de siniestro cubierto por esta póliza, la suma asegurada quedará reducida automáticamente desde el acaecimiento del siniestro.

### **CLÁUSULA NOVENA - DEDUCIBLE**

Cualquier indemnización bajo esta póliza, estará sujeta, como condición precedente, a la aplicación del Deducible en la forma que se especifica en las Carátula de la Póliza y que siempre quedará a cargo del Asegurado.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA – OTROS SEGUROS**

Si el Asegurado posee otros seguros, que amparen su responsabilidad cubierta por esta póliza, la Aseguradora solo estará obligada al pago de una proporción de la pérdida no mayor que la que guarde el límite de responsabilidad aplicable señalado en la carátula de la póliza, con el límite total de responsabilidad de todos los seguros válidos y cobrables que amparen la misma pérdida.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA – TERMINACIÓN ANTICIPADA**

Este contrato podrá darse por terminado anticipadamente mediante notificación por escrito con quince (15) días calendario de antelación a la fecha en que se pretenda cesar sus efectos. La Póliza terminará a las doce horas (12hrs.) meridiano (medio día) del día señalado.

Cuando el Asegurado lo dé por terminado, la Aseguradora tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor devolviendo al asegurado la prima no devengada de la póliza surtiendo efecto la terminación en la fecha que sea presentada la notificación por parte del asegurado.

Cuando la Aseguradora lo de por terminado, lo hará mediante notificación fehaciente al Asegurado surtiendo efecto la terminación del seguro después de quince (15) días de practicada la notificación. La Aseguradora realizará la devolución de la prima no devengada de la póliza que se encuentre vigente a la fecha de terminación, siempre y cuando no haya tenido ni un solo siniestro, surtiendo efecto la terminación del seguro después de quince (15) días de practicada la notificación.

La Aseguradora podrá cancelar la póliza sin devolución de prima, una vez realizada indemnización al Asegurado derivada de la activación de alguna cobertura de su póliza de Seguro.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - SUBROGACIÓN**

En caso de pago de una indemnización cubierta por la presente póliza, la Aseguradora podrá subrogarse en los términos establecidos en el artículo 937 del Código de Comercio, en los derechos del Asegurado contra las personas responsables del siniestro, diferentes de las personas, entidades o empresas obligadas al pago de las cuentas provenientes por uso de tarjetas otorgadas por el Contratante, siempre y cuando tales personas, entidades o empresas no sean culpables de fraude o de negligencia.

El Asegurado a petición de la Aseguradora, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle a la Aseguradora el ejercicio de los derechos derivados de la subrogación.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA - PRESCRIPCIÓN**

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en dos (2) años, contados en los términos del artículo 916 del Código de Comercio, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA – PROCEDIMIENTO PARA RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS**

Las controversias entre las partes que surjan a consecuencia de reclamaciones o de la interpretación de las cláusulas del presente contrato, deberán ser resueltas por ambas partes a través del proceso de conciliación. Si no se llega a un acuerdo, la controversia será dirimida en los Tribunales de la Ciudad de Guatemala, República de Guatemala, **renunciando las partes al fuero de sus domicilios.**

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - MONEDA**

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

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - BENEFICIARIO**

1. La designación de beneficiario o beneficiarios la hará el Asegurado por escrito, en la Solicitud de Seguro o en cualquier otra comunicación como se establece en el numeral 2 de esta cláusula. Cuando sean designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio es por partes iguales. Si un beneficiario hubiese fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado, la asignación correspondiente del seguro aumentará la de los demás beneficiarios, si los hubiere, en la proporción de sus propias asignaciones. Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al Asegurado, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado se tendrá por designado a los herederos instituidos. Si no se fija una proporción, el beneficio se distribuirá conforme las cuotas hereditarias. Cuando el Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos legales.
2. El asegurado podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario o beneficiarios por él designados, salvo que la designación sea de carácter irrevocable. El cambio de beneficiario surtirá efecto frente a la Aseguradora, si el Asegurado envía a la Aseguradora por escrito y presenta la póliza para que se efectúe en ella la anotación correspondiente. Si el cambio no hubiera llegado a ser registrado por la Aseguradora en la póliza, en caso de fallecimiento del Asegurado el pago se hará a los beneficiarios designados según la última anotación de la póliza.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA - LUGAR Y PAGO DE INDEMNIZACIÓN**

La Aseguradora hará el pago de la indemnización en sus oficinas o a través del comercializador masivo en el curso de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA - NOTIFICACIONES**

Toda notificación entre la Aseguradora o el comercializador masivo y el asegurado deberá hacerse por escrito a los últimos domicilios registrados en la póliza, y es obligación de las partes notificar cualquier cambio de domicilio durante la vigencia de la misma.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA - DISPOSICIONES LEGALES**

En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquel en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.

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

La presente póliza es ley entre las partes. En las materias y puntos no previstos y resueltos en este contrato tendrán aplicación las disposiciones contenidas en las leyes de la República de Guatemala.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA - DOMICILIO**

Sin perjuicio de las disposiciones procesales indicadas en la cláusula décima segunda, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes, la República de Guatemala.

#### **CLAUSULA VIGÉSIMA PRIMERA - PAGO DE PRIMA Y PERIODO DE GRACIA**

El Asegurado es responsable del pago puntual de la prima. La prima es pagadera en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza. El Comercializador Masivo podrá cobrar la prima concepto de seguro. El Asegurado es responsable del pago sin necesidad de requerimiento previo por parte de la Aseguradora o del comercializador masivo.

Si el pago de la prima no es recibido en la fecha de pago, la Aseguradora concederá un período de gracia de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha en que debió efectuarse el pago. Si la prima no es recibida por la Aseguradora o por el comercializador masivo antes de que termine el período de gracia, esta póliza y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha original del vencimiento del pago de la prima. En este último caso, ningún beneficio será proporcionado durante el período de gracia.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES**

La omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 880 y 881 del Código de Comercio, dan derecho al asegurador para terminar el contrato de seguro.

El asegurador, dentro del mes siguiente a aquel en que conozca la omisión o inexacta declaración, notificará al asegurado que da por terminado el contrato; transcurrido este plazo sin que se haga tal notificación, el asegurador perderá el derecho de invocarla.

El asegurador tendrá derecho, a título de indemnización, a las primas correspondientes al período de seguro en curso; pero si da por terminado el seguro antes de que haya comenzado a correr el riesgo, su derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.

Las omisiones o inexactas declaraciones del solicitante del seguro, diversas de las referentes a la edad del asegurado, dan derecho al asegurador para dar por terminado el contrato; pero dicho derecho caduca, si la póliza ha estado en vigor, en vida del asegurado, durante dos años a contar de la fecha de su perfeccionamiento o de la última rehabilitación.

#### **CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA – REHABILITACIÓN**

Cuando los efectos del contrato hubieren cesado por falta de pago de la prima, la Aseguradora se obliga dentro del plazo de duración de esta póliza a rehabilitarla en cualquier tiempo, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1633 del 2019, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



1. Que el asegurado lo solicite por escrito a la Aseguradora.
2. Que no haya transcurrido un plazo máximo de 6 meses a partir de la última fecha de prima vencida.
3. Que la suma asegurada de las coberturas no se haya consumido por completo por siniestros presentados por parte del asegurado.
4. Evidencia de asegurabilidad del Asegurado que sea recibida a satisfacción de la Aseguradora, para rehabilitar la póliza.
5. Que pague todas las primas vencidas hasta la fecha de rehabilitación.

En consideración al estado de salud del Asegurado al solicitar la rehabilitación, la Aseguradora tendrá la facultad de negar la rehabilitación o convenir condiciones distintas a las estipuladas en la póliza a la fecha en que se produjo la caducidad. El asegurado debe estar con vida cuando las primas hayan sido recibidas a satisfacción por la Aseguradora para rehabilitar la póliza.

f) \_\_\_\_\_  
**Representante Legal**  
**MAPFRE | Seguros Guatemala, S. A.**