

## INFORMACIÓN DE PLANES DE SEGUROS

- 1. RAMO DE SEGUROS:  
VIDA COLECTIVO.**
- 2. TIPO DE PLAN: COLECTIVO.**
- 3. FORMA DE COMERCIALIZACIÓN:  
Por Intermediarios.**
- 4. NOMBRE DEL PLAN:**

### **SEGURO DE VIDA COLECTIVO**

Resolución No. 985-2013 de fecha 1 de octubre de 2013.

- 5. DESCRIPCIÓN DEL SEGURO:**

Cubre por el fallecimiento del Asegurado, el valor contratado. El seguro se realiza mediante la aceptación del mismo por parte del CONTRATANTE del Grupo, con el consentimiento de cada participante. El Seguro puede ser contratado con los anexos de de Accidentes, Invalidez, Enfermedades graves. El texto aprobado de la póliza y sus anexos aparecen a continuación:

# SUPERINTENDENCIA DE BANCOS

GUATEMALA, C.A.

RESOLUCIÓN NÚMERO 985-2013. Guatemala, uno de octubre de dos mil trece.

REF.: BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA, S. A. Solicita el registro de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo.

Vista para resolver la solicitud de BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S. A., tramitada en el expediente número 1968-2013, relacionada con el registro de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo, para lo cual adjuntó los documentos siguientes: **a)** Solicitud de Seguro; **b)** Carátula; **c)** Condiciones Generales; **d)** Consentimiento Individual; **e)** Certificado Individual; **f)** Registro de Asegurados; **g)** Anexo I Muerte Accidental o Pérdida de Miembros Causada por Accidente; **h)** Anexo II Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad; **i)** Anexo III Cobertura de Agresión; **j)** Anexo IV Muerte Accidental en Transporte Público; **k)** Anexo V Muerte Accidental en, o Causada por Transporte Privado; **l)** Anexo VI Indemnización por Invalidez Total y Permanente; **m)** Anexo VII Renta Mensual a Menores de Edad; **n)** Anexo VIII Enfermedades Graves; **ñ)** Bases Técnicas; **y,** **o)** Dictamen Jurídico.-----

**CONSIDERANDO:** Que el artículo 36 de la Ley de la Actividad Aseguradora, establece que las aseguradoras deberán presentar ante la Superintendencia de Bancos los textos de los planes de seguros y sus bases técnicas para registro, previo a su utilización.-----

**CONSIDERANDO:** Que el Acuerdo Número 3-2011 del Superintendente de Bancos establece, en lo pertinente, que las aseguradoras, previo a utilizar sus pólizas de seguros, deberán presentar a la Superintendencia de Bancos la solicitud de registro de los planes de seguros y, adjuntar a la misma, la documentación mínima que en el citado Acuerdo se indica.-----

**CONSIDERANDO:** Que del estudio de la documentación presentada se determinaron observaciones que se dieron a conocer a BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S. A., por lo que presentó la versión final de la documentación con las modificaciones incorporadas; asimismo, se estableció que la aseguradora cumplió con el Acuerdo Número 3-2011 antes mencionado, por lo que procede acceder a lo solicitado.-----



A handwritten signature in black ink, located below the official stamp.

# SUPERINTENDENCIA DE BANCOS

GUATEMALA, C.A.

RESOLUCIÓN No. 985-2013

Hoja No. 2

**POR TANTO:** Con base en lo considerado, en lo dispuesto en el artículo 3, incisos a), o) y w), de la Ley de Supervisión Financiera, en el artículo 36 de la Ley de la Actividad Aseguradora y en el Acuerdo Número 3-2011 del Superintendente de Bancos, la Superintendencia de Bancos, **RESUELVE:**-----

**PRIMERO:** Otorgar a BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S. A., conforme anexo a la presente resolución, el registro de la Póliza de Seguro de Vida Colectivo, compuesta por los documentos siguientes: **a)** Solicitud de Seguro; **b)** Carátula; **c)** Condiciones Generales; **d)** Consentimiento Individual; **e)** Certificado Individual; **f)** Registro de Asegurados; **g)** Anexo I Muerte Accidental o Pérdida de Miembros Causada por Accidente; **h)** Anexo II Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad; **i)** Anexo III Cobertura de Agresión; **j)** Anexo IV Muerte Accidental en Transporte Público; **k)** Anexo V Muerte Accidental en, o Causada por Transporte Privado; **l)** Anexo VI Indemnización por Invalidez Total y Permanente; **m)** Anexo VII Renta Mensual a Menores de Edad; **n)** Anexo VIII Enfermedades Graves; y, **ñ)** Bases Técnicas.-----

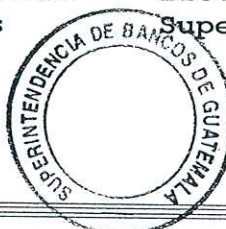
**SEGUNDO:** Hacer saber a BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S. A., que: **a)** La vigencia de los textos y de las bases técnicas, cuyo registro se otorga en esta oportunidad, es a partir de la fecha de la presente resolución; y, **b)** Los textos que se entreguen a los asegurados deberán estar impresos con tipo de letra arial u otro similar que garantice su legibilidad y, como mínimo, tamaño once (11); además, deberá dejar constancia en dichos textos del número y fecha de la resolución por medio de la cual se otorgó el registro.-----

Notifíquese; trasládese al Departamento Financiero y de Servicios para el registro correspondiente; asimismo, trasládese copia al Departamento de Supervisión de Riesgos de Seguros y Otros para su conocimiento; y, cuando proceda, archívese.-----

Lic. Hugo R. Oroxóm Mérida  
Intendente de Estudios  
y Tecnología

jcpg/vmfp

Lic. Ramón Benjamín Tobar Morales  
Superintendente de Bancos



## SOLICITUD DE SEGURO PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO

Por medio de la presente solicito a BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA, S.A., una póliza de Vida Colectivo, para lo cual acompaño los consentimientos respectivos de los integrantes del Grupo Asegurable, dando a continuación los datos que me identifican como Contratante:

1. Nombre del Contratante: \_\_\_\_\_
2. Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_
3. Actividades principales: \_\_\_\_\_
4. Cobertura Básica: \_\_\_\_\_ Suma Asegurada: \_\_\_\_\_
5. Anexos: \_\_\_\_\_ Sumas Aseguradas: \_\_\_\_\_
6. Descripción del Grupo Asegurable: \_\_\_\_\_
7. Vínculo o interés común con el Grupo Asegurable: \_\_\_\_\_
8. Vigencia a partir del: \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.
9. La prima es:  
a)  Sin Contribución  
b)  Con Contribución, pagando los integrantes del grupo el \_\_\_\_\_% de la prima.
10. Forma de pago de la prima (anual, semestral, trimestral, mensual): \_\_\_\_\_

Se firma la presente solicitud en la ciudad de Guatemala, a \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INTERMEDIARIO

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según resolución No. \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_

## CARÁTULA PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO

### DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre:

Dirección:

Número de Teléfono:

NIT:

Actividad:

La prima es:

a)  Sin Contribución

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

Prima Inicial:

Fecha de Pago:

Forma de pago de la prima (anual, semestral, trimestral, mensual):

### DESCRIPCIÓN DEL GRUPO ASEGURADO

### COBERTURA BÁSICA Y ANEXOS

Coberturas	Suma Asegurada	Prima Anual por Asegurado	Edad límite
------------	----------------	---------------------------	-------------

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA			FECHA DE FIN DE VIGENCIA		
D	M	A	D	M	A

BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA S. A., con domicilio en la ciudad de Guatemala, pagará las sumas aseguradas conforme a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza y en los Anexos que forman parte de la misma. La Póliza entra en vigor en la fecha de inicio arriba indicada. Las primas son pagaderas por el Contratante según la Forma de Pago contratada.

En testimonio de lo cual se firma la presente Póliza en la Ciudad de Guatemala, a los \_\_\_\_\_ días del mes

de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA, S.A.**

\_\_\_\_\_  
REPRESENTANTE LEGAL

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según resolución No. \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_

## CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO

### CLÁUSULA 1. CONTRATO

Estas Condiciones Generales, la Solicitud, la Carátula, el Consentimiento del Asegurado, el Certificado Individual, el Registro de Asegurados, los Anexos que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen previa aceptación del Asegurado, constituyen el Contrato entre el Contratante, el Asegurado y BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S.A. (en adelante denominada la Compañía).

### CLÁUSULA 2. ESTIPULACIÓN LEGAL

El Contratante y el Asegurado al recibir esta Póliza y el Certificado Individual, respectivamente, deben cerciorarse que concuerden con la solicitud y el Consentimiento Individual presentados a la Compañía, para los efectos de los primeros párrafos del artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala que indican textualmente: *"En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación. Si dentro de los quince días siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último"*.

Queda entendido y convenido que esta Póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República de Guatemala.

### CLÁUSULA 3. DEFINICIONES

Para efectos de esta Póliza, se entiende por:

**ACCIDENTE:** A todo acto o hecho ocurrido al Asegurado de forma involuntaria independientemente de cualquier otra causa, por la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, que le produzca lesiones corporales o la muerte. No se considera accidente cualquier lesión corporal o daño provocado intencionalmente por el propio Asegurado. Todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un accidente, se considerarán como un sólo evento.

**ANEXO:** Al documento que, previo acuerdo entre las partes, forma parte del Contrato de seguro, modificando y/o adicionando sus Condiciones Generales.

**ASEGURADO:** A la persona individual que a solicitud del Contratante queda cubierta por este seguro colectivo.

**CERTIFICADO INDIVIDUAL** Es el documento que se emite a favor de la persona individual que se adhiere al seguro colectivo y que contiene las principales condiciones generales de la póliza de seguro y las condiciones particulares del Asegurado.

**CONTRATANTE:** A la persona individual o jurídica capaz de celebrar la contratación de la póliza con el consentimiento de los componentes del grupo asegurado.

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

**GRUPO ASEGURABLE:** Al conjunto de personas individuales que tienen un vínculo o interés en común con el contratante, independiente de la celebración del Contrato de seguro.

**PAGO CON CONTRIBUCIÓN:** A la prima que paga el Contratante y los miembros del Grupo Asegurado, en la proporción estipulada en la Carátula de la Póliza.

**PAGO SIN CONTRIBUCIÓN:** A la prima que es pagada íntegramente por el Contratante.

**PRIMA:** Es el precio que debe pagar el Contratante por los beneficios del Seguro, para asegurar a todos los miembros del Grupo Asegurado.

**SUMA ASEGURADA:** A la cantidad máxima que pagará la Compañía al (los) Beneficiario(s) o al Asegurado, a consecuencia de los riesgos cubiertos de acuerdo a las estipulaciones consignadas en esta Póliza y en los anexos que forman parte de la misma.

#### **CLÁUSULA 4. COBERTURA BÁSICA**

Al recibir la Compañía pruebas fehacientes del fallecimiento de cualquiera de los integrantes del Grupo Asegurado, ocurrido durante la vigencia de esta póliza y mediante la presentación de la documentación legal correspondiente, pagará la Suma Asegurada a la persona o personas que, por su calidad de Beneficiarios, tengan derecho a recibirla.

#### **CLÁUSULA 5. EXCLUSIONES**

Esta Póliza de Vida Colectivo no contiene Exclusiones salvo aquellas indicadas en cada Anexo que sea contratado.

#### **CLÁUSULA 6. SUICIDIO**

La Compañía estará obligada al pago de la Suma Asegurada estipulada aún en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si ocurre después de dos años de celebrado o rehabilitado el Contrato. Si ocurriere antes, la Compañía únicamente está obligada a la devolución de las primas percibidas.

## **CLÁUSULA 7. EDAD**

### **7.1 Límites de Edad**

La edad límite de ingreso es de 18 años y la edad máxima de renovación es de 70 años.  
Los límites de edad quedarán estipulados en la Carátula de la Póliza y en el Certificado Individual.

### **7.2 Declaración Inexacta de la Edad**

Si se declaró inexactamente la edad del Asegurado, la Compañía dará por terminado el Certificado Individual si la edad real estuviere fuera de los límites de admisión fijados, y si procede, se hará la devolución de la prima correspondiente.

## **CLÁUSULA 8. PAGO DE PRIMA**

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

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

## **CLÁUSULA 9. PERÍODO DE GRACIA**

El Contratante dispone de un Período de Gracia de treinta (30) días para el pago de la prima inicial en cada aniversario de la Póliza, si el pago no se efectúa dentro de dicho período, el Contrato cesará en sus efectos automáticamente. En el caso de pagos fraccionados, el Contratante no dispondrá del citado Período de Gracia para los pagos fraccionados subsecuentes. En caso de siniestro durante el período de gracia, la Compañía deducirá de la indemnización pagadera al Asegurado o al Beneficiario, el total de la prima pendiente de pago o las fracciones de ésta no liquidadas hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado que le corresponda al Asegurado.

## **CLÁUSULA 10. CADUCIDAD**

La presente Póliza caducará automáticamente, sin necesidad de declaración especial o judicial, a las veinticuatro (24) horas del día en que venza el período de gracia para el pago de la prima si este no es realizado.

## **CLÁUSULA 11. REHABILITACIÓN**

En caso la Póliza hubiere caducado por falta de pago de la prima, el Contratante tendrá derecho de solicitar por escrito a la Aseguradora la Rehabilitación de la misma, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del vencimiento del pago. Para el efecto, la Aseguradora podrá requerir al Contratante que el grupo asegurado compruebe que reúne las condiciones necesarias de asegurabilidad y requerirá el pago de la prima vencida.

## **CLÁUSULA 12. INDISPUTABILIDAD**

Las omisiones o inexactas declaraciones del Contratante y de los Asegurados, diferentes de las referentes a la edad de los Asegurados, dan derecho a la Aseguradora a dar por terminado el



Contrato de Seguro pero dicho derecho caduca si la Póliza ha estado en vigor, en vida del Asegurado durante dos años contratados a partir de la fecha del perfeccionamiento o de la última Rehabilitación de esta Póliza de Vida Colectivo o del Consentimiento Individual si fuere el caso.

### **CLÁUSULA 13. VIGENCIA**

#### **13.1 Vigencia de la Póliza**

Es el período de tiempo previsto en la Póliza durante el cual surten efectos las coberturas. Dicho período comienza a las cero (0) horas del día de inicio y termina a las veinticuatro (24) horas del día de finalización de la vigencia.

#### **13.2 Vigencia del Certificado Individual**

La Compañía asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia hasta la Fecha de Fin de Vigencia del Certificado Individual, las cuales se harán constar en el mismo.

### **CLÁUSULA 14. BENEFICIARIOS**

El Asegurado tiene el derecho de designar en el Consentimiento Individual a sus Beneficiarios y el porcentaje a distribuir a cada uno de ellos.

En caso de que algún beneficiario falleciere antes o simultáneamente con el Asegurado, la parte que le corresponda acrecerá a favor de los demás Beneficiarios sobrevivientes en partes iguales, y si todos hubiesen fallecido, la prestación convenida se hará a favor de los herederos legales del Asegurado.

El Asegurado tiene derecho en cualquier momento de cambiar de Beneficiarios y deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, para que dichos cambios surtan efecto.

### **CLÁUSULA 15. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE**

Son obligaciones del Contratante:

- a. Suscribir y remitir a la Compañía, la Solicitud de Seguro de Grupo, y los Consentimientos individuales de los integrantes del mismo.
- b. Pagar a la Compañía el total de la prima de la Póliza, lo que implica también la recaudación del porcentaje con que, en su caso, contribuyan al pago los miembros del grupo.
- c. Informar por escrito a la entidad aseguradora, adjuntando los documentos del caso, en cuanto a:
  1. Nuevos ingresos al Grupo y sus correspondientes consentimientos.
  2. Entrega de los Certificados Individuales a los miembros del Grupo Asegurado.
  3. Separaciones definitivas del Grupo.
  4. Cualquier situación de los asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la Póliza.
  5. Propuestas de modificación de las sumas aseguradas, a reserva de lo que la Compañía decida al respecto.

6. Dar a conocer al personal que se asegure la necesidad de declarar exactamente la edad y las consecuencias de no hacerlo.

## **CLÁUSULA 16. ALTAS Y BAJAS DEL GRUPO ASEGURADO**

### **16.1 Altas de Asegurados**

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

### **16.2 Bajas de Asegurados**

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejan de estar amparadas por la presente Póliza desde el momento de dicha separación, quedando automáticamente sin validez alguna el Certificado Individual de seguro emitido a su favor por la Compañía. En este caso, la parte de la prima que resulte no devengada, será restituida al Contratante por la Compañía. La prima no devengada por cada miembro asegurado que cause baja, se determinará tomando en cuenta meses completos, devengando la Compañía la prima correspondiente al mes durante el cual causó la baja.

## **CLÁUSULA 17. RENOVACIÓN**

La Compañía renovará esta Póliza en las mismas condiciones en que ha sido suscrita, siempre que el Grupo Asegurado siga reuniendo los requisitos establecidos por la misma. En cada renovación se aplicaran las tarifas correspondientes, según la edad alcanzada por cada miembro del Grupo Asegurado.

## **CLÁUSULA 18. PAGO DE BENEFICIOS**

El (los) Beneficiario (s), tienen acción directa para requerir de la Compañía el pago de la Suma Asegurada que corresponda, conforme a normas establecidas en la Póliza.

La Compañía pagará en el plazo de diez (10) días hábiles, posterior a que se hayan practicado las investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso y no exista desacuerdo en la liquidación e interpretación de las cláusulas de esta Póliza.

Todas las indemnizaciones cubiertas por la Compañía serán liquidadas a los Beneficiarios designados, o al Asegurado, según corresponda.

Con el pago de la suma asegurada quedarán extinguidas las obligaciones de la Compañía provenientes de cualquiera que sea el beneficio estipulado en el Certificado Individual.

**CLÁUSULA 19. PRESCRIPCIÓN**

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

**CLÁUSULA 20. RESOLUCIÓN DE ASUNTOS LITIGIOSOS**

El Contratante, el Asegurado, el o los Beneficiarios y la Compañía renuncian al fuero de sus respectivos domicilios y se someten expresamente a los tribunales competentes de la República de Guatemala, para todo litigio proveniente del Contrato.

**CLÁUSULA 21. RESCISIÓN DE LA PÓLIZA**

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con la Solicitud y en el Consentimiento Individual, 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 el párrafo anterior, facultará a la Compañía para dar por terminado el Certificado Individual de la persona que haya omitido o declarado inexactamente dichos hechos importantes, aunque no hayan influido en la realización del siniestro, siempre que lo notifique dentro del mes siguiente a aquel en que conozca la omisión o inexacta declaración.

**CLÁUSULA 22. MONEDA**

Todos los pagos hechos por las partes deben ser en Quetzales.

**CLÁUSULA 23. NOTIFICACIONES**

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a la Póliza deberá hacerse mediante comunicación escrita, con acuse de recibo, dirigido a las oficinas centrales de la Compañía o a la dirección señalada por el Contratante que conste en la Póliza, según sea el caso.

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según resolución No.      de fecha

**CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL  
PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO**

Nombre del contratante del grupo Póliza Número
---

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza maestra de Vida Colectivo, suscrita entre el Contratante, arriba mencionado y BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA, S. A., en consecuencia doy mi plena conformidad de todo lo actuado entre dichas partes con relación al mencionado seguro.

Nombres y Apellidos Completos del Solicitante			Ocupación	DPI:	NIT:
Dirección:					
Número de Teléfono:			Correo Electrónico:		
Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo:	Fecha de Ingreso a la Empresa:	
Día	Mes	Año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Día	Mes
				Año	Fecha de Ingreso a la Póliza:
				Día	Mes
				Año	
Sueldo Base Mensual	La prima es:				
	a) <input type="checkbox"/> Sin Contribución				
	b) <input type="checkbox"/> Pago Con Contribución pagando el integrante del grupo el ____% de la prima.				
Suma Asegurada COBERTURA BÁSICA	ANEXOS		SUMA ASEGURADA		
Nombres y Apellidos de los Beneficiarios		Porcentaje	Parentesco con el Solicitante		

Declaro que todas las informaciones contenidas en este Consentimiento Individual son ciertas y verídicas y autorizo al Contratante a efectuar el cargo del valor de la prima Con Contribución de la forma arriba indicada.

Declaro que me encuentro en buen estado de salud: Sí  NO

Declaro que padezco o he padecido la(s) siguiente(s) enfermedad(es) marcada(s) en los cuadros a continuación: Enfermedad Renal: Sí  NO  Cardiovascular: Sí  NO  Cáncer: Sí  NO   
Cerebrovascular: Sí  NO  Hipertensión: Sí  NO  Trasplante de Órgano: Sí  NO

Proporcione detalles sobre las enfermedades padecidas (nombre del médico tratante, medicamentos recetados, fecha del tratamiento (utilice hoja adicional si fuere necesario, la que será anexa al Consentimiento Individual).

Verificado y Firmado en Nombre del Contratante:	Firma del Solicitante:	Lugar y Fecha:

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según resolución No. de fecha

**CERTIFICADO INDIVIDUAL-PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO**  
Póliza No. \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_

**CONTRATANTE**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**ASEGURADO**

Nombre: \_\_\_\_\_

DPI: \_\_\_\_\_

NIT: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio de Vigencia: \_\_\_\_\_

Fecha de Fin de Vigencia: \_\_\_\_\_

La prima es:

a)  Sin Contribución

b)  Pago con Contribución pagando el Asegurado el \_\_\_\_\_ % de la prima.

**COBERTURA BÁSICA Y ANEXOS**

Coberturas	Suma Asegurada	Prima Anual por Asegurado	Edad límite
------------	----------------	---------------------------	-------------

**BENEFICIARIOS**

Nombres y Apellidos	Porcentaje	Parentesco
---------------------	------------	------------

BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA S.A., con domicilio en la ciudad de Guatemala, pagará las Sumas Aseguradas conforme a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza y en los Anexos. Este Certificado entra en vigor en la fecha de inicio arriba indicada.

Este Certificado consta de la Carátula (esta página), de las Condiciones Generales y los Anexos de la Póliza contratados.

En testimonio de lo cual se firma el presente Certificado en la Ciudad de Guatemala, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

**BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA, S.A.**

\_\_\_\_\_  
**REPRESENTANTE LEGAL**

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según resolución No. \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_

**PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO**  
**ANEXO I**  
**MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE MIEMBROS CAUSADA POR ACCIDENTE**

Para Anexar a la Póliza No. \_\_\_\_\_ Para Anexar al Certificado Individual No. \_\_\_\_\_

Suma Asegurada: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio de Vigencia: \_\_\_\_\_ Fecha de Fin de Vigencia: \_\_\_\_\_

El presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Vida Colectivo arriba identificada. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

**CLÁUSULA 1. OBJETO DEL ANEXO**

El presente Anexo tiene como objeto el pago de la Suma Asegurada por la muerte o pérdida de miembros derivada de un accidente, de conformidad con las coberturas del Certificado Individual y las Condiciones Generales de la Póliza, así como con las condiciones establecidas en el presente Anexo.

**CLÁUSULA 2. BENEFICIOS DEL ANEXO**

La indemnización será pagada en caso que la pérdida de miembros sufrida por el Asegurado, se deba exclusivamente a lesiones corporales, ocurridas independientemente y con exclusión de cualquiera otra causa o por muerte, por un accidente, siempre y cuando dicha pérdida o muerte ocurra dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente. Cuando sean varias las pérdidas de miembros, ocurridas durante la vigencia de la Póliza en uno o en varios accidentes, la Compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una de ellas, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada por este Anexo, e indicada en el mismo y en el Certificado Individual.

**Coberturas:**

- A. La Suma Asegurada adicional a la cobertura básica, indicada en este Anexo, por muerte del Asegurado derivada de un accidente.
- B. La Suma Asegurada indicada en este Anexo y en el Certificado Individual, por la pérdida de ambas manos, de ambos pies o de la vista en ambos ojos, de una mano y un pie o de una mano y la vista de un ojo o de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.
- C. La mitad de la Suma Asegurada indicada en este Anexo y en el Certificado Individual, por la pérdida de una mano o un pie.
- D. La tercera parte de la Suma Asegurada, indicada en este Anexo y en el Certificado Individual, por la pérdida de la vista de un ojo.
- E. La cuarta parte de la Suma Asegurada indicada en este Anexo y en el Certificado Individual, por la pérdida del dedo pulgar y cualquier dedo de una misma mano.

El pago relativo a la literal A., será hecho a los Beneficiarios nombrados por el Asegurado. El pago relativo a las demás indemnizaciones se hará al propio Asegurado.

### **CLÁUSULA 3. DEFINICIONES**

Para los efectos de este Anexo se entiende:

Por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación de la muñeca o arriba de ella; por pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de él; por la pérdida de la vista, la pérdida completa o irremediable de la visión; por pérdida de dedos, su separación en, o arriba de las articulaciones metacarpofalangeales.

### **CLÁUSULA 4. PAGO DE BENEFICIOS**

Las indemnizaciones correspondientes a este Anexo se realizarán si se presenta a la Compañía las pruebas de la(s) pérdida(s) de miembro(s) que sufra el Asegurado, durante la vigencia de este Anexo, y siempre que la edad del Asegurado esté comprendida dentro de los límites de edad estipulados en el mismo.

La Compañía tendrá derecho de examinar a la persona asegurada, cuando lo considere necesario, al tramitarse alguna reclamación basada en este Anexo.

### **CLÁUSULA 5. EXCLUSIONES.**

Esta cobertura no se concederá si la muerte o pérdida de miembros que sufra el Asegurado son debidas directa o indirectamente, total o parcialmente a:

- a. Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivadas directamente por las pérdidas a que se refiere este Anexo.
- b. Ptomáinas o infecciones bacteriales, tetánicas o carbuncosas (con excepción de las infecciones piógenas que acontezcan simultáneamente y como resultado de una herida accidental).
- c. Envenenamiento de cualquier naturaleza.
- d. Suicidio cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- e. Muerte o lesiones corporales causadas por armas de fuego o armas contundentes o punzo cortantes.
- f. Riña cuando el Asegurado tome parte de ella.
- g. Participación en tumultos o insurrecciones.
- h. Lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval, en tiempo de guerra, revoluciones y alborotos populares.
- i. Durante el viaje o vuelo en cualquier aeronave o al descenso de la misma, si el Asegurado es piloto o miembro de la tripulación o está dando o recibiendo cualesquiera clases de entrenamiento o instrucción o si tiene cualesquier deberes a bordo de tal aeronave.
- j. La participación en cualquier forma de navegación submarina.
- k. Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre a bordo de cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o competencias de velocidad o resistencia.
- l. Participación en eventos de paracaidismo.
- m. Efectos del alcohol, o de cualquier bebida embriagante o drogas o en estado de sonambulismo.

### **CLÁUSULA 6. LÍMITES DE EDAD.**

La edad mínima de ingreso es de 18 años y la edad máxima de renovación es de 70 años.

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según resolución No.        de fecha

**PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO**  
**ANEXO II**  
**RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD**

Para Anexar a la Póliza No. \_\_\_\_\_

Para Anexar al Certificado Individual No. \_\_\_\_\_

Renta Diaria: \_\_\_\_\_ Máximo de días al año: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio de Vigencia: \_\_\_\_\_ Fecha de Fin de Vigencia: \_\_\_\_\_

El presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Vida Colectivo arriba identificada. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

**CLÁUSULA 1. OBJETO DEL ANEXO**

El presente Anexo tiene como objeto el pago de una renta diaria por hospitalización derivada de un accidente o enfermedad, de conformidad con las coberturas indicadas en el Certificado Individual y las Condiciones Generales de la Póliza así como con las condiciones establecidas en el presente Anexo.

**CLÁUSULA 2. BENEFICIOS DEL ANEXO**

Los beneficios de este Anexo son aplicables únicamente en caso de que un Asegurado requiera ser hospitalizado por más de veinticuatro (24) horas consecutivas, derivado de un accidente o enfermedad amparada por la Póliza a la cual se adjunta este Anexo y siempre que el motivo de la hospitalización no se encuentre entre las exclusiones.

Para efectos de este Anexo, una hospitalización es la estancia continua en un hospital, clínica o sanatorio, siempre y cuando sea comprobado.

**CLÁUSULA 3. PAGO DE BENEFICIOS**

Para el caso de accidente: La Compañía le pagará al Asegurado la cantidad arriba indicada por cada día completo que permanezca hospitalizado, en exceso del primer día y con el máximo de días arriba indicado.

Para el caso de enfermedad: La Compañía le pagará al Asegurado la cantidad arriba indicada por cada día completo que permanezca hospitalizado, en exceso del segundo día y con el máximo de días arriba indicado.

Beneficios en caso de nuevas hospitalizaciones: Al ser dado de alta del hospital, clínica o sanatorio, el Asegurado puede nuevamente gozar de la Renta Diaria por Accidente o Enfermedad debido a nuevas hospitalizaciones ocasionadas por accidentes diferentes o por recaídas ocasionadas por el (los) accidente(s) o enfermedad(es) anteriormente reclamadas. El



máximo de días al año por todas las estadías en un hospital, clínica o sanatorio establecido en este Anexo, permanece sin alteración.

#### **CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES.**

Este Anexo excluye:

- a. Las hospitalizaciones por embarazo, sus complicaciones, parto, aborto, amenaza de aborto u operación cesárea.
- b. Las hospitalizaciones a consecuencia de una enfermedad preexistente, es decir aquellas diagnosticadas con anterioridad a la contratación de este Anexo.
- c. Las hospitalizaciones o eventos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo.
- d. Las hospitalizaciones o eventos derivados del control de la fertilidad, natalidad e infertilidad.
- e. Las hospitalizaciones o eventos debidos a lesión autoinfligida, intento de suicidio, aún y cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- f. Las hospitalizaciones o eventos ocurridos a consecuencia de riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado, como sujeto activo o por culpa grave, estando bajo influencia de algún enervante, alcohol, drogas, estimulante o similar, que no haya sido prescrito por un Médico.
- g. Hospitalización o eventos derivados a consecuencia de servicio militar de cualquier clase y actos de guerra.
- h. Las hospitalizaciones o eventos para tratamientos dentales o alveolares o gingivales o maxilofaciales, a excepción de los que sean consecuencia de un accidente.
- i. Las hospitalizaciones por tratamientos estéticos o plásticos a menos que sean necesitadas a consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza.
- j. Las hospitalizaciones para el control de calvicie, reducción de peso u obesidad, o esterilidad.

#### **CLÁUSULA 5. LÍMITES DE EDAD.**

La edad mínima de ingreso es de 18 años y la edad máxima de renovación es de 70 años.

**PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO  
ANEXO III  
COBERTURA DE AGRESIÓN**

Para Anexar a la Póliza No. \_\_\_\_\_

Para Anexar al Certificado Individual No. \_\_\_\_\_

Suma Asegurada: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio de Vigencia: \_\_\_\_\_ Fecha de Fin de Vigencia: \_\_\_\_\_

El presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Vida Colectivo arriba identificada. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

**CLÁUSULA 1. OBJETO DEL ANEXO**

El presente Anexo tiene como objeto el pago de una Suma Asegurada adicional al valor asegurado de la Póliza Básica, al Beneficiario o Beneficiarios del Asegurado si la muerte del mismo es causada por armas de fuego, contundentes o punzocortantes, de conformidad con las coberturas del Certificado Individual y las Condiciones Generales de la Póliza así como las condiciones establecidas en el presente Anexo.

**CLÁUSULA 2. PAGO DE BENEFICIOS**

Al recibir la Compañía pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado ocasionado por armas de fuego, contundentes o punzocortantes ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual, mediante la presentación de la documentación legal correspondiente pagará la Suma Asegurada a la persona o personas, que por su calidad de Beneficiarios, tengan derecho a recibirlo.

**CLÁUSULA 3. LÍMITES DE EDAD.**

La edad mínima de ingreso es de 18 años y la edad máxima de renovación es de 70 años.

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según resolución No. \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_

**PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO**  
**ANEXO IV**  
**MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO**

Para Anexar a la Póliza No. \_\_\_\_\_

Para Anexar al Certificado Individual No. \_\_\_\_\_

Suma Asegurada: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio de Vigencia: \_\_\_\_\_ Fecha de Fin de Vigencia: \_\_\_\_\_

El presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Vida Colectivo arriba identificada. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

**CLÁUSULA 1. OBJETO DEL ANEXO**

El presente Anexo tiene como objeto el pago de una Suma Asegurada adicional a la cobertura básica al Beneficiario o Beneficiarios del Asegurado si la muerte del mismo es a consecuencia de un accidente de tránsito en transporte público, de conformidad con las coberturas del Certificado Individual y las Condiciones Generales de la Póliza, así como con las condiciones establecidas en el presente Anexo.

La Muerte accidental debe ocurrir mientras el Asegurado es pasajero de los siguientes medios de transporte:

- a. Buses de locomoción colectiva urbana, extraurbano e internacional.
- b. Transporte aéreo, ya sea de una línea aérea regular o chárter.
- c. Ferrocarriles.
- d. Vía acuática, siempre que este se realice por una línea de transporte marítimo, lacustre o fluvial, legalmente establecida como tal y con una frecuencia e itinerario regular.

**CLÁUSULA 2. DEFINICIONES**

Se define como Transporte Público: Cualquier medio de transporte terrestre, aéreo, marítimo, lacustre o fluvial, de uso comercial y de itinerario regular, autorizado para el transporte de pasajeros, por el cual el usuario paga una tarifa, siempre y cuando el medio de transporte, así como también su conductor, estén debidamente habilitados por la autoridad competente para operar.

**CLÁUSULA 3. PAGO DE BENEFICIOS**

Al recibir la Compañía pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente de tránsito en el cual viajara como pasajero en los medios de transporte

indicados en la cláusula 1, ocurrido durante la vigencia de este Anexo y mediante la presentación de la documentación legal correspondiente, pagará la Suma Asegurada a la persona o personas que, por su calidad de Beneficiarios, tengan derecho a recibirla.

**CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES**

Quedan excluidos de la cobertura amparada en este Anexo, los accidentes acaecidos o sufridos mientras el Asegurado se transporte en taxis, taxis colectivos, radio taxis y/o moto taxis.

**CLÁUSULA 5. ÁMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA**

Este Anexo cubre los accidentes ocurridos únicamente en el territorio de la República de Guatemala

**CLÁUSULA 6. LÍMITES DE EDAD.**

La edad mínima de ingreso es de 18 años y la edad máxima de renovación es de 70 años.

MIESTRA SIN VALOR

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según resolución No.        de fecha

**PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO**  
**ANEXO V**  
**MUERTE ACCIDENTAL EN, O CAUSADA POR TRANSPORTE PRIVADO**

Para Anexar a la Póliza No. \_\_\_\_\_

Para Anexar al Certificado Individual No. \_\_\_\_\_

Suma Asegurada: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio de Vigencia: \_\_\_\_\_ Fecha de Fin de Vigencia: \_\_\_\_\_

El presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Vida Colectivo arriba identificada. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

**CLÁUSULA 1. OBJETO DEL ANEXO**

El presente Anexo tiene como objeto el pago de una Suma Asegurada adicional a la cobertura básica al Beneficiario o Beneficiarios del Asegurado si la muerte del mismo es a consecuencia de un accidente de tránsito en, o causada por transporte privado, de conformidad con las coberturas del Certificado Individual y las Condiciones Generales de la Póliza, así como con las condiciones establecidas en el presente Anexo.

La muerte accidental debe ocurrir mientras el Asegurado se encuentre como conductor u ocupante en un vehículo privado o en un automóvil de alquiler o cuando el Asegurado es atropellado, por cualquier clase de vehículo privado con cuatro (4) ruedas o más, al ir como peatón en la vía pública.

Para efectos de este Anexo, se considera automóvil de alquiler, a aquel automóvil que es contratado a través de una agencia de alquiler de vehículos para cortos o largos períodos de tiempo.

**CLÁUSULA 2. DEFINICIONES**

Se define como Transporte Privado a cualquier medio de transporte terrestre con cuatro (4) ruedas o más, de uso privado, propiedad de particulares que no está a disposición de uso público.

**CLÁUSULA 3. PAGO DE BENEFICIOS**

Al recibir la Compañía pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente de tránsito en, o causado por transporte privado, ocurrido durante la vigencia de este Anexo y mediante la presentación de la documentación legal correspondiente, pagará la Suma Asegurada a la persona o personas que, por su calidad de Beneficiario(s), tenga(n) derecho a recibirla.

**CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES**

Quedan excluidos de la cobertura amparada en este Anexo los siguientes:

- a. El conductor de taxi, taxi colectivo, radio taxi, así como cualquier conductor profesional, cuyo trabajo u oficio sea conducir un medio de transporte terrestre, ya sea de carga o de pasajeros y que fallezca en un accidente durante el desempeño de su profesión u oficio.
- b. Accidentes acaecidos en vehículos de menos de cuatro (4) ruedas.
- c. Accidentes causados por vehículos de servicio público urbanos o extraurbanos.

**CLÁUSULA 5. LÍMITES DE EDAD.**

La edad mínima de ingreso es de 18 años y la edad máxima de renovación es de 70 años.

MUESTRA SIN VALOR

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según resolución No.      de fecha

**PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO**  
**ANEXO VI**  
**INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**

Para Anexar a la Póliza No. \_\_\_\_\_

Para Anexar al Certificado Individual No. \_\_\_\_\_

Suma Asegurada: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio de Vigencia: \_\_\_\_\_ Fecha de Fin de Vigencia: \_\_\_\_\_

El presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Vida Colectivo arriba identificada. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

**CLÁUSULA 1. OBJETO DEL ANEXO**

El presente Anexo tiene como objeto el pago de la Suma Asegurada al Asegurado si sufre una invalidez total y permanente, ya sea por accidente o enfermedad, de conformidad con las coberturas del Certificado Individual y las Condiciones Generales de la Póliza, así como con las condiciones establecidas en el presente Anexo.

**CLÁUSULA 2. DEFINICIONES**

Se define como Invalidez Total y Permanente cuando el Asegurado ha quedado incapacitado para realizar cualquier trabajo que le produzca remuneración o utilidad, y se mantenga en ese estado ininterrumpidamente por más de seis (6) meses después de ocurrido el hecho que provocó la invalidez.

Sin perjuicio de otras, será considerada como invalidez total y permanente: la pérdida de las dos manos, la pérdida simultánea de una mano y un pie o de la vista de una manera absoluta en ambos ojos. En estos casos de invalidez total y permanente el beneficio de este Anexo se pagará en adición a cualesquiera otros beneficios otorgados por la Póliza y otros Anexos adheridos a ella.

**CLÁUSULA 3. PAGO DE BENEFICIOS**

Al recibir la Compañía pruebas fehacientes de la invalidez del Asegurado, ocurrida durante la vigencia de este Anexo y mediante la presentación de la documentación legal correspondiente, pagará la Suma Asegurada arriba indicada al Asegurado.

La Compañía podrá exigir al Asegurado que compruebe de manera fehaciente que la invalidez total y permanente es continua por más de seis (6) meses. Si el Asegurado se niega a hacerlo o la Compañía demuestra que ya se encuentra realizando o en posibilidad de realizar cualquier ocupación que le produzca remuneración o utilidad, no aplicará el beneficio que por este Anexo se concede.

Si mientras el Asegurado se encuentra gestionando el trámite para percibir la indemnización por invalidez total y permanente y como consecuencia directa del accidente que originó la invalidez, ocurriese la muerte cubierta según la Cobertura Básica de la Póliza, la Compañía pagará la Suma Asegurada contratada por la muerte únicamente.

Si la muerte es a consecuencia de una enfermedad, la Compañía pagará la indemnización por invalidez total y permanente establecida en este Anexo.

#### **CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES**

La Compañía no otorgará el beneficio contenido en este Anexo cuando la invalidez total y permanente del Asegurado resultare:

- a. Por encontrarse bajo los efectos de alcohol, de cualquier bebida embriagante, droga o sonambulismo;
- b. Por lesiones causadas intencionalmente a sí mismo, ya sea que el Asegurado se encuentre en su sano juicio o demente;
- c. De lesiones corporales causadas por armas de fuego o armas contundentes o punzo cortantes;
- d. De riña cuando el Asegurado tome parte en ella;
- e. De participación en tumultos o insurrecciones;
- f. De lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval, en tiempo de guerra, revoluciones o alborotos populares;
- g. Durante el viaje o vuelo en cualquier aeronave o al descenso de la misma, si el Asegurado es piloto o miembro de la tripulación o está dando o recibiendo cualquier clase de entrenamiento o instrucción o si tiene cualesquiera deberes a bordo de tal aeronave;
- h. De la participación en cualquier forma de navegación submarina;
- i. De lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre a bordo de cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o competencias de velocidad o resistencia; y,
- j. De la participación en eventos de paracaidismo.

#### **CLÁUSULA 5. LÍMITES DE EDAD.**

La edad mínima de ingreso es de 18 años y la edad máxima de renovación es de 70 años.



**PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO**  
**ANEXO VII**  
**RENTA MENSUAL A MENORES DE EDAD**

Para Anexar a la Póliza No. \_\_\_\_\_

Para Anexar al Certificado Individual No. \_\_\_\_\_

Suma Asegurada por Beneficiario Menor de Edad: \_\_\_\_\_

Renta Mensual por Beneficiario Menor de Edad: \_\_\_\_\_ Número de Meses: \_\_\_\_\_

Beneficiarios Menores de Edad: \_\_\_\_\_ Porcentaje (%) \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio de Vigencia: \_\_\_\_\_ Fecha de Fin de Vigencia: \_\_\_\_\_

El presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Vida Colectivo arriba identificada. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

**CLÁUSULA 1. OBJETO DEL ANEXO**

El presente Anexo tiene como objeto el pago de una renta mensual por muerte accidental del Asegurado, adicional a la cobertura básica, al Beneficiario o Beneficiarios del Asegurado menores de edad, de conformidad con las coberturas del Certificado Individual y las Condiciones Generales de la Póliza, así como con las condiciones establecidas en el presente Anexo.

La cobertura aplica también para aquellos Beneficiarios menores de edad que dejan de serlo durante la vigencia de este Anexo.

**CLÁUSULA 2. PAGO DE BENEFICIOS**

Al recibir la Compañía pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente, ocurrido durante la vigencia de este Anexo y mediante la presentación de la documentación legal correspondiente, pagará la renta mensual, hasta un máximo de Suma Asegurada y número de meses, ambos arriba indicados, a la persona o personas que, por su calidad de Beneficiarios, tengan derecho a recibirla.

El pago del beneficio se hará a la persona que ostente legalmente la representación legal del menor de edad conforme lo que al respecto establece la legislación vigente guatemalteca.

### CLÁUSULA 3. EXCLUSIONES

Esta cobertura no se concederá si la muerte del Asegurado es consecuencia, directa o indirecta, total o parcialmente, de:

- a. Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza.
- b. Ptomaínas o infecciones bacteriales, tetánicas o carbuncosas (con excepción de las infecciones piógenas que acontezcan simultáneamente y como resultado de una herida accidental).
- c. Envenenamiento de cualquier naturaleza.
- d. Suicidio cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.
- e. Lesiones corporales causadas por armas de fuego o armas contundentes o punzo cortantes.
- f. Riña cuando el Asegurado tome parte de ella.
- g. Participación en tumultos o insurrecciones.
- h. Lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval, en tiempo de guerra, revoluciones y alborotos populares.
- i. Durante el viaje o vuelo en cualquier aeronave o al descenso de la misma, si el Asegurado es piloto o miembro de la tripulación o está dando o recibiendo cualesquiera clases de entrenamiento o instrucción o si tienen cualesquiera deberes a bordo de tal aeronave.
- j. La participación en cualquier forma de navegación submarina.
- k. Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentre a bordo de cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o competencias de velocidad o resistencia.
- l. Participación en eventos de paracaidismo.
- m. Efectos del alcohol o de cualquier bebida embriagante o drogas o en estado de sonambulismo.

### CLÁUSULA 4. LÍMITES DE EDAD.

La edad mínima de ingreso es de 18 años y la edad máxima de renovación es de 70 años.

**PÓLIZA DE VIDA COLECTIVO  
ANEXO VIII  
ENFERMEDADES GRAVES**

Para Anexar a la Póliza No. \_\_\_\_\_

Para Anexar al Certificado Individual No. \_\_\_\_\_

Suma Asegurada: \_\_\_\_\_ Período de Espera: \_\_\_\_\_

Fecha de Inicio de Vigencia: \_\_\_\_\_ Fecha de Fin de Vigencia: \_\_\_\_\_

El presente Anexo queda sujeto a las Condiciones Generales y demás estipulaciones que le apliquen de la Póliza de Vida Colectivo arriba identificada. Esta cobertura estará sujeta al pago de la prima convenida para el presente Anexo.

**CLÁUSULA 1. OBJETO DEL ANEXO**

El presente Anexo tiene como objeto el pago de la Suma Asegurada al Asegurado si este sufre una enfermedad grave diagnosticada por primera vez, de conformidad con las coberturas del Certificado Individual y las Condiciones Generales de la Póliza, así como con las condiciones establecidas en el presente Anexo.

**CLÁUSULA 2. PERÍODO DE ESPERA**

Se entiende por Período de Espera el plazo que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura a fin que determinadas enfermedades o intervenciones quirúrgicas sean elegibles para cobertura.

La Compañía pagará la Suma Asegurada señalada en este Anexo si después de transcurrido el Período de Espera establecido y dentro de la vigencia del seguro, al Asegurado se le diagnostica por primera vez una enfermedad cubierta por este Anexo.

**CLÁUSULA 3. COBERTURAS**

El presente Anexo cubrirá las enfermedades e intervenciones quirúrgicas indicadas más adelante, a menos que expresamente algunas de ellas sean excluidas en el Certificado Individual.

**3.1 CÁNCER**

La presencia de uno o más tumores malignos cuyas características son el crecimiento incontrolado y la difusión de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal. Se incluyen entre ellos los diversos tipos de leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica), los linfomas y la enfermedad de Hodgkin.

El diagnóstico de cáncer debe ser efectuado por un patólogo y la evidencia de malignidad debe ser respaldada por el análisis histológico.

Quedan excluidos los siguientes tumores:

- a. Tumores que presentan las características de carcinoma in situ (incluyendo la displasia de cuello uterino CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o que se describen histológicamente como premalignos o no invasivos.
- b. Cualquier cáncer en presencia de HIV, HPV y HHV.
- c. Todos los tumores de piel, incluidas las hiperqueratosis, los carcinomas basocelulares, los carcinomas de células escamosas y los melanomas de espesor máximo inferior a 1.5 mm, determinado por el examen histológico empleando el método de Breslow, a no ser que haya evidencia de metástasis.
- d. Tumores que no ponen en peligro la vida, como tumores de próstata especificados histológicamente en la clasificación TNM como T1 (a) o T1 (b) pero no T1 (c) o de estadio equivalente o inferior en otra clasificación, los micro carcinomas papilares de tiroides o de vejiga de estado inferior a T2N0M0, leucemia de linfocitos crónica de estadio inferior al RAI I, la enfermedad de Hodgkin de estadio 1.

Para efectos de esta cobertura se define:

- CIN-1 Neoplasia intraepitelial del cérvix grado I.  
CIN-2 Neoplasia intraepitelial del cérvix grado II.  
CIN-3 Neoplasia intraepitelial del cérvix grado III.  
HIV Virus de inmunodeficiencia humana.  
HPV Virus del papiloma humano.  
HHV Virus del herpes humano.  
TNM Clasificación de estadio del cáncer de acuerdo a tumor, nódulos linfáticos y metástasis.

### 3.2 CIRUGÍA DE LA AORTA

Intervención quirúrgica por enfermedad de la aorta por vía toracotómica o laparotomía que conlleve la reconstrucción o la escisión de la aorta enferma y su sustitución con una prótesis. En esta cobertura, por aorta se entiende la aorta torácica y la aorta abdominal pero no sus ramificaciones.

Se excluyen específicamente: Las lesiones traumáticas de la aorta y las intervenciones quirúrgicas efectuadas, empleando solamente técnicas endovasculares.

### 3.3 CIRUGÍA DE LAS VÁLVULAS CARDÍACAS

Intervención quirúrgica a corazón abierto para sustituir o reparar una o más válvulas cardíacas como consecuencia de disfunción o anomalía de las válvulas cardíacas.

Se excluyen específicamente: Todas las intervenciones que no son a corazón abierto y las sustituciones de prótesis valvulares.

### 3.4 CIRUGÍA DE BYPASS AORTO CORONARIO

Intervención quirúrgica a corazón abierto de bypass aorto coronario para corregir o tratar una enfermedad coronaria, excluyendo la angioplastia, la implantación de stent o cualquier otro procedimiento percutáneo o no quirúrgico.

### 3.5 DERRAME O HEMORRAGIA CEREBRAL

Inicio agudo de déficit neurológico focal debido a un accidente cerebrovascular que incluya la muerte del tejido cerebral, una hemorragia de un vaso intracraneal o una embolia originada en una fuente extracraneal. La evidencia del daño neurológico permanente deberá ser

confirmada por un neurólogo, como mínimo doce (12) semanas después del suceso. No se aceptarán reclamaciones antes de transcurrido ese tiempo.

Los siniestros deben ser comprobados por técnicas de imagen como la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética nuclear.

Quedan excluidas las siguientes situaciones:

- a. Síntomas cerebrales de migraña o cefalea.
- b. Alteraciones isquémicas del sistema vestibular.
- c. Accidentes que conlleven cambios en la memoria o en la personalidad.
- d. Lesiones cerebrales debidas a traumatismo o hipoxia.
- e. Enfermedad vascular isquémica que afecta al ojo o al nervio óptico.

### **3.6 INFARTO AL MIOCARDIO**

La necrosis de una parte del músculo cardíaco como resultado de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva.

El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- a. Una hospitalización cuyo registro indique un infarto del miocardio dentro de un plazo de 24 horas antes de dicha hospitalización.
- b. Presencia de dolores torácicos típicos.
- c. Cambios relevantes y nuevos de las alteraciones electrocardiográficas diagnosticadas (ECG) por necrosis del miocardio o aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores estándar de laboratorio.
- d. Significativa elevación de al menos uno de los marcadores de lesión cardíaca (CK-MB, troponina).
- e. Presencia de disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección < 50%) comprobada por lo menos tres meses después del hecho.

### **3.7 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

Insuficiencia renal terminal que se presenta como una insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones a consecuencia de la cual hay que efectuar regularmente diálisis renal crónica.

### **3.8 TRASPLANTE DE ÓRGANOS MAYORES**

El hecho efectivo de someterse como receptor de un trasplante entre seres humanos de uno de los siguientes órganos: Corazón, hígado, riñón, páncreas, intestino delgado (duodeno, yeyuno, íleon), pulmón y médula ósea, de conformidad con el diagnóstico de un médico cirujano que compruebe que el trasplante es el método más apropiado para tratar una patología que pone en peligro la vida del Asegurado. Queda excluido el trasplante de cualquier otro órgano, de partes de órganos o de cualquier otro tejido o célula. La cobertura solo comprende el trasplante de todo el órgano y no de fracciones o partes de este, por lo que en el caso del páncreas se excluye el trasplante de Islotes de Langerhans. No estará cubierto el trasplante autólogo.

Será requisito indispensable para el pago del beneficio que el Asegurado notifique, previamente y por escrito a la Compañía, el hecho de ser definido como candidato a trasplantes antes de que este se realice.

#### **CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES**

Además de las exclusiones que se expresan en la descripción de cada una de las enfermedades, no estarán cubiertas por este Anexo las situaciones o enfermedades que tengan su causa mediata o inmediata, en alguno de los siguientes hechos:

- a. La presencia de alguna infección por HIV o alguna variación del virus HIV o infección por HPV o HHV o enfermedades venéreas o sus secuelas, cualquier tratamiento o exámenes relacionados con el SIDA. La infección se considerará un hecho si los exámenes de sangre indican la presencia de algunos de los virus antes mencionados o sus anticuerpos.
- b. Cualesquiera anomalías congénitas y condiciones preexistentes, cualquier enfermedad excepto la(s) que fue(ron) revelada(s) a la Compañía en el Consentimiento Individual y asegurada(s) por la Compañía, y se confirmó la aceptación de los riesgos.
- c. El rechazo a someterse a tratamiento médico prescrito o indicado, abuso de alcohol o droga o cualquier otro abuso o adicción a alguna sustancia tóxica, exponerse voluntariamente al peligro estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
- d. Tentativa de suicidio o enfermedad intencionalmente causada o lesiones autoinflingidas, ya sea en estado de cordura o demencia.
- e. Aparecimiento de lesiones o enfermedad por competencias de cualquier clase, submarinismo, saltar de puentes o acantilados, vuelos aéreos (incluyendo aerodelismo, vuelo en globo, paracaidismo y vuelo libre), o cualquier actividad peligrosa o deportes a menos que se haya previsto un acuerdo especial de responsabilidad anticipadamente.
- f. Cualquier violación o intento de violación a la ley o resistencia al arresto.
- g. Trasplantes que sean procedimientos de investigación.
- h. Riesgos nucleares.
- i. Consecuencias directas o indirectas de una guerra o de cualquier conflicto armado, invasión, acto de hostilidad enemiga extranjera (incluso si fuera una guerra declarada o no declarada), guerra civil, rebelión, insurrección, poder usurpado militarmente, participación directa en manifestaciones violentas, barricadas, etc., golpe o conmoción civil.
- j. Comprometer la vida al tomar parte en cualquier operación naval, militar o de fuerza aérea.
- k. Conducir bajo los efectos del alcohol.

#### **CLÁUSULA 5. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN**

Al momento de la ocurrencia de cualesquiera de las Enfermedades Graves indicadas en la Cláusula 3, el Contratante, el Asegurado u otra persona actuando en su lugar deberá notificarlo a la Compañía mediante nota, con acuse de recibo, dirigida a la Oficina Principal de la misma en la ciudad de Guatemala, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del diagnóstico, acompañada del reporte médico y la documentación que certifique el diagnóstico.

Al recibir la Compañía pruebas fehacientes de la enfermedad grave del Asegurado ocurrida durante la vigencia de este Anexo y mediante la presentación de la documentación correspondiente, pagará la Suma Asegurada, indicada en este Anexo, al Asegurado.

Para la evaluación de un siniestro y el posterior pago de los beneficios que correspondan, la Compañía podrá solicitar los antecedentes que estime necesarios y verificar, por medio de sus médicos o representantes, la efectividad del diagnóstico de la enfermedad o intervención cubierta, para lo cual el Asegurado deberá dar todas las facilidades para someterse a los

exámenes y pruebas que se le soliciten. Todos los gastos para efectuar esta evaluación serán a cargo de la Compañía.

Para el pago de la Suma Asegurada de cualesquiera de las enfermedades cubiertas por el presente Anexo, es requisito indispensable que al Asegurado, no le haya sido diagnosticada ni haya recibido tratamiento por ninguna de las enfermedades cubiertas en el presente Anexo, con anterioridad a la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza o a la fecha de incorporación del Asegurado a la Póliza, según corresponda.

El pago de la Suma Asegurada de la cobertura de este Anexo se hará una sola vez, independientemente que el Asegurado haya sufrido una o más de las enfermedades cubiertas.

Una vez realizado el pago de la Suma Asegurada cesa la cobertura del Anexo y el Asegurado no deberá pagar más primas por el mismo.

**CLÁUSULA 6. LIMITES DE EDAD**

La edad mínima de ingreso es de 18 años y la edad máxima de renovación es de 70 años.

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según resolución No.      de fecha