



PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUALES - MUESTRA SIN VALOR

— CONDICIONES GENERALES

1) CONTRATO COMPLETO:

La presente Póliza, la solicitud que el Asegurado ha firmado y entregado a la Compañía y las cláusulas adicionales o endosos adheridos a la póliza, constituyen el contrato íntegro del seguro, el cual se ha basado, y se interpretará, ejecutará y cumplirá de conformidad con los principios de verdad sabida y buena fe guardada, a manera de conservar y proteger las rectas y honorables intenciones y deseos de los Contratantes, sin limitar con interpretación arbitraria sus efectos naturales.

De conformidad con el tercer párrafo del Artículo 673 del código de Comercio (Decreto del Congreso No. 2-70), se insertan textualmente los párrafos primero y segundo del mismo: "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 solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último".

2) DEFINICIÓN DE ACCIDENTES:

Se entiende por accidente para los efectos de este seguro toda lesión corporal que sufra el Asegurado independientemente de su voluntad y debida a una causa fortuita, momentánea, violenta y externa que le ocasione 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 microbio 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 las cláusulas 3 y 4).
- f) Las inoculaciones infecciosas debidas a pinchazos sufridos en el ejercicio de la profesión.
- g) Tentativas de salvar personas o bienes en peligro.
- h) Los que se produzcan como consecuencia de fenómenos de la naturaleza.
- i) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos adquiridos en mal estado o consumidos en lugares públicos.

3) 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 o estado de embriaguez.
- b) Infecciones bacteriales (con excepción 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 hayan 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 o usurpado, ley marcial, o estado de sitio, o cualesquiera de los sucesos o causas que determinan la proclamación o mantenimiento de ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena, o reglamentos de aduana o nacionalización por cualquier gobierno o autoridad pública o local, o 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 encuentre en servicio militar de cualquier clase.
- g) Riña, cuando el Asegurado tome parte en ella, salvo lo estipulado en la cláusula 2, inciso G.
- h) Los sufridos 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 actúe 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 cualquiera otra pérdida, bien sea que lo cometa en estado de enajenación mental o libre de ella.

k) RIESGOS QUE TAN SOLO PUEDEN CUBRIRSE POR CONVENIO ESPECIAL. Salvo convenio en contrario pactado bajo el título "RIESGOS ESPECIALES INCLUIDOS MEDIANTE PAGO DE EXTRA PRIMA" en la carátula de la presente Póliza y mediante el pago de la prima adicional, las indemnizaciones previstas en la póliza no se concederán en caso de accidente que puedan ocurrir al asegurado mientras:

k-1) Practique: fútbol, esquí acuático, polo, pesca en alta mar, rodeo, rugby, boxeo, béisbol, pesca submarina cacería, patinaje sobre ruedas o sobre hielo, chueca, cacería a caballo, ascensión a altas montañas, y cualesquiera otras actividades deportivas o artísticas declaradas en la solicitud del asegurado, y que sean clasificadas como riesgos peligrosos y constantes, sumamente peligrosos o que comúnmente no son asegurables;

k-2) Maneje o viaje como pasajero en aviones privados, motocicletas, motonetas, "scooter", embarcaciones a remo, vela o motor en alta mar y a una distancia superior a dos millas de la costa;

k-3) Se dedique a oficio o profesión que a juicio de la Aseguradora sea clasificado como riesgo peligroso y constante, sumamente peligroso o que comúnmente no es asegurable.

l) Lesiones corporales o la muerte causadas por armas de fuego o armas contundentes o punzocortantes. "Salvo en casos de solidaridad humana conforme lo establece el artículo 904 del Código de Comercio"

4) CAMBIO DE OCUPACIÓN:

Cuando ocurra un cambio de ocupación a otra más peligrosa, o agravación del riesgo, el Asegurado deberá dar aviso a la Compañía el día hábil siguiente a aquél en que lo conozca, con el objeto de fijar la sobreprima que corresponda, la cual el Asegurado deberá pagar inmediatamente en el domicilio de la Compañía, si el riesgo fuere aceptado. En caso de accidente y de no haberse dado el aviso y pagado la sobreprima en la forma aquí establecida, la suma asegurada se reducirá, a la que hubiere obtenido con la prima pagada de no haber omisión o declaración inexacta, siempre que el nuevo riesgo sea asegurable. En caso de no ser asegurable, conforme las normas de la compañía, ésta quedará liberada de toda obligación en cuanto al pago del siniestro, debiendo únicamente devolver la prima no devengada a contar de la fecha del accidente.

5) 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, epilepsia, 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 ese momento, reintegrando la Compañía la prima no devengada 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 indemnizará solamente las consecuencias que hubiera probablemente tenido tal accidente sin la influencia agravante de la enfermedad, estado morbosos, o defecto. No son asegurables las personas menores de 16 ni mayores de 69 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 69 años de edad.

6) EXTENSIÓN DEL SEGURO:

El presente seguro cubre las pérdidas que por accidente sufra el Asegurado durante sus viajes o permanencias en el extranjero a excepción de la cláusula 9a. punto III - Incapacidad Temporal, la cual sólo queda garantizada dentro de los límites del territorio centroamericano.

7) PAGO DE LA PRIMA:

La prima es la retribución o precio del seguro y conforme la ley deberá pagarse por el Asegurado en el momento de la celebración del contrato. No obstante, se conviene como pacto en contrario que la obligación del Asegurado de pagar a la Compañía la prima, será dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que se emita o inicie la vigencia de la póliza, cualquiera que sea posterior. Es y queda convenida la condición resolutoria expresa, que si el Asegurado 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 del vencimiento del período de pago, 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 1278 y 1581 del Código Civil.

El porcentaje de la prima correspondiente, conforme tabla de corto plazo abajo descrita, para el período en que estuvo vigente el contrato de seguro y la totalidad de los gastos cargados en la Póliza, quedarán ganados y en propiedad definitiva de la compañía, de conformidad con lo previsto en el artículo 1583 del Código Civil, como justiprecio de los servicios prestados por la Compañía durante el período en que el contrato estuvo vigente. Queda entendido y convenido que en caso de ocurrir un siniestro, el Asegurado está obligado a pagar la totalidad de la prima y los gastos como condición previa para que la Compañía entre a conocer de su reclamo.

La tarifa de corto plazo es la siguiente:

DURACIÓN DEL SEGURO EN DÍAS	PORCENTAJE DE LA PRIMA ANUAL	DURACIÓN DEL SEGURO EN DÍAS	PORCENTAJE DE LA PRIMA ANUAL	DURACIÓN DEL SEGURO EN DÍAS	PORCENTAJE DE LA PRIMA ANUAL
3	5	20	17	120 (4m.)	50
4	6	24	18	130	54
5	7	28	19	140	57
6	8	30 (1m.)	20	150 (5m.)	60
7	9	40	24	160	64
8	10	50	27	170	67
9	11	60 (2m.)	30	180 (6m.)	70
10	12	70	34	210 (7m.)	75
12	13	80	37	240 (8m.)	80
14	14	90 (3m.)	40	270 (9m.)	85
16	15	100	44	300 (10m.)	90
18	16	110	47	330 (11m.)	95

8) AVISO Y PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE:

El asegurado deberá dar aviso por escrito a la Compañía, dentro de los cinco 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 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, su beneficiario o sus representantes legales respectivos, presenten su reclamación por medio de carta a la que acompañarán las pruebas correspondientes relativas al acontecimiento, así como la naturaleza y extensión de la pérdida.

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 el 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 a la persona del Asegurado cuando lo crea necesario y tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente de cualquier reclamación conforme a la presente Póliza, y en caso de muerte podrá promover que se practique la autopsia.

9) INDEMNIZACIONES:

La Compañía hará efectivas las indemnizaciones previstas en las condiciones particulares del presente contrato, en los casos y formas siguientes:

I) MUERTE

En caso de muerte ocurrida inmediatamente o dentro de los 90 días de ocurrido el accidente, la Compañía pagará la cantidad total asegurada al último beneficiario designado por el asegurado, o en defecto de éste a los Herederos Legales del asegurado, dentro de los 15 días de recibida la documentación exigida por la ley.

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 para su validez debe comunicarse oportunamente por escrito a la Compañía, quien lo registrará en la Póliza.

Si alguno de los beneficiarios muere antes, o al mismo tiempo que el asegurado, su parte acrecerá a 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 estos.

El pago efectuado por la Compañía, en caso de muerte del asegurado, extingue todas las obligaciones de la misma sobre esta Póliza.

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

II) INVALIDEZ PERMANENTE.

Sobrenvenida al asegurado dentro de igual plazo y también a consecuencia de un accidente garantizado, será pagadero al propio asegurado o a su representante legal, en su caso:

a) La suma asegurada íntegra en los casos de invalidez total 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 la solicitud que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida total o parcial de los miembros superiores):

Pérdida de la Vida	100%
Pérdida de ambos brazos o ambas manos o de un brazo y una pierna, de una mano y un pie o ambas piernas o ambos pies	100%
Parálisis completa y permanente	100%
Ceguera absoluta y permanente	100%
Pérdida en un ojo, con ablación	30%
Pérdida completa de la vista de un ojo, sin ablación	25%
Sordera completa y permanente de los dos oídos	50%
Sordera completa y permanente de un oído	15%
Pérdida del brazo o de la mano	55%
Pérdida del dedo pulgar	20%
Pérdida del dedo Índice	15%
Pérdida de cada uno de los demás dedos de la mano	5%
Pérdida de una pierna por encima de la rodilla	50%
Pérdida de una pierna a la altura o debajo de la rodilla	40%
Pérdida del dedo gordo del pie	8%
Pérdida de cada uno de los demás dedos del pie	3%

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 la mandíbula inferior	30%
Pérdida total de un ojo 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 cm. de un miembro inferior	15%
Sordera completa de un oído	10%
Pérdida del dedo gordo de un 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, es similar a la 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.

III) INCAPACIDAD TEMPORAL

Si un accidente impide al asegurado dedicarse a sus ocupaciones habituales, la Compañía abonará al asegurado, mientras dure el tratamiento médico requerido por el accidente, y como máximo hasta 365 días de ocurrido éste:

- La cantidad total convenida como indemnización diaria, durante todo 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 recluso.
- Parcialmente o sea 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, según dictamen de médico colegiado.
- La indemnización por incapacidad temporal se satisfará, si hay lugar, independientemente de la que pueda corresponder para el caso de muerte o invalidez permanente.
- 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 emitido por el médico, centro u hospital, que haya atendido la curación o prestado el servicio, o en la fecha que expide el plazo de un año de ocurrido el accidente, si no ha cesado antes el tratamiento médico.

IV) REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Si los gastos de curación están amparados por esta Póliza, la Compañía reembolsará los gastos en que incurra el Asegurado por concepto de asistencia médica quirúrgica, servicio de enfermeras graduadas y ambulancia, así como los gastos de hospitalización, que requieren las lesiones sufridas por el Asegurado a causa de un accidente cubierto por la Póliza, dentro de los 182 días de ocurrido el accidente y con la limitación de la suma asegurada para este concepto.

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.

10) LÍMITE DE EDAD:

La Compañía no expedirá ninguna Póliza a personas menores de 16 ni mayores de 59 años de edad. Sin embargo, podrán asegurarse personas hasta los 69 años de edad previo pago de la sobreprima correspondiente.

11) RENOVACIÓN:

Esta Póliza se emite por un año a partir de la fecha de emisión, sin embargo, la Compañía a solicitud del Asegurado y mediante el pago de la prima correspondiente podrá renovar los efectos de esta Póliza. Se conviene como pacto en contrario que la obligación del Asegurado de pagar a la Compañía la prima, será dentro de los (15) días siguientes al vencimiento del último período de vigencia. Es y queda convenida la condición resolutoria expresa, que si el Asegurado 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 del vencimiento del período de pago, 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 1278 y 1581 del Código Civil.

12) TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA POR DECLARACIÓN INEXACTA:

De conformidad con el artículo 908 del Código de Comercio, la Compañía podrá dar por terminado el presente contrato de seguro, mediante aviso por escrito al asegurado dentro del mes siguiente a aquél en que se conociere que hubo omisión o inexacta declaración de los datos y hechos importantes en la solicitud que sirvió de base para la apreciación del riesgo, aunque la solicitud no haya sido escrita de puño y letra por el asegurado.

La terminación de esta Póliza también tendrá lugar, si la Compañía comprobare que la edad real del Asegurado al tiempo de la celebración del contrato estaba fuera de los límites de admisión fijados en las cláusulas números cinco, último párrafo, y diez de esta Póliza.

Iguales efectos se producirán si se disimularen las causas de un accidente o exageraren sus consecuencias con el objeto de inducir a la Compañía a indemnizar indebidamente o en exceso. En este caso la Compañía se obliga a devolver la prima no devengada calculada a prorrata.

Se hace la salvedad de lo indicado en el Artículo 910 del Decreto del Congreso No. 2-70 Código de Comercio de Guatemala, que literalmente dice:

ARTICULO 910. NO PROCEDE LA TERMINACION. A pesar de la omisión o inexacta declaración de los hechos, el asegurador no podrá dar por terminado el contrato en los siguientes casos:

- 1º. Si provocó la omisión o inexacta declaración.
- 2º. Si conocía o debía conocer el hecho que no ha sido declarado o que lo fue inexactamente.
- 3º. Si renunció a impugnar el contrato por esta causa.
- 4º. Si la omisión consiste en dejar de contestar alguna de las preguntas del asegurador, salvo que de conformidad con las indicaciones del cuestionario, y las respuestas del solicitante, dicha pregunta deba considerarse contestada en un sentido determinado, que no corresponda la verdad.

13) EXTINCIÓN DE RESPONSABILIDAD:

La Compañía quedará desligada de toda obligación.

- a) Si se omite el aviso del accidente con la intención de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias.
- b) Si con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía, se disimulan o declaran inexactamente hechos referente al siniestro o accidente, que pudieran excluir o restringir sus obligaciones, y
- c) Si, con igual propósito, no se le remite con oportunidad la documentación referente al accidente o la prueba de pérdida respectiva.

14) ARBITRAJE:

Las diferencias que puedan surgir entre el Asegurado o en su caso, su representante legal o beneficiarios y la 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 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.

15) TRIBUNALES COMPETENTES:

Cualquier acción legal en caso de controversia en la interpretación o cumplimiento del presente contrato, deberá ejercitarse ante los Tribunales de la Ciudad de Guatemala, a cuya jurisdicción se someten expresamente las partes, el Asegurado y la aseguradora, RENUNCIANDO AMBOS AL FUERO DE SU DOMICILIO.

ASEGURADORA GENERAL, S. A

Texto aprobado por la resolución No. 231-76 del 22 de junio de 1976, Modificada por resolución 252-81 del 28 de julio de 1981, ambas de la Superintendencia de Bancos.



— INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

El seguro que proporciona la Póliza, por medio del presente anexo, es en adición y sobre cualquier otro tipo de cobertura que el Asegurado tenga o pueda tener y está sujeto a todas las provisiones, definiciones, limitaciones y condiciones de la Póliza a la cual se adhiere, excepto por la indemnización abajo descrita y las provisiones, definiciones, limitaciones y condiciones relacionadas con la misma.

BENEFICIO

En consideración a la prima adicional consignada en la Tabla de Beneficios correspondiente a la Póliza de la cual forma parte integrante el presente Anexo, la misma queda enmendada como sigue:

CUANDO A CAUSA DE ENFERMEDAD CONTRAIDA Y COMENZANDO DESPUES DE LA FECHA EN QUE SURTE EFECTO ESTE SEGURO, O DE ACCIDENTE OCURRIDO DESPUES DE DICHA FECHA, EL ASEGURADO SEA INTERNADO NECESARIA Y CONTINUAMENTE EN UN HOSPITAL, LA COMPAÑIA PAGARA EL BENEFICIO DE INDEMNIZACION DIARIA POR CADA DIA QUE EL ASEGURADO PERMANEZCA ASI INTERNADO, COMENZANDO CON EL CUARTO DIA, HASTA POR UN MAXIMO DE SESENTA (60) DIAS DE INDEMNIZACION, POR CAUSA DE CUALQUIER LESION O ENFERMEDAD CUBIERTA POR ESTE ANEXO.

HOSPITAL

dondequiera que en este anexo se use este término, significará un establecimiento legalmente autorizado para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas, como pacientes internos, y con facilidades organizadas para diagnóstico y cirugía mayor, para presentación de servicios profesionales por médicos y cirujanos legalmente autorizados y de enfermeras o enfermeros graduados.

PERÍODOS 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

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

- A. PREÑEZ, PARTO, ABORTO O INTENTO DEL MISMO, O CUALQUIER ENFERMEDAD O DOLENCIA DE LOS ORGANOS REPRODUCTORES DE LA MUJER.
- B. EXÁMENES FÍSICOS DE RUTINA O CUALESQUIERA OTROS, DONDE NO HAYA INDICACIONES OBJETIVAS DE DETERIORO EN LA SALUD NORMAL Y DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO O EXÁMENES DE RAYOS X, EXCEPTO EN EL CURSO DE UNA INCAPACIDAD ESTABLECIDA POR LA ATENCIÓN DE UN MÉDICO.
- C. SUICIDIO O TENTATIVA DE SUICIDIO, ESTE O NO EL ASEGURADO EN SU SANO JUICIO.
- D. CIRUGÍA PLÁSTICA O COSMÉTICA EXCEPTO COMO CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE.

E. ANOMALÍAS CONGÉNITAS Y LAS AFECCIONES QUE SOBREVENGAN O RESULTEN EN RELACIÓN CON LAS MISMAS,

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 CONTRAIDA O QUE HAYA PRINCIPIADO ANTES DE DICHA FECHA.