



PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVA - MUESTRA SIN VALOR

— CLÁUSULAS DE ESTA PÓLIZA

PRIMERA: CONTRATO COMPLETO:

El contrato completo de seguro, que regula las obligaciones y derechos de la Compañía, del Contratante y del grupo asegurado, se rige por la declaraciones del Contratante en su solicitud de seguro; por el consentimiento de cada uno de los integrantes del grupo asegurado; por las cláusulas de la presente póliza y de los certificados individuales de seguro; por el registro de asegurados y los anexos a la misma; y por los principios de buena fe, equidad y lealtad que recíprocamente se guardan las partes Contratantes.

SEGUNDA: DEFINICIÓN DE ACCIDENTE:

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

Serán considerados también como Accidentes:

Los atentados o agresiones dirigidos personal o aisladamente contra el Asegurado. Los causados por explosiones, descargas eléctricas o atmosféricas.

Las quemaduras causadas por fuego, escapes de vapor imprevistos o el contacto accidental con ácidos y corrosivos.

La asfixia accidental producida por agua, gas, humo, o vapores.

Las infecciones respecto a las cuales quede probado que el virus ha penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto.

Las mordeduras de animales o picaduras de insectos y sus consecuencias (con las excepciones de la CLAUSULA DECIMA) así como las inoculaciones infecciosas debidas a pinchazos sufridos en el ejercicio de profesión.

Los casos de legítima defensa o tentativa de salvar, personas o bienes en peligro. Los que se produzcan como consecuencia de fenómenos de la naturaleza.

La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos adquiridos en mal estado o consumidos en lugares públicos

TERCERA: CONTRATANTE Y SUS OBLIGACIONES:

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

Son obligaciones del Contratante:

a) Pagar en las Oficinas Centrales de la Compañía, el total de la prima, ya sea sin contribución o contributiva, en este último caso, deberá recaudar en la oportunidad debida el porcentaje respectivo de los integrantes del Grupo Asegurado.

b) Informar por escrito a la Compañía, adjuntando los documentos del caso en cuanto a:

1) Nuevos ingresos al Grupo, con su respectivo consentimiento.

2) Separaciones definitivas del Grupo;

3) Cualquier situación de los Asegurados que afecte alguna de las Cláusulas de la Póliza;

4) Propuesta de modificación de las sumas aseguradas a reserva de lo que la Compañía decida al respecto, y

c) Dar a conocer al personal que se asegure, la necesidad de declarar exactamente la edad.

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

CUARTA: PAGO DE PRIMAS:

El Contratante, en representación del Grupo Asegurado, debe pagar a la Compañía en las Oficinas de ésta, en la Ciudad de Guatemala, la prima estipulada en la primera página de esta Póliza, en la fecha que allí mismo se indica o en las fechas estipuladas como pacto en contrario en el anexo de pagos fraccionados.

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

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

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

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

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

Cuando los miembros del Grupo Asegurado estén obligados a contribuir al pago de la prima y alguno de ellos no cumpla con cubrir la parte que le corresponda, el Contratante puede solicitar la baja del mismo a la entidad aseguradora.

QUINTA: OCUPACIÓN:

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

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

Si el Asegurado cambiare su ocupación a otra calificada en la tarifa aprobada como no asegurable, el seguro quedará rescindido de completo derecho desde el momento en que el Asegurado haya cambiado de ocupación.

SEXTA: ALTAS DE ASEGURADOS:

Las personas que llenen los requisitos establecidos por la Compañía podrán ingresar al Grupo de Asegurados con posterioridad a las fechas de emisión o renovación de esta Póliza.

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

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

En ambos casos, la Compañía cobrará al Contratante la parte de la prima promedio que corresponde al tiempo que falta para concluir el período asegurado.

Queda entendido y convenido que dicha prima siempre se computará por meses completos, salvo el caso previsto en el inciso D) de la Cláusula CUARTA.

SÉPTIMA: 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 estos casos, la parte de la prima promedio que resulte no devengada, será restituida al Contratante por la Compañía.

Queda entendido que dicha Prima siempre se computará por meses completos.

OCTAVA: AVISO Y PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE:

El asegurado y el Contratante deberán dar aviso por escrito a la Compañía dentro de los cinco días siguientes a la fecha del accidente, de cualquier lesión cubierta por la presente Póliza.

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

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

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

En caso de que la Compañía, por alguna circunstancia, no proporcionare las mencionadas formas dentro de los quince días de haber recibido el aviso, bastará que el Asegurado presente su reclamación por medio de carta a la que acompañe las pruebas correspondientes relativas al acontecimiento, así como a 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 caso de cualquier otra pérdida dentro de los 90 días posteriores a la fecha en que ocurrió la pérdida.

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

NOVENA: 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 debe comunicarse por escrito a la Compañía, quien lo registrará en la Póliza.

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

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

La renuncia a la facultad de revocar la designación de beneficiarios es válida y quedará firme cuando se haya comunicado por escrito al beneficiario o beneficiarios. 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.

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

II) INVALIDEZ PERMANENTE.

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

a) La suma asegurada íntegra en los casos de invalidez total y permanente, entendiéndose como tal:

La enajenación mental absoluta e incurable; la parálisis completa; la ceguera absoluta; y la pérdida o mutilación de ambos brazos o ambas manos, o de un brazo y una pierna, o de una mano y un pie, o de ambas piernas o ambos pies.

b) La parte proporcional de la suma asegurada que para cada caso determina el cuadro que sigue cuando la invalidez permanente sea parcial (en caso de constar en el consentimiento individual que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida total o parcial de los miembros superiores):

| | DERECHO | IZQUIERDO |
|--|---------|-----------|
| Pérdida total del brazo o de la mano. | 70% | 60% |
| Pérdida total del movimiento del hombro. | 30% | 25% |
| Pérdida total del codo. | 25% | 20% |
| Pérdida total del pulgar y del índice. | 50% | 40% |
| Pérdida del movimiento de la muñeca. | 25% | 20% |
| Pérdida total de tres dedos incluidos pulgar ó índice. | 35% | 30% |
| Pérdida total de tres dedos que no sean pulgar ó índice. | 25% | 20% |
| Pérdida total del pulgar y otro que no sea el índice. | 30% | 25% |
| Pérdida total del índice y otro que no sea el pulgar. | 20% | 17% |
| Pérdida total del pulgar solo | 22% | 18% |
| Pérdida total del índice solo. | 15% | 12% |
| Pérdida total del medio, del anular o del meñique. | 10% | 8% |
| Pérdida total de dos de estos últimos dedos. | 15% | 12% |
| Pérdida total de una pierna o de un pie. | 50% | |
| Amputación parcial de un pie comprendidos todos los dedos. | | 40% |
| Sordera completa de los dos oídos. | | 50% |
| Ablación de mandíbula inferior. | | 30% |
| Pérdida total de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular. | | 40% |
| Pérdida del movimiento de una cadera o de una rodilla. | | 25% |
| Acortamiento de más de 5 cm. de un miembro inferior. | | 15% |
| Sordera completa de un oído. | | 10% |

| | |
|---------------------------------|-----|
| Pérdida del dedo gordo del pie. | 10% |
| Pérdida de otro dedo de un pie. | 5% |

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

La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro u órgano, es similar a la pérdida del mismo.

Las invalideces no especificadas serán indemnizadas en proporción a la gravedad comparándolas 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 pagará al Asegurado mientras dure el tratamiento médico requerido por el accidente, y como máximo hasta 365 días de ocurrido éste.

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

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

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

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

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

IV) REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Si la lesión dentro de los 182 días siguientes a la fecha del accidente requiere tratamiento por un médico o cirujano legalmente autorizado para ejercer, confinamiento en un hospital, empleo de una enfermera autorizada o graduada, examen por rayos X, o el uso de una ambulancia, la Compañía pagará en adición a cualquiera otra indemnización que deba pagarse por esta Póliza, los gastos realmente así incurridos por el Asegurado, pero sin exceder 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 o a cargo de otras instituciones o Compañías, no serán indemnizados bajo esta Póliza la cual tiene carácter de complementaria.

DÉCIMA: EXCLUSIONES:

El seguro a que se refiere esta Póliza no cubre:

- Muerte, incapacidad, lesiones o cualquier otra pérdida causada directa o indirectamente, en todo o en parte por:
 - Enfermedad corporal o mental o estado de embriaguez; infecciones bacteriales (con excepciones de las infecciones Piogénicas que acontezcan simultáneamente y como resultado de una cortada o herida accidental);
 - Tratamiento médico o quirúrgico, con excepción del que resulte directamente de operaciones quirúrgicas que se hagan necesarias por lesiones cubiertas por esta Póliza, siempre que se haya practicado dentro de los noventa días de la fecha del accidente; hernia, ni tampoco cubrirá este seguro cualquier lesión corporal que tenga como consecuencia alguna hernia.
 - Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya o no declaración de guerra) amotinamiento, motín, conmoción civil, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conspiración poder militar usurpado, ley marcial, o estado de sitio, o cualquiera de los sucesos, o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena, o reglamento de aduana o nacionalización por cualquier Gobierno o Autoridad Pública o local, por orden de dicho gobierno o autoridad o cualquier arma o instrumento que emplee fisión atómica o fuerza radiactiva, ya sea en tiempo de paz o de guerra.
 - Mientras el Asegurado se encuentre en servicio militar de cualquier clase.
 - Riña cuando el Asegurado tome parte de ella.
 - Las sufridas por el Asegurado debido a Actos de imprudencia, temeridad o negligencia grave, tomando parte en carreras de velocidad o resistencia en apuestas o en concursos de cualquier naturaleza.
 - Accidentes que sufra el Asegurado viajando:
 - En aeronave que no pertenezca a una línea regular establecida de pasajeros.
 - En vuelos de observación, vuelos especiales o fletados.
 - En aviones militares o navales o mientras el Asegurado actúe como piloto, mecánico o miembro de la tripulación de alguna aeronave.
 - Suicidio, o cualquier conato del mismo que tenga como consecuencia la pérdida de la vida, lesiones corporales o cualquier otra pérdida bien sea que lo cometa en estado de enajenación mental o libre de ella.

DÉCIMA PRIMERA: 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 aplicará la tabla de primas que como Anexo forma parte de esta Póliza, según la ocupación y edad alcanzada por cada miembro del Grupo Asegurado.

DÉCIMA SEGUNDA: LÍMITE DE EDAD:

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

Si la Compañía comprobare que la edad real al tiempo de la celebración del contrato de seguro estaba fuera de los límites de admisión fijados, la Compañía dará por rescindido el seguro correspondiente a dicho asegurado.

DÉCIMA TERCERA: RESCISIÓN DE LA PÓLIZA:

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que pueda influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocerlos en el momento de la celebración del contrato. La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el seguro de la persona que haya omitido o declarado inexactamente dichos hechos importantes, aunque no haya influido en la realización del siniestro, siempre que lo notifique dentro del mes siguiente a aquel en que conozca la omisión o inexacta declaración.

DÉCIMA CUARTA: EXTINCIÓN DE RESPONSABILIDADES:

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 referentes 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.

DÉCIMA QUINTA: 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 no se pusieran de acuerdo en el nombramiento de un solo árbitro se someterá el caso a la resolución de dos, nombrados uno por cada parte. Estos árbitros antes de empezar sus labores nombrarán un tercero para caso de discordia, en caso que los dos árbitros no se pongan de acuerdo en el nombramiento del tercer 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".

DÉCIMA SEXTA: COMPETENCIA:

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

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.