

ASISTENCIA MASCOTAS | VETERINARIA

BENEFICIOS: Cuando un asegurado requiera apoyo para el cuidado de sus mascotas domésticas, podrá solicitar asesoría telefónica o solicitar consulta médica veterinaria por enfermedad o accidente, previa cita, dependiendo de la ubicación geográfica y en horario de atención de 8:00 a 17:00 horas. Mascotas domésticas incluidas: perros, gatos, hámster o roedores similares, pájaros de jaula y peces. Si el servicio excede el monto máximo por evento, el excedente deberá ser pagado por el afiliado o sus beneficiarios, con sus propios recursos económicos, al proveedor en el momento de la prestación del servicio.

SERVICIOS	MONTO MAXIMO POR EVENTO	MAXIMO DE EVENTOS ANUALES*
Consulta médica veterinaria	Q500.00	3 eventos*
Eutanasia	Q1,000.00	1 evento
Tele consultas de 8:00 a 17:00 horas	Ilimitado	Ilimitado

*Máximo 1 evento mensual

EXCLUSIONES: Los servicios que el afiliado o beneficiarios hayan contratado sin previo consentimiento de la asistencia. Y los causados por mala fe del afiliado o sus beneficiarios.

Quedan excluidas consultas veterinarias para vacunación, esterilización, baño y peluquería canina, pipetas anti pulgas. Cualquier servicio adicional que el afiliado o beneficiario dueño de la mascota haya contratado directamente con el proveedor, correrán bajo su cuenta y riesgo.

PROCEDIMIENTO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO: Para utilizar los servicios de Asistencia, el afiliado deberá seguir siempre el siguiente procedimiento:

- El afiliado debe llamar al PBX 2317-8470, para solicitar el servicio en el momento del evento.
- El afiliado procederá a suministrar al momento de la llamada telefónica, todos los datos necesarios para identificarlo como afiliado, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado.
- Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con la Asistencia. En este caso no se estará obligado a reembolsar al afiliado o sus beneficiarios dicho gasto.

RESPONSABILIDAD: Ficohsa Seguros, S.A. en ningún momento se responsabiliza del pago de los servicios de asistencia que presten cualquier tipo de empresa y/o persona, autorizada o no, que no sean los coordinados directamente por la red de servicio a través de su centro de atención de llamadas descritas en el inciso de procedimiento para la prestación del servicio.

ASISTENCIA NUTRICIONAL

BENEFICIOS: Cuando el afiliado requiera apoyo de una nutricionista, podrá solicitar la asistencia de consulta en clínica o vía web, previa cita y en horario de atención de 8:00 a 17:00 horas.

SERVICIOS	MONTO MÁXIMO POR EVENTO	MÁXIMO DE EVENTOS ANUALES
Consulta médica nutricionista	Q350.00	6 eventos*

*Máximo un evento mensual

EXCLUSIONES: Las asistencias no serán prestadas en los siguientes casos:

- A. Los servicios que el afiliado o beneficiarios hayan contratado sin previo consentimiento de la asistencia. Y los causados por mala fe del afiliado o sus beneficiarios.
- B. Cuando el servicio de asistencia no sea solicitado por el afiliado.

PROCEDIMIENTO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO: Para utilizar los servicios de Asistencia, el afiliado deberá seguir siempre el siguiente procedimiento:

- A. El afiliado debe llamar al PBX 2317-8470, para solicitar el servicio en el momento del evento.
- B. El afiliado procederá a suministrar al momento de la llamada telefónica, todos los datos necesarios para identificarlo como afiliado, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado.
- C. Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con la Asistencia. En este caso no se estará obligado a reembolsar al afiliado o sus beneficiarios dicho gasto.

RESPONSABILIDAD: Ficohsa Seguros, S.A. en ningún momento se responsabiliza del pago de los servicios de asistencia que presten cualquier tipo de empresa y/o persona, autorizada o no, que no sean los coordinados directamente por la red de servicio a través de su centro de atención de llamadas descritas en el inciso de procedimiento para la prestación del servicio.

ASISTENCIA FUNERARIA | REPATRIACIÓN

BENEFICIOS: La cobertura otorgada, consiste en una asistencia funeraria en caso de fallecimiento del beneficiario de la asistencia. Mediante la realización de una llamada se organizará la logística necesaria para la prestación del servicio funerario y repatriación si fuera el caso, las 24 horas y los 365 días del año. Sujetándose para ello a las condiciones estipuladas en el presente anexo. La asistencia incluye los siguientes servicios:

ASISTENCIA NACIONAL:

- A. Atención telefónica las 24 horas, 365 días del año.
- B. Asesoría telefónica de la documentación necesaria para el reclamo del seguro.
- C. Apoyo en gestión de trámites legales ante las autoridades competentes.
- D. Levantamiento del cuerpo en el lugar del fallecimiento.
- E. Servicio de tanatopraxia, para que la persona fallecida sea velada en un término no mayor a 24 horas.
- F. Ataúd de madera estándar, el cual cumple con las regulaciones de legales vigentes.
- G. Trasladar por vía terrestre el cuerpo a la sala de velación o en su caso al domicilio indicado por el familiar a nivel nacional, y, posteriormente, al cementerio indicado. El Proveedor, hará su mejor esfuerzo, para que el traslado sea directamente del, y, hacia los puntos señalados por el asegurado. Sin embargo, en los casos que por razones de fuerza mayor o desastres naturales no pueda llegar al destino final, el Proveedor, hará su mejor esfuerzo, de prestar el servicio hasta el lugar más cercano al destino final indicado por el requirente del servicio.
- H. Velación del cuerpo por 24 horas (Domicilio o sala de velación) dentro y fuera del área urbana.
- I. Servicios de alimentación en la sala de velación o domicilio conforme estándar básico.
- J. Decoración en las salas de velación o el lugar indicado, los cuales incluyen 2 arreglos florales laterales y 1 cubre cofre.
- K. Cubrir el costo de la celebración de servicio religioso, conforme lo solicite la familia.

ASISTENCIA DE REPATRIACION INTERNANCIONAL:

- A. Asesoría telefónica de la documentación necesaria para el reclamo del seguro.
- B. Asistencia telefónica las 24 horas, los 365 días del año.
- C. Apoyo en trámites legales y consulares para la repatriación de los seres a su país de origen.
- D. Trasladar el cuerpo, hacia Guatemala, desde el país de fallecimiento en cualquier parte del mundo.
- E. Recoger el cuerpo desde el sitio del fallecimiento.
- F. Proveer un féretro hermético para la repatriación del cadáver, el cual deberá, cumplir con los requisitos legales y/o administrativos indispensables para poder llevar a cabo el traslado del cuerpo.

- G. Funda de protección para el revestimiento del féretro para transporte aéreo.
- H. Embalaje especial para el transporte aéreo, del féretro.
- I. Transporte aéreo a Guatemala, del cuerpo.
- J. Traslado vía terrestre, hasta y desde el aeropuerto, realizar todos los trámites legales de aduana para obtener la entrega del cuerpo en los aeropuertos que correspondan.
- K. Servicio Funerario en Guatemala -Asistencia Nacional.

EXCLUSIONES: Quedan excluidos los servicios funerarios y repatriación por la participación del Afiliado en o derivado de: actos de guerra, guerra extranjera, guerra civil (sea ésta declarada o no), maniobras o entrenamientos militares, servicio militar, artes marciales, invasión, conmoción civil, atentados, sedición, motín, rebelión, revolución, insurrección, marchas, manifestaciones, mítines, levantamientos o movimientos populares, pandemia (Covid-19 tiene cobertura). Catástrofes naturales y homicidio culposo.

PROCEDIMIENTO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO: Para utilizar los servicios de Asistencia es condición indispensable que en caso de fallecimiento del asegurado de la asistencia que un familiar en primer grado de consanguinidad siga el siguiente procedimiento:

- A. Llamar al PBX 2317-8470, para solicitar el servicio en el momento del siniestro.
- B. El familiar procederá a suministrar al momento de la llamada telefónica, todos los datos necesarios para identificarlo como afiliado, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado:
 - a. Nombre completo del Asegurado.
 - b. Nombre completo y número telefónico del responsable (familiar en primer grado de consanguinidad).
 - c. Lugar exacto de donde se encuentra la persona fallecida
 - d. Acta de defunción o certificado médico legal.
- C. Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con la Asistencia. En este caso no se estará obligado a reembolsar al afiliado o sus beneficiarios dicho gasto.
- D. El servicio de Asistencia estará disponible, en todo el territorio de la república de Guatemala, las 24 horas y los 365 días del año.
- E. En todos los casos en los que el costo del servicio exceda el monto máximo por evento, indicado en el presente documento, el afiliado o beneficiario deberá cancelar con sus propios recursos el excedente de los costos a prestársele. En estos casos, se notificará al afiliado y/o beneficiario, previa y telefónicamente la totalidad de los costos que deberá asumir en el momento de la prestación del servicio, y hasta obtener autorización del afiliado y/o beneficiario, se enviará al proveedor a prestar el servicio.
- F. La asistencia se prestará el servicio únicamente si recibe la llamada o notificación sobre el fallecimiento de la persona afiliada, de un familiar comprendido dentro de los grados de ley.
- G. En los casos en que según las normatividad o regulación únicamente un familiar dentro de los grados de ley del fallecido pueda realizar y gestionar los trámites de reclamo del cuerpo y/o trámites legales correspondientes, ante el Registro Nacional de las Personas, Policía Nacional Civil, Dirección General de Servicios de Salud y cualquier otra entidad o dependencia pública o privada que sea necesaria, el Proveedor únicamente podrá

acompañar a hacer la diligencias, más no está facultado para actuar directamente ante dichas dependencias. El servicio prestado por el Proveedor no incluye trámites y pagos en el cementerio.

RESPONSABILIDAD: Ficohsa Seguros, S.A. en ningún momento se responsabiliza del pago de los servicios de asistencia que presten cualquier tipo de empresa y/o persona, autorizada o no, que no sean los coordinados directamente por la red de servicio a través de su centro de atención de llamadas descritas en el inciso de procedimiento para la prestación del servicio.

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

CLÁUSULA 1: CONTRATO

Estas Condiciones Generales, la Solicitud, el Consentimiento, el Certificado Individual, la Carátula y los Anexos que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen, previa aceptación de las partes, constituyen el Contrato entre el Contratante, el Asegurado y Seguros Alianza, 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 presentados a la Compañía, para los efectos de los primeros párrafos del artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala que dicen 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: OBJETO DEL SEGURO

Mediante este Seguro la Compañía se compromete a cubrir los riesgos mencionados en estas Condiciones Generales y los Anexos que formen parte del mismo, en caso de siniestro cubierto por esta Póliza.

CLÁUSULA 4: DEFINICIONES

Para los efectos de la presente Póliza y sujeto a los demás términos y condiciones de la misma, se entenderá por:

ACCIDENTE: Hecho que deriva de una fuerza externa, fortuita, violenta e involuntaria (accidental), con independencia o exclusión de cualquier otra causa, que produce una lesión corporal, de la que exista evidencia en forma de contusión o herida visible en la parte exterior de cuerpo. También se consideran como accidente, los casos de muerte por inmersión y aquellos otros en que la muerte haya sido causada por lesión interna, si esta es revelada por una autopsia.

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

ASEGURADO: A la persona individual que a solicitud del Contratante y de acuerdo al Consentimiento queda cubierta por este Seguro Colectivo de Accidentes Personales.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Al documento que se emite a favor de la persona individual que se adhiere al Seguro Colectivo de Accidentes Personales.

CONTRATANTE: A la persona individual o jurídica capaz de celebrar la contratación de la Póliza con el consentimiento de los miembros del Grupo Asegurable.

GRUPO ASEGURADO: Al conjunto de personas que, satisfaciendo las características del Grupo asegurable, están cubiertas por este Seguro Colectivo de Accidentes Personales.

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 y que forman parte del Grupo especificado en la Solicitud del Seguro.

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 5: COBERTURA BÁSICA

Al recibir la Compañía pruebas fehacientes de la muerte a consecuencia de un accidente 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 6: DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

La Póliza será indisputable por omisión o inexacta declaración inmediatamente después de haber cumplido el segundo año de vigencia. En el caso de nuevos miembros del Grupo Asegurado, la indisputabilidad en cuanto a estos miembros será después de dos (2) años contados desde la fecha en que respectivamente quedan asegurados.

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

Si la edad real del Asegurado estuviere dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía y como consecuencia de la declaración inexacta de su edad, se hubiere fijado una

prima menor o mayor, la suma asegurada a pagarse será la que corresponda al importe que la Compañía hubiere asegurado, según sus tarifas vigentes al celebrarse el Contrato, de acuerdo con la prima efectivamente pagada.

Si la edad del Asegurado fuere inferior a la declarada y ello se descubre en vida del Asegurado, éste podrá optar entre lo dispuesto en el párrafo anterior o la devolución del exceso de reserva existente, debiendo en este caso ajustarse las primas ulteriores de la edad real, según las tarifas vigentes al celebrarse el Contrato.

Para los cálculos mencionados en este artículo se aplicarán las tarifas que hubieran estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato.

CLÁUSULA 7: PAGO DE PRIMA

El Contratante, en representación del Grupo Asegurado, debe pagar a la Compañía en las oficinas de esta, la prima estipulada en la Carátula de la Póliza, en el momento de la celebración del Contrato, por lo que se refiere al período del seguro, salvo pacto en contrario, se podrán pactar pagos semestrales, trimestrales y mensuales.

Si el pago no ha sido efectuado, el Contrato cesará en sus efectos automáticamente a partir del día siguiente del vencimiento del pago o al día siguiente del vencimiento del período de gracia, según aplique, sin necesidad de declaratoria judicial ni de aviso de cancelación, y la Aseguradora quedará relevada de cualquier responsabilidad.

Si al formalizarse el Seguro del Grupo 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:

- a) La prima establecida a cada inicio del período asegurado del Grupo.
- b) La fecha de aceptación del ingreso al Grupo Asegurado.
- c) El tiempo que falte para concluir el período asegurado.

d) La Suma Asegurada que cubra durante dicho período parcial.

Si un miembro del Grupo Asegurado estuviera obligado a contribuir al pago de la prima y no lo hiciere, el Contratante tiene el derecho a solicitar la baja del mismo del Grupo Asegurado.

CLÁUSULA 8: PERÍODO DE GRACIA

El Contratante dispone de un período de gracia de treinta (30) días calendario para el pago de la prima inicial y la prima de renovación en cada aniversario de la Póliza, si el pago no se efectúa dentro de dicho período, el Contrato terminará en sus efectos automáticamente. En caso de siniestro durante el período de gracia, la Compañía, de ser el caso, deducirá de la indemnización pagadera al Asegurado o al (los) Beneficiario(s), el total de la prima pendiente

de pago o las fracciones de esta no pagadas por el Asegurado, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

En el caso de pagos fraccionados, el Contratante no dispondrá del citado período de gracia para los pagos fraccionados subsecuentes.

CLÁUSULA 9: RENOVACIÓN

La Compañía renovará esta Póliza automáticamente 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 10: VIGENCIA

10.1 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 doce (12) horas del día de inicio y termina a las doce (12) horas del día de finalización de la vigencia de la Póliza.

10.2 Vigencia del Certificado Individual:

La Compañía asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia del Certificado Individual, la cual se hará constar en el mismo y termina el día de la finalización de la vigencia de la Póliza o por la baja del Asegurado de acuerdo a lo estipulado en la Cláusula 16.2 “Bajas de Asegurados”. Dicho período comienza a las doce (12) horas del día de inicio y termina a las doce (12) horas del día de finalización de la vigencia del Certificado.

CLÁUSULA 11: LÍMITES DE EDAD

La edad mínima de ingreso es de 15 años. La edad máxima de ingreso y la edad máxima de terminación de beneficios serán indicadas en el Cuadro de Coberturas de la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual y/o Anexos de esta Póliza.

CLÁUSULA 12: BENEFICIARIOS

El Asegurado y solamente él debe nombrar a uno o a más Beneficiarios designándolos en el Consentimiento, incluyendo 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 13: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Son obligaciones del Contratante:

- a) Suscribir la Solicitud y remitirla a la Compañía, juntamente con los Consentimientos de los integrantes del Grupo.
- 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 a los Asegurados sobre los aspectos que sean de su competencia y que le hayan sido notificados por la Compañía.
- d) Entregar los Certificados Individuales a los miembros del Grupo Asegurado, o en su caso, las constancias de contratación del seguro, por el medio convenido.
- e) Dar a conocer al personal que se asegure la necesidad de declarar exactamente la edad y las consecuencias de no proporcionar la información correspondiente.
- f) Informar inmediatamente y por escrito a la Compañía, adjuntando los documentos respectivos, en cuanto a:
 - 1) Los nuevos ingresos al Grupo.
 - 2) Las separaciones definitivas del Grupo.
 - 3) Cualquier situación de los Asegurados que ya no se ajuste a alguna de las Cláusulas de la Póliza
 - 4) Propuestas de modificación de las Sumas Aseguradas, a reserva de lo que la Compañía decida al respecto.
 - 5) Cualquier situación de los asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la Póliza, así como las agravaciones esenciales que tenga el riesgo, que sean de su conocimiento; y,
 - 6) La terminación de su calidad como contratante.
- g) Dar a conocer a la persona que se asegure, la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- h) No efectuar cargos adicionales al asegurado sobre la prima fijada por la Aseguradora.

En caso de que el Contratante concluya sus obligaciones para con el Grupo Asegurado, deberá notificarlo inmediatamente a la Compañía y esta a su vez podrá rescindir el Contrato dentro de los treinta días (30) calendario siguientes a la fecha en que recibió la notificación y sus obligaciones terminarán treinta días (30) calendario después de haber sido notificada la recisión de manera fehaciente al Contratante. La Compañía reembolsará a este la prima no devengada.

CLÁUSULA 14: ALTAS Y BAJAS DEL GRUPO ASEGURADO

14.1 Altas de Asegurados:

Cada miembro elegible que se encuentre en servicio activo y que haya llenado su Consentimiento, en el formulario aprobado por la Compañía, para participar en el plan de Seguros y que acuerde pagar las contribuciones requeridas, si corresponde, quedará

Asegurado a partir del momento en que La Compañía reciba el Consentimiento y lo notifique al solicitante, sujeto a las estipulaciones que se indican a continuación:

Un miembro es activo cuando se encuentra formando parte, legalmente, del Grupo Asegurable y que no se encuentre incapacitado o limitado por cualquier causa para efectuar sus labores diarias.

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 alta.

14.2 Bajas de Asegurados:

Las coberturas particulares de un Asegurado conforme esta Póliza cesarán automáticamente:

- a) Si perdiera su calidad de miembro elegible para el Seguro.
- b) Por concluir su afiliación al Grupo Asegurable.
- c) Si caduca esta Póliza.
- d) Si el Asegurado deja hacer en su oportunidad cualquier contribución requerida.
- e) En la edad indicada en la Póliza.

En cualquiera de estos casos, la parte de la prima que resultare no devengada será restituida al Contratante por La Compañía, quien, si procede, la devolverá a la persona que se retira del seguro. 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 15: AVISO DE SINIESTRO

Tan pronto como el Beneficiario o, en su caso, el Asegurado, tuviere conocimiento de la realización del siniestro, deberá comunicarlo a la Compañía. Salvo Pacto o disposición expresa en contrario, el aviso deberá darse por escrito y dentro de un plazo de cinco (5) días. Este plazo no correrá sino en contra de quienes tuvieran conocimiento del derecho constituido a su favor.

CLÁUSULA 16: PAGO DE BENEFICIOS

El (los) Beneficiario (s) o el Asegurado, según sea el caso, tienen acción directa para requerir de la Compañía el pago de la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las condiciones establecidas en la Póliza.

Toda vez que se hayan practicado las investigaciones correspondientes, se encuentren completos los requisitos contractuales y legales del caso y no exista desacuerdo en la liquidación e interpretación de las Cláusulas de esta Póliza, la Compañía pagará conforme a lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley de la Actividad Aseguradora.

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.

Todas las indemnizaciones cubiertas por la Compañía serán liquidadas al (los) Beneficiario (s) designados o al Asegurado, según corresponda.

Los documentos que deben presentarse a la Compañía para el pago del Seguro de Accidentes Personales, son los siguientes:

Del Asegurado (fallecido):

Original del Certificado Individual, Certificación de Nacimiento, DPI, Certificado de Defunción, Certificación de la Funeraria que prestó el servicio y, si procede, Certificación Médica o Informe Médico Forense o Informe de Necropsia Médico Legal. En caso de Muerte Accidental: Además de lo anterior, Informe de los Bomberos, Policía o Ministerio Público. Cualquier otro documento que la Compañía considere necesario.

De los Beneficiarios:

Aviso de Siniestro debidamente autenticado (Un (1) Aviso por cada Beneficiario), fotocopia del DPI. Cualquier otro documento que la Compañía considere necesario.

CLÁUSULA 17: EXCLUSIONES

Esta cobertura no se concederá si la muerte del Asegurado son debidas directa o indirectamente, total o parcialmente como consecuencia de:

- a) Enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean a consecuencia directa de un accidente.**
- 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 (tragados, administrados, absorbidos o inhalados por accidente o de otra manera, voluntaria o involuntariamente).**
- d) Suicidio o cualquier intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
- e) Actos o hechos cometidos con Armas de fuego, contundentes o punzo cortantes.**
- f) Riña cuando el Asegurado tome parte en ella.**
- g) Participación en tumultos o insurrecciones.**
- h) Prestar servicio militar o naval, en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrección.**
- i) Viajar o volar en cualquier aeronave o al descender 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 cualesquiera deberes a bordo de tal aeronave.**

- j) La participación en cualquier forma de navegación submarina.**
- k) Encontrarse en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o competencias de velocidad o resistencia.**
- l) Participación en eventos de paracaidismo, parapenting, ala delta o similares.**

CLÁUSULA 18: 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 (los) Beneficiario (s) no tiene (n) 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 19: RESOLUCIÓN DE ASUNTOS LITIGIOSOS

El Contratante, el Asegurado, el (los) Beneficiario (s) y la Compañía, renuncian al fuero de sus respectivos domicilios y se someten expresamente a los tribunales competentes de la Ciudad de Guatemala, para todo litigio proveniente del Contrato.

CLÁUSULA 20: MONEDA

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

CLÁUSULA 21: 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 al domicilio principal de la Compañía o a la dirección del Contratante que conste en la Póliza, según sea el caso.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1114-2015 del 15 de octubre de 2015.