

**CONTRATO DE SUMINISTRO No. C-05/2016**

**LICITACIÓN PÚBLICA No. LP- 01/2016**

**"SUMINISTRO PÓLIZAS DE SEGUROS DE PERSONAS, BIENES Y FIDELIDAD AÑO 2016"**

**NOSOTROS:** por una parte **MARTA CECIBEL LAU MARQUEZ**, mayor de edad, del domicilio de la ciudad y Departamento de Santa Ana, con Documento Único de Identidad Número cero tres cuatro tres cero cinco ocho ocho- cero, actuando en mi calidad de Presidenta de la Junta Directiva y Representante Legal del Centro Internacional de Ferias y Convenciones de El Salvador, que en adelante puede denominarse Centro de Ferias y Convenciones y/o El Contratante, Institución de Derecho Público, de este domicilio, con Número de Identificación Tributaria cero seis uno cuatro- dos cuatro cero dos cero siete- uno cero uno- cero, personería que acredito ser legítima y suficiente conforme a la siguiente documentación: a) Ejemplar del Diario Oficial Número treinta y uno, Tomo trescientos setenta y cuatro, de fecha quince de febrero de dos mil siete, en el cual consta el Decreto Legislativo doscientos veinte, de fecha diecinueve de enero de dos mil siete, que contiene la Ley del Centro Internacional de Ferias y Convenciones de El Salvador, por la cual se creó esta Institución, en cuyo texto establece el artículo cuatro, que la administración de la Institución estará confiada a una Junta Directiva integrada por un Presidente y cinco Directores propietarios, y el primero de estos será nombrado por el Presidente de la República, por un período de cinco años, al que le corresponde la Representación Legal de la Institución; y b) Acuerdo Ejecutivo número treinta y cuatro de fecha dos de junio del dos mil catorce, publicado en el Diario Oficial número cien, Tomo cuatrocientos tres de la misma fecha, en el cual consta que fui nombrada Presidenta de la Junta Directiva de la institución en mención, para un período legal de funciones que finaliza el ocho de noviembre de dos mil diecisiete, por lo cual me encuentro facultada para la firma de este tipo de contratos, en los términos que adelante se expresan, y en el transcurso del presente instrumento me denominaré **EL CONTRATANTE**; y por otra parte, **GILDA CARLOTA ALVAREZ DE MONTOYA**, mayor de edad, Ingeniero Químico, del domicilio de Antiguo Cuscatlán, Departamento de La Libertad, con Documento Único de Identidad Número cero cero seis cinco ocho cinco ocho seis- dos; y Número de Identificación Tributaria cero seis uno cuatro- cero nueve cero seis seis cero- cero uno cinco- nueve, actuando en mi calidad de Apoderada General Administrativa de la Sociedad SISA, VIDA, SOCIEDAD ANONIMA, SEGUROS DE PERSONAS, que se abrevia SISA, VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, con Número de Identificación Tributaria cero cinco uno uno- dos uno cero ocho cero cero-uno cero uno- dos, Sociedad Anónima, de nacionalidad Salvadoreña, del domicilio de Santa Tecla, departamento de La Libertad, cuya vigencia es indefinida, calidad que compruebo mediante la siguiente documentación: Fotocopia certificada notarialmente, del Testimonio de la Escritura Pública de Poder General Administrativo, otorgado a las nueve horas y veinte minutos del día veintiséis de septiembre de dos mil catorce, ante los oficios notariales de la Licenciada Any Cristy Argumedo Campos, por el señor José Eduardo Montenegro Palomo en su calidad de Director Presidente y Representante Legal de la Sociedad SISA, VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, a mi favor y de otros pudiendo actuar conjunta o separadamente, inscrita en el Registro de Comercio al Número Treinta, del Libro Un mil seiscientos sesenta y uno del Registro de Otros Contratos Mercantiles, del folio doscientos seis al folio doscientos once el día fecha treinta de septiembre de dos mil catorce, en dicho poder se encuentra acreditada además, la existencia de la Sociedad poderdante y la personería de su Representante Legal, por lo que estoy plenamente facultada para otorgar actos como el presente; y que en este instrumento me denominaré **el CONTRATISTA**, y en las calidades antes expresadas, **OTORGAMOS:** Que hemos acordado Celebrar el presente Contrato de



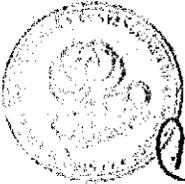
Suministro de pólizas, proveniente del proceso de Licitación Pública número LP-01/2016, denominado "Suministro Pólizas de Seguros de Personas, Bienes y Fidelidad Año 2016", de conformidad a la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, que en adelante se denominará LACAP, su Reglamento que en adelante se denominará RELACAP, y a las cláusulas que se detallan a continuación: I) **OBJETO DEL CONTRATO:** El contratista se compromete a suministrar las pólizas de seguros de personas en el período comprendido desde el día treinta y uno de diciembre de 2015 hasta el día treinta y uno de diciembre 2016, ambas fechas a las doce horas del día, de acuerdo a las coberturas establecidas en cada una de las pólizas. II) **DOCUMENTOS CONTRACTUALES:** Forman parte integral del Contrato los siguientes documentos: Requerimiento de compra, bases de licitación, resolución de adjudicación, aclaraciones o adendas a las bases de licitación, oferta técnica y económica presentada por el Contratista y aceptada por el Contratante, Garantía de Cumplimiento de Contrato y otros documentos que emanaren del presente contrato, los cuales son complementarios entre sí y serán interpretados en forma conjunta, en caso de discrepancia entre alguno de los documentos contractuales y este contrato, prevalecerá el contrato. III) **FUENTE DE LOS RECURSOS, PRECIO Y FORMA DE PAGO:** Las obligaciones emanadas del presente instrumento serán cubiertas con cargo a Fondos Propios, para lo cual se ha verificado la correspondiente asignación presupuestaria. El contratante se compromete a cancelar al contratista la cantidad total de **CIENTO CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO 00/100 DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US\$142,595.00)** los seguros de personas son exentos de IVA; monto distribuido así:

| No. | OFERENTES                  | VALOR DE PÓLIZA      |
|-----|----------------------------|----------------------|
| 1   | Seguro Colectivo de Vida   | \$ 9,975.00          |
| 2   | Seguro Médico Hospitalario | \$ 132,620.00        |
|     | <b>TOTAL</b>               | <b>\$ 142,595.00</b> |

Los pagos del suministro se realizarán en forma mensual, en el Área de Tesorería, de la Gerencia de Administración y Finanzas, dentro de un plazo máximo de quince días calendario, después de haber retirado el Quedan correspondiente, previa presentación de copia de contrato, acta de recepción original, copia de Compromiso Presupuestario y Comprobante de Crédito Fiscal, en el cual se establecerá el número y fecha del contrato, consignando el descuento del uno por ciento (1%), en concepto de retención del Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y a la Prestación de Servicios, de conformidad a lo establecido en el Artículo ciento sesenta y dos inciso tercero del Código Tributario, y Resolución 12301-NEX-2219-2007 de las diez horas cinco minutos del día cuatro de diciembre de dos mil siete, de la Dirección General de Impuestos Interno. IV) **PLAZO DE CONTRATO Y VIGENCIA:** El plazo de ejecución de las obligaciones emanadas del presente contrato será a partir de las doce meridiano del día treinta y uno de diciembre de dos mil quince, hasta las doce meridiano del día treinta y uno de diciembre de dos mil dieciséis. V) **GARANTÍA:** Para garantizar el cumplimiento de las obligaciones derivadas del presente contrato, el contratista otorgará a favor del Centro Internacional de Ferias y Convenciones de El Salvador, una **Garantía de Cumplimiento de Contrato**, de conformidad al artículo treinta y cinco de la LACAP, equivalente al diez por ciento (10%) del valor contratado; la cual tendrá una vigencia de trece meses, comprendidos del 31 de diciembre de 2015, al treinta y uno de enero de 2017 y deberá entregarse a la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional del Centro Internacional de Ferias y Convenciones de El Salvador, dentro de ocho (8) días hábiles, después de la fecha de entrega del contrato. VI)

**ADMINISTRACIÓN DEL CONTRATO:** El seguimiento al cumplimiento de las obligaciones contractuales estará a cargo del Administrador de Contrato, Marcia de Sánchez, Gestor del Talento Humano, teniendo como atribuciones las establecidas en los artículos ochenta y dos Bis, de la LACAP, cuarenta y dos inciso tercero, setenta y cuatro, setenta y cinco inciso segundo, setenta y siete, ochenta y ochenta y uno del RELACAP. **VII) ACTAS DE RECEPCIÓN:** Corresponderá al Administrador del Contrato en coordinación con el contratista, la elaboración y firma de las actas de recepción definitivas, las cuales contendrán como mínimo lo que establece el artículo setenta y siete del RELACAP. **VIII) MODIFICACIÓN:** El presente contrato podrá ser modificado o ampliado en sus plazos, monto y vigencia antes del vencimiento de su plazo, de conformidad a lo establecido en los artículos ochenta y tres A y B de la LACAP, y el contratante deberá remitir la correspondiente resolución modificativa, por su parte el contratista en caso de ser necesario deberá modificar o ampliar los plazos y montos de la Garantía de Cumplimiento de Contrato, según lo indique el contratante y formará parte integral de este contrato. **IX) PRORROGA:** Previo al vencimiento del plazo pactado, el presente contrato podrá ser prorrogado de conformidad a lo establecido en el artículo ochenta y tres de la LACAP y setenta y cinco del RELACAP; y en tal caso, se deberá modificar o ampliar los plazos y montos de la Garantía de Cumplimiento de Contrato; debiendo emitir el contratante la correspondiente resolución de prórroga. **X) CESIÓN:** Salvo autorización expresa del Centro Internacional de Ferias y Convenciones de El Salvador, la contratista no podrá transferir o ceder a ningún título, los derechos y obligaciones que emanan del presente contrato. La transferencia o cesión efectuada sin la autorización antes referida dará lugar a la caducidad del contrato, procediéndose además a hacer efectiva la garantía de cumplimiento de contrato. **XI) CONFIDENCIALIDAD:** El contratista se compromete a guardar la confidencialidad de toda información revelada por el contratante, independientemente del medio empleado para transmitirla, ya sea en forma verbal o escrita, y se compromete a no revelar dicha información a terceras personas, salvo que el contratante lo autorice en forma escrita. El contratista se compromete a hacer del conocimiento únicamente la información que sea estrictamente indispensable para la ejecución encomendada y manejar la reserva de la misma, estableciendo las medidas necesarias para asegurar que la información revelada por el contratante se mantenga con carácter confidencial y que no se utilice para ningún otro fin. **XII) SANCIONES:** En caso de incumplimiento el contratista se somete a las sanciones que emanaren de la LACAP ya sea imposición de multa por mora, inhabilitación, extinción, siempre y cuando el contratante siga el debido proceso. **XIII) TERMINACIÓN BILATERAL.** Las partes contratantes podrán acordar la extinción de las obligaciones contractuales en cualquier momento, siempre y cuando no concurra otra causa de terminación imputable al contratista y que por razones de interés público hagan innecesario o inconveniente la vigencia del contrato, sin más responsabilidad que la que corresponda al servicio parcialmente ejecutado. **XIV) SOLUCIÓN DE CONFLICTOS:** En caso de conflicto ambas partes se someten a sede judicial señalando para tal efecto como domicilio especial la ciudad de San Salvador, a la competencia de cuyos tribunales se someten; y en caso de embargo a el contratista, el contratante nombrará al depositario de los bienes que se le embargaren, quien releva de la obligación de rendir fianza y cuentas. **XV) INTERPRETACIÓN DEL CONTRATO:** El Centro Internacional de Ferias y Convenciones de El Salvador se reserva la facultad de interpretar el presente contrato, de conformidad a la Constitución de la República, la LACAP, el RELACAP, demás legislación aplicable, y los Principios Generales del Derecho Administrativo y de la forma que más convenga a los intereses de El Centro Internacional de Ferias y Convenciones de El Salvador, con respecto a la prestación objeto del presente instrumento, pudiendo en tal caso girar las instrucciones por escrito que al respecto considere convenientes. **XVI) MARCO LEGAL:** El presente contrato queda sometido en todo a la LACAP, RELACAP, la Constitución de la

República, y en forma subsidiaria a las Leyes de la República de El Salvador, aplicables a este contrato. XVII) NOTIFICACIONES. El contratante señala como lugar para recibir notificaciones en la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional, ubicada en Avenida La Revolución No. 222, Colonia San Benito, San Salvador y el contratista señala para el mismo efecto la siguiente dirección, Km. 10 ½ Carretera Panamericana, Centro Financiero SISA, Edificio SISA, Santa Tecla, La Libertad. Todas las notificaciones referentes a la ejecución de este contrato serán válidas solamente cuando sean hechas por escrito en las direcciones que las partes han señalado. Así nos expresamos en fe de lo cual, leemos todo lo escrito, lo ratificamos, y suscribimos, en la ciudad de San Salvador, Departamento de San Salvador, a los veintiún días del mes de diciembre del año dos mil quince.



*Marta Cecibel Lau Márquez*

Licda. Marta Cecibel Lau Márquez  
Presidenta  
CIFCO

*Gilda Carlota Álvarez de Montoya*

Ing. Gilda Carlota Álvarez de Montoya  
Apoderada General Administrativa  
SISA, VIDA, S.A., Seguros de Personas



**POLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO  
CUADRO DE POLIZA**

**SISA VIDA S.A.**  
SEGUROS DE PERSONAS

**Número de Póliza**

VICO [REDACTED]

**Vigencia**

31-12-2015 al 31-12-2016

**Nombre del Asegurado:**

CENTRO INTERNACIONAL DE FERIAS Y CONVENCIONES DE EL SALVADOR CIFCO

**Intermediario:**

012593 CARLOS ERNESTO VIDES POSADA CANAL A1.

**Período de Vigencia:**

La vigencia del suministro será a partir de las 12:00 meridianos del 31 de diciembre de 2015, hasta las 12:00 meridianos del 31 de diciembre 2016.

**Domicilio:**

SAN SALVADOR

**SISA VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS**

del domicilio de Santa Tecla, República de El Salvador, Centro América, en adelante denominada la COMPAÑIA, de conformidad a las Condiciones Generales y Especiales que constan en la presente Póliza, teniendo prelación las últimas sobre las primeras, ASEGURA LA VIDA de cada una de las personas naturales que forman parte del GRUPO ASEGURADO.

EL GRUPO ASEGURADO esta constituido por las personas naturales, que teniendo con el Contratante la relación que se indica en las Condiciones Especiales, han sido inscritas en el Registro de Asegurados de la Póliza, se les ha extendido un Certificado Individual de Seguro y a quienes en lo sucesivo se les denominará "ASEGURADOS".

Después de recibir pruebas fehacientes sobre la muerte de cualquier ASEGURADO, ocurrida durante la vigencia de su inscripción, la respectiva Suma Asegurada será pagada a los BENEFICIARIOS que consten en el correspondiente Certificado o; a la falta de éstos; a las personas que sean declaradas judicialmente como sus herederos. Todo lo anterior es sin perjuicio de lo estipulado en la Cláusula Décima Cuarta de las Condiciones Generales de la Póliza.

**Prima a Pagar:**

NUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO 00/100 US\$ DOLARES

**Forma de pago:** ANUAL

**Vencimiento para el pago de la Prima:**

La fecha de iniciación del período de Vigencia.

En testimonio de lo cual, la compañía firma la presente Póliza en Santa Tecla el día 29 de Enero de 2016.

[REDACTED]

Coordinadora de Operaciones

## INFORMACION DE PAGO

### Número de Póliza

[REDACTED]

### Vigencia

31-12-2015 al 31-12-2016

### Cuenta

NIT-61424020710100

### Asegurado

CENTRO INTERNACIONAL DE FERIAS Y CONVENCIONES DE EL SALVADOR CIFCO

### Intermediario

012593 CARLOS ERNESTO VIDES POSADA CANAL A1.

### Dirección

COLONIA SAN BENITO AV. REVOLUCION Y DOBLE VIA SANTA TECLA 222, APARTADO POSTAL, SAN SALVADOR, SAN SALVADOR

### Vigencia Anual

31-12-2015 al 31-12-2016

### Prima Período

\$9,975.00

### Suma asegurada

\$2,850,000.00

## INFORMACION DE PAGO

### Convenio:

Se hace constar que no obstante lo establecido en contrario en la Póliza que se indica arriba, a solicitud del Asegurado, la Compañía conviene en conceder la facilidad de pagar la prima anual correspondiente, según el plan de pago indicado abajo.

### Lugar de pago:

Oficina Central de la Compañía, Santa Tecla.

### Vencimiento del Plazo:

De no verificarse el pago de una cuota en la fecha convenida para ello, el Asegurado se obliga a cancelar el valor del saldo total de la prima a su cargo dentro del mes de gracia, contado a partir del día siguiente de la fecha en que debió cancelarse la cuota. Este plazo de gracia no suspenderá los efectos del Seguro. Vencido el plazo, el Asegurado dispondrá aún de tres meses más para rehabilitar el seguro, pagando las cuotas vencidas pero los efectos del Contrato quedarán en suspenso. Al final de este último plazo, caducará el contrato.

### Importante:

En caso de producirse un siniestro a consecuencia de uno o varios de los riesgos cubiertos por la Póliza, el Asegurado tendrá la obligación de cancelar en su totalidad la prima anual convenida, quedando la Compañía facultada para deducir el importe de toda cuota pendiente de pago, del importe de la indemnización que proceda.

## PLAN DE PAGO.

| Cuota         | Fecha de pago | Importe     |
|---------------|---------------|-------------|
| Cuota 1 / 12  | 31/12/2015    | \$ 833.34   |
| Cuota 2 / 12  | 31/01/2016    | \$ 831.06   |
| Cuota 3 / 12  | 29/02/2016    | \$ 831.06   |
| Cuota 4 / 12  | 31/03/2016    | \$ 831.06   |
| Cuota 5 / 12  | 30/04/2016    | \$ 831.06   |
| Cuota 6 / 12  | 31/05/2016    | \$ 831.06   |
| Cuota 7 / 12  | 30/06/2016    | \$ 831.06   |
| Cuota 8 / 12  | 31/07/2016    | \$ 831.06   |
| Cuota 9 / 12  | 31/08/2016    | \$ 831.06   |
| Cuota 10 / 12 | 30/09/2016    | \$ 831.06   |
| Cuota 11 / 12 | 31/10/2016    | \$ 831.06   |
| Cuota 12 / 12 | 30/11/2016    | \$ 831.06   |
|               | TOTALES       | \$ 9,975.00 |



## CONDICIONES ESPECIALES



Número de Póliza

[REDACTED]

Vigencia

31-12-2015 hasta 31-12-2016

### CONDICIÓN ESPECIAL:

Toda obligación derivada de este seguro será pagadera, en caso de volverse exigible, única y exclusivamente por y en SISA, VIDA, SOCIEDAD ANONIMA, SEGUROS DE PERSONAS, sujeto a las leyes, y bajo la jurisdicción exclusiva de los Tribunales de la República de El Salvador. De ninguna manera se podrá hacer responsable a cualquier entidad afiliada o vinculada a SISA, VIDA, SOCIEDAD ANONIMA, SEGUROS DE PERSONAS o vinculada a Citigroup y sus entidades afiliadas o vinculadas.

**VIGENCIA DEL SEGURO.-** La vigencia del suministro será a partir de las 12:00 meridianos del 31 de diciembre de 2015, hasta las 12:00 meridianos del 31 de diciembre 2016.

**PRIMERA.- CARACTERISTICAS DEL GRUPO ASEGURABLE.-** Las características del grupo Asegurable, además de lo referente a la edad contenida en las Condiciones Generales es la de ser: **EMPLEADO ACTIVAMENTE LABORANDO PARA EL CENTRO INTERNACIONAL DE FERIAS Y CONVENCIONES, DIRECTORES, GERENTES, JEFATURAS, PERSONAL ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO.**

**SEGUNDA.- BASES PARA DETERMINAR LA SUMA ASEGURADA.-** La suma asegurada individual respecto a cada miembro del Grupo, será determinada de la manera siguiente:

**SUMA UNIFORME \$ 25,000.00 (VEINTE CINCO MIL 00/100 DOLARES)**

**TERCERA.- BENEFICIOS ADICIONALES.-** Esta Póliza confiere los Beneficios Adicionales de:

- Muerte por cualquier causa por el valor asegurado, incluyendo el suicidio
- Muerte accidental por el doble del valor asegurado (incluye suma asegurada básica), incluyendo muerte por armas.
- Muerte accidental especial por el triple del valor asegurado (incluye suma asegurada básica)
- Anticipación de suma asegurada por invalidez total y permanente el 50% en un solo pago y el 50% restante en 12 cuotas mensuales y sucesivas.
- Exoneración del pago de primas por invalidez total y permanente
- Terminación del seguro al retiro o fallecimiento del asegurado, lo que ocurra primero ( sin límite)
- Gastos funerarios para el asegurado y su familia, pagado en una sola suma anual para cada caso así:
  - Asegurado: 15% \$ 3,750.00
  - Esposa, cónyuge o compañera de vida: 10% \$ 2,500.00
  - Hijos solteros que dependan económicamente del asegurado, no mayores de 25 años : 5% \$ 1,250.00



## CONDICIONES ESPECIALES

Número de Póliza

██████████

Vigencia

31-12-2015 hasta 31-12-2016

### CUARTA.- CONDICIONES ESPECIALES.-

- ✓ Podrán formar parte del grupo asegurado todo el personal activamente laborando para el Centro Internacional de Ferias y Convenciones, sin límite de edad, para el grupo asegurado inicial.
- ✓ Bonificación por Buena Experiencia: del 65% de las primas netas pagadas se restaran los siniestros pagado y en trámite y de dicho resultado se bonificara del 10%
- ✓ Los cheques de gastos funerarios y cobertura por muerte deberán procesarse en un máximo de 48 horas hábiles posteriores a la fecha de presentación de la partida de defunción y carta por parte del Centro Internacional de Ferias y Convenciones, solicitando el beneficio.

### QUINTA.- RIESGOS ADICIONALES CUBIERTOS.-

- ✓ La compañía conviene en reconocer bajo el beneficio de Muerte Accidental e Invalidez Total o Permanente, la muerte y/o lesiones que le ocurran al asegurado o le sean ocasionados con objetos o armas cortante, cortopunzante, armas de fuego, artefactos explosivos e incendiarios, u otro tipo de armas, siempre y cuando en cualquiera de los casos ocurra de manera no intencional.

**SEXTA.- TARIFA.-** De común acuerdo con el Contratante, el tipo por millar anual es de 3.50%.

**FORMA DE PAGO:** El pago del suministro se realizará en forma mensual. Los desembolsos se realizarán en el Área de Tesorería, de la Gerencia de Administración y Finanzas, para lo cual el contratista presentará, copia de contrato, acta de recepción entrega de pólizas (solo el primer pago), copia de Compromiso Presupuestario y Comprobante de Crédito Fiscal (cuando aplique), en el cual se establecerá el número y fecha del contrato, consignando el descuento del uno por ciento (1%), en concepto de retención del Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y a la Prestación de Servicios, de conformidad a lo establecido en el Artículo ciento sesenta y dos inciso tercero del Código Tributario, y Resolución 12301-NEX-2219-2007 de las diez horas cinco minutos del día cuatro de diciembre de dos mil siete, de la Dirección General de Impuestos Interno. Con crédito de 15 días posteriores a la recepción de los documentos de cobro.

### PRIMA:

Total a Pagar..... \$ 9,975.00



**POLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO  
CONDICIONES GENERALES**

Número de Póliza

Vigencia

31-12-2015 al 31-12-2016

**CONTENIDO**

|  | Pag. |   | Pag. |
|--|------|---|------|
| Primera.- Constitución del contrato .....        | 3    | Décima Cuarta.- Edad .....                      | 4    |
| Segunda.- Modificación del contrato .....        | 3    | Décima Quinta.- Inscripción de Asegurados ..... | 5    |
| Tercera.- Renovación .....                       | 3    | Décima Sexta.- Seguro Automático .....          | 6    |
| Cuarta.- Cambio de Contratante ....              | 3    | Décima Séptima.- Certificados de Seguro .....   | 6    |
| Quinta.- Prima .....                             | 3    | Décima Octava.- Cambio de Beneficiario.....     | 6    |
| Sexta.- Dolo o Fraude .....                      | 3    | Décima Novena.- Lugar de Pago.....              | 6    |
| Séptima.- Inspección .....                       | 3    | Vigésima.- Cesión.....                          | 6    |
| Octava.- Indisputabilidad .....                  | 4    | Vigésima Primera.- Derecho de los               |      |
| Novena.- Prueba del Siniestro .....              | 4    | Asegurados al separarse del grupo.....          | 6    |
| Décima.- Indemnización .....                     | 4    | Vigésima Segunda.- Comunicaciones.....          | 7    |
| Décima Primera.- Suicidio .....                  | 4    | Vigésima Tercera.- Reposición .....             | 7    |
| Décima Segunda.- Carencia de Restricciones ..... | 4    | Vigésima Cuarta.- Prescripción.....             | 7    |
| Décima Tercera.- Cálculo de la Prima .....       | 4    | Vigésima Quinta.- Competencia.....              | 7    |



**POLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO  
CONDICIONES GENERALES**

Número de Póliza

■■■■■■■■■■

Vigencia

31-12-2015 al 31-12-2016

las condiciones para pertenecer al Grupo Asegurado, por la Suma Asegurada inicial, o por la que corresponda según las bases generales establecidas; pero en ningún caso podrá aumentarse la Suma Asegurada de una persona que tuviese más de 65 años en el momento del aumento.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse en forma fehaciente, antes de efectuarse cualquier pago con motivo de este Seguro. Si el Asegurado hiciere la comprobación en vida, la Compañía le extenderá una constancia de ello y no exigirá nuevas pruebas de edad para hacer el pago.

Si por error o dolo del Contratante o del Asegurado, se hubiera incluido en el Grupo Asegurado a individuos menores de 15 años o mayores de 69 en la fecha de su primera inscripción, la Compañía podrá pedir la nulidad del respectivo seguro, quedando ésta obligada únicamente a devolver las primas cobradas en relación con tal seguro, deducida la primera prima anual.

Si la edad verdadera fuese distinta de la declarada, pero estuviese comprendida entre los 15 y 69 años, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) Si la comprobación se hiciere en vida del Asegurado, se ajustará la prima individual de acuerdo con la edad verdadera, liquidándose la diferencia que resulte a favor o en contra de la Compañía desde el último aniversario del Contrato hasta el próximo vencimiento de prima, a base de meses completos;
- b) Si la comprobación se hiciere después del fallecimiento del Asegurado la Compañía pagará a los Beneficiarios la cantidad que resulte de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir la prima correspondiente a la edad inexacta entre la prima que corresponde a la edad real, en el último aniversario de la Póliza.

Los cálculos que deban efectuarse conforme a esta Cláusula se harán aplicando las tarifas de la Compañía que estén en vigor en el momento de la operación.

**DECIMA QUINTA.- INSCRIPCION DE ASEGURADOS**

Las personas que reúnan las condiciones necesarias para formar parte del Grupo Asegurado, serán inscritas por la Compañía en un REGISTRO DE ASEGURADOS que forma parte de la Póliza; el cual será renovable anualmente.

Durante la vigencia de esta Póliza, el Contratante deberá enviar a la Compañía antes de que expire el término del SEGURO AUTOMATICO a que se refiere la Condición Décima Sexta y en los formularios proporcionados por la misma, las Solicitudes de la Inscripción correspondiente a todas las personas que lleguen a reunir las Condiciones necesarias para formar parte del Grupo Asegurado. La Compañía al aceptar la inscripción de los nuevos Asegurados, lo hará constar en Cédula de Inscripción que formarán parte del Registro antes mencionado.

Las inscripciones podrán ser canceladas en cualquier momento a solicitud escrita del Contratante, en la que deberá indicar la fecha y causa de la cancelación. Cuando un Asegurado deje de reunir las condiciones necesarias para formar parte del Grupo Asegurado, el Contratante deberá avisarlo a la Compañía solicitando cancelar la inscripción correspondiente. La Compañía al recibir las solicitudes mencionadas, cancelará las inscripciones haciéndolo constar en CEDULAS DE CANCELACION que formarán parte del Registro de Asegurados.

Si la Suma Asegurada correspondiente a un Asegurado debiera ser modificada de acuerdo con las bases que se indican en las Especificaciones de esta Póliza, el Contratante deberá comunicarlo a la Compañía dentro



# POLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

## CONDICIONES GENERALES

Número de Póliza

Vigencia

31-12-2015 al 31-12-2016

de los 30 días siguientes a la fecha en que se cumplió el requisito establecido en las Bases para Determinar la Suma Asegurada, para que ésta efectúe la correspondiente modificación en el Registro de Asegurados haciéndola constar en las Cédulas respectivas sin cuyo requisito no será válido ningún cambio en las Sumas Aseguradas. Sin embargo, la modificación de suma Asegurada será automática desde la fecha en que se operó el cambio, siempre que la comunicación del Contratante sea recibida dentro del plazo indicado en este párrafo.

La Compañía se reserva el derecho de no aceptar los riesgos que considere inoportuno cubrir por la presente Póliza, o de reducir el monto del Seguro de dicho riesgo o riesgos o de exigir pruebas adicionales de asegurabilidad; pero si no efectúa la exclusión o reducción o no solicita las pruebas adicionales de asegurabilidad dentro de los quince días siguientes a la fecha en que recibió la solicitud de inscripción respectiva, caducará su derecho.

### DECIMA SEXTA.- SEGURO AUTOMATICO

Toda persona que llegue a reunir las condiciones necesarias para formar parte del Grupo Asegurado, quedará automáticamente asegurada por esta Póliza durante un período de 60 días contados a partir de la fecha en que reunió tales condiciones.

Transcurrido este período el seguro continuará en vigor siempre que el Asegurado hubiere sido inscrito en el Registro de esta Póliza.

Si la inscripción de un Asegurado fuere solicitada después de transcurrir el período de 60 días antes indicado, cualquiera que sea la causa, la Compañía podrá exigir las pruebas de asegurabilidad que estime convenientes para aceptar la inscripción.

### DECIMA SEPTIMA.-CERTIFICADOS DE SEGURO

La Compañía emitirá un Certificado de seguro por cada Asegurado que sea inscrito, en el cual se harán constar los datos relativos al Seguro. Los certificados serán entregados a los Asegurados por intermedio del Contratante pero no forman parte del Contrato.

Los Asegurados podrán solicitar a la Compañía la anotación en los respectivos Certificados, de cualquier circunstancia que modifique los datos contenidos en ellos, especialmente los cambios de Beneficiarios y la comprobación de edad.

### DECIMA OCTAVA.-CAMBIO DE BENEFICIARIO

El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento los nombres y/o las cuotas de indemnización de los Beneficiarios de su seguro, notificándolo por escrito a la Compañía siempre que no haya restricción legal alguna.

### DECIMA NOVENA.- LUGAR DE PAGO

Todo pago que el Contratante o la Compañía tengan que efectuar con motivo de la presente Póliza, lo harán en la Oficina Principal de la Compañía en la Ciudad de Santa Tecla, a menos que se disponga otra cosa en las Condiciones Especiales de esta Póliza.

### VIGESIMA.- CESION

Los derechos concedidos por esta Póliza no podrán ser objeto de cesión.

### VIGESIMA PRIMERA.- DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DEL GRUPO

Cualquier Asegurado que deje de pertenecer al Grupo Asegurado, y siempre que hubiere pertenecido a él ininterrumpidamente por lo menos un año, tendrá derecho a que la Compañía le expida, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad, una Póliza en cualquiera de los planes permanentes de Seguro Individual que aquella practique, por una suma igual o menor a la última suma asegurada de que disfrutaba mediante esta Póliza, pero sin beneficios adicionales.



## **POLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO CONDICIONES GENERALES**

**Número de Póliza**

[REDACTED]

**Vigencia**

31-12-2015 al 31-12-2016

Para ejercitar este derecho, la presente Póliza habrá de estar en vigor y el interesado deberá:

- a) Ser menor de 60 años de edad, al cumpleaños más próximo;
- b) Solicitar el seguro por escrito a la Compañía dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que deje de formar parte del Grupo; y
- c) Pagar la prima que corresponda conforme a su edad alcanzada y a su ocupación en esa fecha, según las tarifas vigentes en la Compañía.

### **VIGESIMA SEGUNDA.- COMUNICACIONES**

Toda declaración o comunicación a la Compañía, relacionada con la presente Póliza, deberá hacerse por escrito a la Oficina Principal de la misma. Los Agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones o declaraciones a nombre de la Compañía.

Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante o al Asegurado o a sus causahabientes, las enviará por escrito a la última dirección conocida por ella.

### **VIGESIMA TERCERA.- REPOSICION**

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza o de algún Certificado de Seguro, serán repuestos por la Compañía, previa solicitud escrita del Contratante o

del Asegurado, siguiendo los trámites que señala el Código de Comercio en lo que fueren aplicables. Los gastos de reposición serán por cuenta de quien lo solicite.

### **VIGESIMA CUARTA.- PRESCRIPCION**

Todas las acciones que se deriven de este Contrato prescriben en tres años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Se estará además a lo que dispone el Código de Comercio.

### **VIGESIMA QUINTA.- COMPETENCIA**

En caso de controversia en relación con la presente Póliza, las partes deberán ocurrir ante los tribunales del domicilio de la Compañía, a cuya jurisdicción quedan expresamente sometidas para el ejercicio de cualquier acción en juicio o diligencias de arbitraje, peritaje u otras que se deriven del contrato de seguro.

No obstante, ninguna acción será emprendida sin antes haber agotado el procedimiento conciliatorio establecido en el Título Sexto de la Ley de Sociedades de Seguros.



# BENEFICIO ADICIONAL DE ACCIDENTES CONDICIONES GENERALES

**SISA VIDA S.A.**  
SEGUROS DE PERSONAS

Número de Póliza

Vigencia

31-12-2015 al 31-12-2016

HACEMOS CONSTAR QUE, en consideración a la solicitud del Contratante y al pago de la prima estipulada, la Compañía conviene en pagar las indemnizaciones que más adelante se indican si, a causa de accidente, el Asegurado falleciera o llegara a sufrir la pérdida de alguno de los miembros, órganos o funciones descritos en este Anexo y siempre que en la fecha del accidente el Asegurado no hubiere cumplido la edad de 70 años, todo de acuerdo con las Condiciones Generales siguientes:

## PRIMERA.- DEFINICION DE ACCIDENTE.-

Se considera accidente cubierto por este Anexo, todo acontecimiento que produzca al Asegurado una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (salvo caso de ahogamiento o de lesiones reveladas por examen médico o autopsia) y que ocasione la muerte del Asegurado o la pérdida de alguno de sus miembros, órganos o funciones, siempre que dicho acontecimiento sea producido, independientemente de cualquier otra causa, por la acción directa y violenta de causas externas y fortuitas.

La muerte o pérdida de miembros están cubiertas toda vez que se produzcan dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente en que se ocasionen las lesiones.

## SEGUNDA.- RIESGOS NO CUBIERTOS.-

El presente Anexo en ninguna forma cubre la muerte ni pérdidas o daños que sufra el Asegurado a consecuencia directa o indirecta, total o parcialmente, de:

- a) Suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa; ya sea que cualquiera de tales actos se cometa en estado de enajenación mental o no;
- b) Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se

originare por provocación suya o de sus Beneficiarios;

- c) Accidentes que se realicen mientras se encuentra el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas;
- d) Accidentes de navegación aérea, salvo que el Asegurado viaje como pasajero en aeronave de línea comercial con itinerario, debidamente autorizada para el transporte de pasajeros;
- e) Accidentes en que el Asegurado se encuentre a bordo de cualquier clase de vehículo que esté participando en carreras, pruebas o contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia o velocidad;
- f) Actos de personas que tomen parte en paros, huelgas o disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares; o de personas que actúen en conexión con alguna organización política; o de personas mal intencionadas durante la realización de tales actos; o bien, por las medidas de represión de los mismos, tomadas por las autoridades;
- g) Hostilidades, actividades de guerra, declarada o no, invasión de enemigo extranjero, guerra interna, revolución, rebelión, insurrección, conspiración, levantamiento popular o militar, suspensión de garantías o acontecimientos que originen esas situaciones de derecho o de hecho;
- h) Contaminación radioactiva, fisión o fusión nuclear;
- i) Lesiones corporales causadas intencionalmente por otra persona;
- j) Dolencia corporal o mental o enfermedad que contribuya total o parcialmente a la muerte;
- k) Cualquier infección bacterial, excepto la resultante de lesión corporal externa y accidental;



# BENEFICIO ADICIONAL DE ACCIDENTES CONDICIONES GENERALES

Número de Póliza

Vigencia

31-12-2015 al 31-12-2016

- l) Operaciones quirúrgicas o tratamientos médicos, excepto si son necesarios para la curación de lesiones accidentales;
- m) El desempeño de servicio militar, naval, de seguridad o policía;
- n) Exposición voluntaria a peligros innecesarios.
- o) Este seguro no cubre la muerte ni las consecuencias de lesiones que pueda sufrir el Asegurado causadas por arma cortante, corto-punzante, de fuego o artefactos explosivos o incendiarios, cualesquiera que sean las circunstancias en que ocurran.

## TERCERA.- BENEFICIOS.-

Las indemnizaciones que pagará la Compañía en caso de accidente cubierto por este Anexo, se establecerán con base en la Suma Asegurada de la Póliza, que se denominará LA SUMA PRINCIPAL, en las proporciones que se indican en la siguiente Tabla de Beneficios.

### TABLA DE BENEFICIOS

| DAÑO   | INDEMNIZACION     |
|--|-------------------|
| A) Muerte.....   | La Suma Principal |
| B) Pérdida de ambas manos, por separación en, o arriba de las muñecas.....                 | La Suma Principal |
| C) Pérdida de ambos pies, por separación en, o arriba de los tobillos.....                 | La Suma Principal |
| D) Pérdida completa e irreparable de la vista de ambos ojos.....                           | La Suma Principal |
| E) Pérdida de una mano y de un pie, por separación en, o arriba de la muñeca y el tobillo. | La Suma Principal |

F) Pérdida completa e irreparable de la vista de un ojo y la pérdida de una mano por separación en, o arriba de la muñeca.....La Suma Principal

G) Pérdida completa e irreparable de la vista de un ojo, y la pérdida de un pie por separación en, o arriba del tobillo.....La Suma Principal

H) Pérdida de una mano o de un pie, por separación en, o arriba de la muñeca o del tobillo.....La Suma Principal

I) Pérdida completa e irreparable de la vista de un ojo.....La Suma Principal

J) Pérdida de los dedos pulgar e índice de la misma mano, por separación en, o arriba de las articulaciones metacarpofalan-gianas.....La Suma Principal

La indemnización por muerte se pagará a los Beneficiarios designados y por pérdidas de miembros, al propio Asegurado. En todo caso, la cantidad máxima a pagar por pérdidas en un solo accidente será la Suma Principal.

## CUARTA.- INDEMNIZACIONES POR VARIAS PERDIDAS.-

En caso de varias pérdidas, causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de las proporciones correspondientes a cada una, sin exceder de la Suma Principal. Mientras no se haya pagado la totalidad de la Suma Principal, este Seguro continuará en vigor para el caso de fallecimiento por accidente hasta el próximo aniversario de la Póliza, por la diferencia entre la Suma Principal y las indemnizaciones ya pagadas.



# BENEFICIO ADICIONAL DE ACCIDENTES CONDICIONES GENERALES

**SISA VIDA S.A.**  
SEGUROS DE PERSONAS

Número de Póliza

Vigencia

31-12-2015 al 31-12-2016

## QUINTA.- DOBLE BENEFICIO.-

El beneficio pagadero por cualquiera de las pérdidas especificadas en la Tabla de Beneficios que precede, será el DOBLE si tales lesiones corporales fueron sufridas:

- a) Mientras el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en un vehículo público no aéreo, propulsado mecánicamente y operado por una empresa de transportes públicos que con regularidad preste servicio de pasajeros en una ruta establecida, a base de alquiler, pero no en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello; o
- b) Mientras el Asegurado vaya viajando como pasajero dentro de un ascensor ordinario de pasajeros (con excepción de ascensores en minas); o
- c) Como consecuencia de un incendio en un teatro, hotel o cualquier otro edificio público en el cual el Asegurado se encuentre al principio del incendio, pero que no sea donde el Asegurado trabaje.

Todos los demás términos y condiciones especificadas en las Cuatro Cláusulas anteriores de este Anexo, son también aplicables a esta Cláusula de Doble Beneficio. Sin embargo, la cantidad máxima pagadera bajo esta Estipulación por pérdidas sufridas como resultado de un solo accidente, será el Doble de la Suma Principal.

## SEXTA.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.-

### I. - Casos no fatales.-

En caso de producirse un accidente cubierto por el presente Anexo, el Asegurado se obliga a:

- a) Avisar por escrito a la Compañía dentro de los primeros cinco días siguientes de haberse producido, relacionando la hora, fecha, lugar y demás circunstancias en que se produjo el accidente;

- b) Adjuntar al aviso a que se refiere el literal anterior, una certificación médica que exprese la causa, naturaleza y consecuencias conocidas o presuntas de las lesiones sufridas por el Asegurado, así como la constancia de encontrarse sometido a un tratamiento médico racional;
- c) Requerir al Médico que lo asista, que envíe al Director Médico de la Compañía, con la frecuencia que éste indique, cuanto informe solicite sobre la evolución de las lesiones y actualización del pronóstico de curación.

### II. - Casos fatales.-

En caso de muerte accidental cubierta por el presente Anexo, los Beneficiarios o herederos deberán comunicarlo por escrito a la Compañía dentro de las primeras cuarenta y ocho horas siguientes de haberse producido, relacionando la hora, fecha, lugar y demás circunstancias en que se produjo el accidente.

Los plazos mencionados en la presente Cláusula podrán ampliarse por la Compañía, siempre que ante ella se demuestre la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado.

### III.- Medidas que puede tomar la Compañía en caso de siniestro.-

- a) En los casos no fatales, la Compañía se reserva el derecho de hacer examinar al Asegurado por el o los médicos que ella estime conveniente.
- b) En los casos fatales, la Compañía se reserva el derecho de exigir la exhumación y/o autopsia del cadáver para establecer las causas de la muerte debiendo los Beneficiarios o herederos prestar su conformidad y concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La exhumación y/o autopsia se efectuará con citación de los Beneficiarios o herederos, quienes podrán designar un Médico para representarlos.



# BENEFICIO ADICIONAL DE ACCIDENTES CONDICIONES GENERALES

Número de Póliza



Vigencia

31-12-2015 al 31-12-2016

Todos los gastos ocasionados por las gestiones a que se refiere este inciso serán por cuenta de la Compañía, exceptuando los honorarios y gastos del Médico representante de los Beneficiarios o herederos.

## SEPTIMA.- SUSPENSION.-

El Seguro bajo este Anexo, quedará suspendido durante el período en que la Compañía otorgue al Asegurado el Beneficio de Exención del Pago de Primas por Incapacidad.

Durante tal período la prima Individual de este Beneficio dejará de ser pagadera. Si por cualquier motivo se pagara dicha prima a la Compañía y ésta la aceptare, será reembolsada con intereses del 6% anual y la Compañía quedará libre de toda responsabilidad en relación con este Beneficio.

## OCTAVA.- PRIMA.-

El Beneficio a que se refiere este Anexo, se mantendrá en vigor, mediante el pago de la prima adicional convenida, pagadera en la misma fecha y en las mismas condiciones estipuladas para las Primas de la Póliza de la cual este Anexo forma parte.

## NOVENA.- TERMINACION O CADUCIDAD.-

El Asegurado podrá dar por terminado el Beneficio de este Anexo, en cualquier aniversario de la Póliza mediante solicitud escrita y devolución del presente Anexo para su anulación.

Este Seguro terminará automáticamente en cualquiera de los casos siguientes:

- a) Terminación o caducidad de la Póliza de la cual este Anexo forma parte;
- b) Por conversión del Seguro individual a Seguro Saldado, en caso de Incapacidad Total Permanente;
- c) En el aniversario de la Póliza más próximo al septuagésimo cumpleaños del Asegurado;
- d) Por las circunstancias a que se refiere la Cláusula Cuarta.

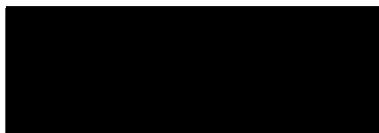
A la terminación de este Beneficio la prima adicional correspondiente deja de ser pagadera y las primas percibidas por la Compañía quedan totalmente devengadas.

## DECIMA.- APLICACION DE CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA.-

Las Condiciones Generales de la Póliza de la cual este Anexo forma parte, serán aplicables en lo pertinente al presente Beneficio, a excepción de la Cláusula de Indisputabilidad.

La vigencia de este Anexo es la misma de la Póliza arriba citada, a la cual pertenece.

En testimonio de lo cual, la Compañía firma el presente anexo en Santa Tecla, el día 29 de Enero de 2016.



Presidente



# BENEFICIO ADICIONAL DE ANTICIPACION DE CAPITAL EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

## CONDICIONES GENERALES

**SISA VIDA S.A.**  
SEGUROS DE PERSONAS

Número de Póliza

Vigencia

31-12-2015 al 31-12-2016

### PRIMERA.- COBERTURA

En caso que el Asegurado quede incapacitado total y permanentemente para el trabajo a consecuencia de enfermedad o accidente y siempre que tal incapacidad le haya sido producida antes de que cumpla 60 años de edad, la Compañía pagará al propio Asegurado, el día primero de los meses siguientes a la fecha en que sea probada la incapacidad, la Suma Asegurada de vida en forma de rentas, **MENSUALIDADES**, siempre que la Póliza esté en vigor en la fecha en que ocurra tal incapacidad total y permanente. El pago de las Rentas Mensuales se suspenderá automáticamente, si el Asegurado recupera su incapacidad de trabajar, previo dictamen del Servicio Médico de la Compañía.

Si el Asegurado falleciere antes de haber recibido la totalidad de las Rentas Mensuales estipuladas, se pagará a los Beneficiarios designados, al comprobarse el fallecimiento del Asegurado, pero éstos podrán si lo prefieren, pedir el pago en una sola exhibición el Valor Conmutado de las Rentas no cubiertas a un interés del 4.5% anual.

Al iniciarse el pago de las Rentas mensuales por incapacidad, terminará automáticamente la Cobertura del Seguro de Vida cubierto por la Póliza, para el Asegurado Incapacitado.

### SEGUNDA.- DEFINICION DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Para los efectos del presente Anexo, se considera Incapacidad Total y Permanente al hecho de que el Asegurado quede total y permanentemente incapacitado para ejecutar su actividad principal de trabajo o cualquier otra actividad de la que pudiere derivar u obtener remuneración o beneficio pecuniario; siempre que tal incapacidad sea consecuencia de lesiones corporales o de enfermedad y que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y

haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de 6 meses consecutivos y que se produzca antes de que el Asegurado cumpla 60 años de edad.

### TERCERA.- NOTIFICACION DE LA INCAPACIDAD

Para los efectos de que la cobertura se haga efectiva, es preciso que la incapacidad sea notificada por escrito a la Compañía tan pronto como sea razonablemente posible.

Si la notificación fuese dada hasta después de transcurrido un año de la fecha de vencimiento de la prima inmediata siguiente a la fecha del comienzo de la incapacidad, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones.

Si el Asegurado no pudiese dar la notificación debido a imposibilidad física, lo harán sus familiares o terceras personas; pero, si el Asegurado falleciere, la notificación deberá ser dada por los Beneficiarios. En todo caso la notificación deberá ser dada por quien corresponda, tan pronto como sea posible.

### CUARTA.- JUSTIFICACION DE LA INCAPACIDAD

La incapacidad deberá ser probada por el Asegurado en forma fehaciente, inmediatamente después de dada la notificación a que se refiere la Condición anterior y para ello será preciso que sea remitida a la Compañía, la documentación mencionada a continuación:

- a) Informe detallado del médico o médicos que hayan tratado al Asegurado, con indicación del origen, de la naturaleza, del desarrollo y de las consecuencias de la enfermedad o de las lesiones causantes de la incapacidad, así como de la probable duración de la misma;
- b) La Póliza, de la cual el presente Anexo forma parte integrante;



# BENEFICIO ADICIONAL DE ANTICIPACION DE CAPITAL EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

## CONDICIONES GENERALES

Número de Póliza

[REDACTED]

Vigencia

31-12-2015 al 31-12-2016

c) La Partida de Nacimiento del Asegurado, si no hubiese sido entregada antes.

### QUINTA.- CONTINUACION DE LA INCAPACIDAD

Aceptada la incapacidad por la Compañía, el Asegurado deberá comprobar la continuación de la misma cuantas veces la Compañía lo considere necesario dentro de los dos primeros años de encontrarse incapacitado; y, en lo sucesivo, una vez por año, a cuyo efecto deberá someterse a nuevos reconocimientos médicos que la Compañía considere convenientes, los que serán practicados por los médicos que ella designe, siendo el costo de estos exámenes por cuenta de la Compañía. Si el Asegurado se negase a someterse a tales exámenes, perderá el derecho a las Rentas subsiguientes a que hubiere lugar.

Sin perjuicio de otras causas de Incapacidad Total y Permanente, se consideran como tal:

- a) La amputación total de ambas manos o de ambos pies o de toda una mano y de todo un pie;
- b) La pérdida total e irreparable de la vista de ambos ojos.

En estos últimos dos casos, la Incapacidad Total y Permanente se tendrá por suficientemente comprobada y no será necesario que se someta a exámenes médicos posteriores.

### SEXTA.- EXCLUSIONES.

Los efectos del presente Anexo quedarán sin valor en cualesquiera de los casos siguientes:

I. Si la incapacidad resulta directa o indirectamente de:

- a) Circunstancias de guerra, revolución, motín o riña;

b) La utilización por parte del Asegurado de medios de transporte aéreo, salvo en calidad de pasajero de líneas aéreas debidamente autorizadas para el público;

c) Participación del Asegurado a bordo de cualquier clase de vehículo, en carreras de velocidad o resistencia; así como en cualquier otro acto notoriamente peligroso;

d) Heridas, lesiones inferidas al Asegurado por sí mismo o por una tercera persona en convivencia con él;

e) Todo hecho ilegal que el Asegurado cometa o trate de cometer.

II. Falsas declaraciones, omisión o retinencia del Asegurado que puedan influir en la Comprobación de su estado de incapacidad.

### SEPTIMA.- VIGENCIA Y TERMINACION DE ESTE BENEFICIO

El presente Anexo entra en vigor en la fecha de iniciación de la Póliza principal; y el Asegurado podrá dejarlo sin efecto en cualquier aniversario de la Póliza, solicitándolo por escrito a la Compañía, previa devolución del presente Anexo para su cancelación.

El beneficio a que se refiere este Anexo terminará automáticamente en los siguientes casos;

a) Por vencimiento o caducidad de la Póliza de la cual este Anexo forma parte o por terminación del período para el pago de las primas;

b) Si el Asegurado recupera su capacidad de trabajo;

c) En el aniversario de la Póliza más próximo a la fecha en que el Asegurado cumpla 60 años de edad.



**BENEFICIO ADICIONAL DE ANTICIPACION DE  
CAPITAL EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y  
PERMANENTE  
CONDICIONES GENERALES**



**Número de Póliza**

[Redacted]

**Vigencia**

31-12-2015 al 31-12-2016

---

**OCTAVA.- APLICACION DE CONDICIONES  
GENERALES**

Las Condiciones Generales de la Póliza, excepto la de **INDISPUTABILIDAD**, serán aplicables en lo pertinente al presente Anexo.

En testimonio de lo cual, la compañía firma la presente Póliza en Santa Tecla el día 29 de Enero de 2016

[Redacted Signature]

**Presidente**



# BENEFICIO DE EXENCION DEL PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD CONDICIONES GENERALES

**SISA VIDA S. A.**  
SEGUROS DE PERSONAS

Número de Póliza

[REDACTED]

Vigencia

31-12-2015 al 31-12-2016

HACEMOS CONSTAR QUE, en consideración a la solicitud del Contratante, la Compañía conviene en exonerar al Contratante del pago de la Prima Individual correspondiente bajo la Póliza arriba citada, por cada asegurado que se incapacite totalmente para el trabajo, y siempre que tal incapacidad le haya sido producida antes de cumplir 65 años de edad y que le haya durado por lo menos, seis meses continuos durante la vigencia de este Anexo.

Las primas exoneradas serán aquellas que tengan su vencimiento mientras dure la incapacidad del Asegurado, todo de acuerdo con las siguientes Condiciones Especiales:

## PRIMERA.- DEFINICION DE LA INCAPACIDAD TOTAL.-

Para los efectos de este Beneficio, se entiende por incapacidad total la pérdida absoluta de aptitudes y facultades que imposibiliten al Asegurado para ejercer su propio o cualquier otro negocio u ocupación o para desarrollar cualquiera otra actividad de la que pudiera derivar utilidad o ganancia y siempre que tal incapacidad sea consecuencia de lesiones corporales o de enfermedad.

## SEGUNDA.- NOTIFICACION DE LA INCAPACIDAD.-

Para que la exención de primas tenga efecto, es condición indispensable que se notifique por escrito a la Compañía que ha ocurrido tal incapacidad, mientras dure ésta y se presente prueba satisfactoria de que ocurrió estando este Anexo en vigor, antes de que el Asegurado cumpliera 65 años de edad y de que ha continuado sin interrupción por un período de seis meses.

La falta de dicho aviso no invalidará ninguna reclamación si se comprueba que no fué razonablemente posible darlo y que se dió tan pronto como se pudo.

Para que la Compañía sea responsable por la exoneración de primas se requerirá que se presente en la Oficina Principal de la misma, aviso escrito de dicha reclamación dentro de un año a partir de la fecha de vencimiento de la prima siguiente al comienzo de la incapacidad.

Si el Asegurado falleciese antes de cumplir los seis meses indicados, las pruebas de la incapacidad correrán por cuenta de sus Beneficiarios, quienes deberán ejercer su derecho dentro de los 90 días siguientes al fallecimiento.

## TERCERA.- CONTINUACION DE LA INCAPACIDAD.-

La Compañía se reserva el derecho de exigir pruebas satisfactorias de la continuación de la incapacidad, en cualquier tiempo, durante los dos primeros años de haber aceptado la incapacidad y de allí en adelante una vez por año. Para tal objeto el Asegurado se obliga a someterse a los exámenes médicos que la Compañía estime convenientes, los que serán practicados por los médicos que ella designe, siendo el costo de tales exámenes por cuenta de la Compañía.

Si el Asegurado se negare a someterse a los exámenes médicos requeridos para probar la continuación de la incapacidad, perderá el derecho a la exención del pago de primas.



# BENEFICIO DE EXENCION DEL PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD CONDICIONES GENERALES

Número de Póliza

Vigencia

31-12-2015 al 31-12-2016

## CUARTA.- CASOS ESPECIALES.-

No obstante lo anterior, la incapacidad total o permanente del Asegurado se tendrá por suficientemente probada sin que éste deba proveer más pruebas de ella, ni someterse a exámenes futuros para demostrar que continúa en el estado de incapacidad total y permanente, si el accidente o enfermedad le ha producido:

- a) Pérdida de ambas manos, por amputación en las muñecas o arriba de ellas;
- b) Pérdida de ambos pies, por amputación en los tobillos o arriba de ellos;
- c) Pérdida de una mano y un pie, por amputación en la muñeca o en el tobillo o arriba de ellos;
- d) Pérdida total y definitiva de la vista de ambos ojos, y
- e) Pérdida de una mano o un pie, por amputación en la muñeca o en el tobillo o arriba de ellos y la vista de un ojo.

## QUINTA.- TERMINACION DE ESTE BENEFICIO.-

El Contratante podrá dar por terminado este Beneficio, en cualquier aniversario de la Póliza, mediante solicitud escrita a la Compañía y devolución del presente Anexo para su cancelación.

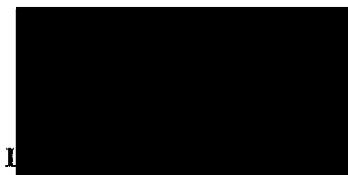
El Beneficio terminará automáticamente en los casos siguientes:

- a) En el Aniversario de la Póliza más próximo al sexagésimo quinto cumpleaños del Asegurado.
- b) Por vencimiento o caducidad de la Póliza de la cual este Anexo forma parte o por terminación del período de pago de primas;
- c) Si el Asegurado recupera su capacidad para dedicarse a cualquier trabajo;

A la terminación del Beneficio, la Prima adicional deja de ser pagadera y las primas percibidas por la Compañía quedan totalmente devengadas.

## SEXTA.- APLICACIÓN DE CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA.-

Las Condiciones Generales de la Póliza de la cual este Anexo forma parte, serán aplicables en lo pertinente al presente Beneficio, a excepción de la Cláusula de indisputabilidad.



Presidente



# BENEFICIO DE EXENCION DEL PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD CONDICIONES GENERALES

**SISA VIDA S. A.**  
RESERVA DE FUNDOS

Número de Póliza

Vigencia

31-12-2015 al 31-12-2016

HACEMOS CONSTAR QUE, en consideración a la solicitud del Contratante, la Compañía conviene en exonerar al Contratante del pago de la Prima Individual correspondiente bajo la Póliza arriba citada, por cada asegurado que se incapacite totalmente para el trabajo, y siempre que tal incapacidad le haya sido producida antes de cumplir 65 años de edad y que le haya durado por lo menos, seis meses continuos durante la vigencia de este Anexo.

Las primas exoneradas serán aquellas que tengan su vencimiento mientras dure la incapacidad del Asegurado, todo de acuerdo con las siguientes Condiciones Especiales:

## PRIMERA.- DEFINICION DE LA INCAPACIDAD TOTAL.-

Para los efectos de este Beneficio, se entiende por incapacidad total la pérdida absoluta de aptitudes y facultades que imposibiliten al Asegurado para ejercer su propio o cualquier otro negocio u ocupación o para desarrollar cualquiera otra actividad de la que pudiera derivar utilidad o ganancia y siempre que tal incapacidad sea consecuencia de lesiones corporales o de enfermedad.

## SEGUNDA.- NOTIFICACION DE LA INCAPACIDAD.-

Para que la exención de primas tenga efecto, es condición indispensable que se notifique por escrito a la Compañía que ha ocurrido tal incapacidad, mientras dure ésta y se presente prueba satisfactoria de que ocurrió estando este Anexo en vigor, antes de que el Asegurado cumpliera 65 años de edad y de que ha continuado sin interrupción por un período de seis meses.

La falta de dicho aviso no invalidará ninguna reclamación si se comprueba que no fué razonablemente posible darlo y que se dió tan pronto como se pudo.

Para que la Compañía sea responsable por la exoneración de primas se requerirá que se presente en la Oficina Principal de la misma, aviso escrito de dicha reclamación dentro de un año a partir de la fecha de vencimiento de la prima siguiente al comienzo de la incapacidad.

Si el Asegurado falleciese antes de cumplir los seis meses indicados, las pruebas de la incapacidad correrán por cuenta de sus Beneficiarios, quienes deberán ejercer su derecho dentro de los 90 días siguientes al fallecimiento.

## TERCERA.- CONTINUACION DE LA INCAPACIDAD.-

La Compañía se reserva el derecho de exigir pruebas satisfactorias de la continuación de la incapacidad, en cualquier tiempo, durante los dos primeros años de haber aceptado la incapacidad y de allí en adelante una vez por año. Para tal objeto el Asegurado se obliga a someterse a los exámenes médicos que la Compañía estime convenientes, los que serán practicados por los médicos que ella designe, siendo el costo de tales exámenes por cuenta de la Compañía.

Si el Asegurado se negare a someterse a los exámenes médicos requeridos para probar la continuación de la incapacidad, perderá el derecho a la exención del pago de primas.



# BENEFICIO DE EXENCION DEL PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD CONDICIONES GENERALES

Número de Póliza

Vigencia

31-12-2015 al 31-12-2016

## CUARTA.- CASOS ESPECIALES.-

No obstante lo anterior, la incapacidad total o permanente del Asegurado se tendrá por suficientemente probada sin que éste deba proveer más pruebas de ella, ni someterse a exámenes futuros para demostrar que continúa en el estado de incapacidad total y permanente, si el accidente o enfermedad le ha producido:

- a) Pérdida de ambas manos, por amputación en las muñecas o arriba de ellas;
- b) Pérdida de ambos pies, por amputación en los tobillos o arriba de ellos;
- c) Pérdida de una mano y un pie, por amputación en la muñeca o en el tobillo o arriba de ellos;
- d) Pérdida total y definitiva de la vista de ambos ojos, y
- e) Pérdida de una mano o un pie, por amputación en la muñeca o en el tobillo o arriba de ellos y la vista de un ojo.

## QUINTA.- TERMINACION DE ESTE BENEFICIO.-

El Contratante podrá dar por terminado este Beneficio, en cualquier aniversario de la Póliza, mediante solicitud escrita a la Compañía y devolución del presente Anexo para su cancelación.

El Beneficio terminará automáticamente en los casos siguientes:

- a) En el Aniversario de la Póliza más próximo al sexagésimo quinto cumpleaños del Asegurado.
- b) Por vencimiento o caducidad de la Póliza de la cual este Anexo forma parte o por terminación del período de pago de primas;
- c) Si el Asegurado recupera su capacidad para dedicarse a cualquier trabajo;

A la terminación del Beneficio, la Prima adicional deja de ser pagadera y las primas percibidas por la Compañía quedan totalmente devengadas.

## SEXTA.- APLICACIÓN DE CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA.-

Las Condiciones Generales de la Póliza de la cual este Anexo forma parte, serán aplicables en lo pertinente al presente Beneficio, a excepción de la Cláusula de indisputabilidad.

L

Presidente



**POLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO  
BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS**



**Número de Póliza**

[REDACTED]

**Vigencia**

31-12-2015 al 31-12-2016

**Nombre del Asegurado:**

CENTRO INTERNACIONAL DE FERIAS Y CONVENCIONES DE EL SALVADOR CIFCO

**Intermediario:**

012593 [REDACTED]

**Período de Vigencia:** 31-12-2015 al 31-12-2016

**Domicilio:** COLONIA SAN BENITO AV. REVOLUCION  
Y DOBLE VIA SANTA TECLA 222,  
APARTADO POSTAL, SAN SALVADOR, SAN  
SALVADOR

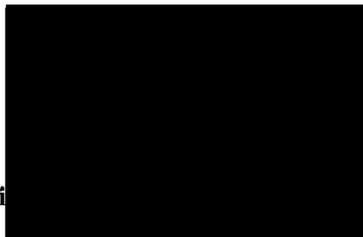
Por medio del presente Anexo se hace constar que, en cuanto la Compañía sea notificada formalmente de que ha ocurrido el fallecimiento de un Asegurado, entregará la Suma Asegurada de este beneficio al Contratante, para que a su vez la pague a la persona que se hará cargo de los gastos funerarios, prefiriendo a los Beneficiarios en el orden en que aparezcan nominados en la tarjeta de Inscripción o en el de su presentación. Todos los gastos estarán sujetos a comprobación posterior, a satisfacción del Contratante.

La Suma Asegurada de este Beneficio es:

- o Asegurado: 15% \$ 3,750.00
- o Esposa, cónyuge o compañera de vida: 10% \$ 2,500.00
- o Hijos solteros que dependan económicamente del asegurado, no mayores de 25 años : 5% \$ 1,250.00

En testimonio de lo cual, se emite el presente Anexo en Santa Tecla, el día 29 de Enero de 2016.

Li



## INFORMACION DE PAGO

**SISA VIDA S.A.**  
SEGUROS DE PERSONAS

Número de Póliza  
SALC-509261  
Vigencia  
31-03-2015 al 31-12-2015

Cuenta  
NIT-61424020710100  
Asegurado  
CENTRO INTERNACIONAL DE FERIAS Y CONVENCIONES DE EL SALVADOR CIFCO  
Intermediario:  
012593 CARLOS ERNESTO VIDES POSADA CANAL A1.

Dirección  
COLONIA SAN BENITO AV. REVOLUCION Y DOBLE VIA SANTA TECLA 222, APARTADO POSTAL,  
SAN SALVADOR, SAN SALVADOR

| Vigencia Anual           | Prima Periodo | Suma Asegurada  |
|--------------------------|---------------|-----------------|
| 31-03-2015 al 31-12-2015 | \$98,291.78   | \$12,695,000.00 |

## INFORMACION DE PAGO

### Convenio:

Se hace constar que no obstante lo establecido en contrario en la Póliza que se indica arriba, a solicitud del Asegurado, la Compañía conviene en conceder la facilidad de pagar la prima anual correspondiente, según el plan de pago indicado abajo.

### Lugar de pago:

Oficina Central de la Compañía, Santa Tecla.

### Vencimiento del Plazo:

De no verificarse el pago de una cuota en la fecha convenida para ello, el Asegurado se obliga a cancelar el valor del saldo total de la prima a su cargo dentro del mes de gracia, contado a partir del día siguiente de la fecha en que debió cancelarse la cuota. Este plazo de gracia no suspenderá los efectos del Seguro. Vencido el plazo, el Asegurado dispondrá aún de tres meses más para rehabilitar el seguro, pagando las cuotas vencidas pero los efectos del Contrato quedarán en suspenso. Al final de este último plazo, caducará el contrato. Si durante los plazos de gracia, aumentase el riesgo, el Asegurador tendrá expedito el derecho señalado en el Artículo 1360 del Código de Comercio.

### Importante:

En caso de producirse un siniestro a consecuencia de uno o varios de los riesgos cubiertos por la Póliza, el Asegurado tendrá la obligación de cancelar en su totalidad la prima anual convenida, quedando la Compañía facultada para deducir el importe de toda cuota pendiente de pago, del importe de la indemnización que proceda.

## PLAN DE PAGO.

| Cuota       | Fecha de Pago | Importe      |
|-------------|---------------|--------------|
| Cuota 1 / 1 | 31/03/2015    | \$ 3,194.52  |
| Cuota 1 / 9 | 31/03/2015    | \$ 10,566.36 |
| Cuota 2 / 9 | 30/04/2015    | \$ 10,566.36 |
| Cuota 3 / 9 | 31/05/2015    | \$ 10,566.36 |
| Cuota 4 / 9 | 30/06/2015    | \$ 10,566.36 |
| Cuota 5 / 9 | 31/07/2015    | \$ 10,566.36 |
| Cuota 6 / 9 | 31/08/2015    | \$ 10,566.36 |
| Cuota 7 / 9 | 30/09/2015    | \$ 10,566.36 |
| Cuota 8 / 9 | 31/10/2015    | \$ 10,566.36 |
| Cuota 9 / 9 | 30/11/2015    | \$ 10,566.36 |
| TOTALES     |               | \$ 98,291.78 |



**POLIZA DE SEGURO DE SALUD COLECTIVO  
CUADRO DE POLIZA**

**SISA VIDA S.A.**  
SEGUROS DE PERSONAS

**Número de Póliza**

SALC-509261

**Vigencia**

31-03-2015 al 31-12-2015

**Nombre del Asegurado:**

CENTRO INTERNACIONAL DE FERIAS Y CONVENCIONES DE EL SALVADOR CIFCO

**Intermediario:**

012593 CARLOS ERNESTO VIDES POSADA CANAL AI.

**Período de Vigencia:** 31-03-2015 al 31-12-2015

**Domicilio:** SAN SALVADOR

(La vigencia del suministro será a partir de las doce horas meridianos del 31 de marzo de 2015, hasta las doce horas meridianos del 31 de diciembre 2015.)

**SISA VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS**

del domicilio de Santa Tecla, República de El Salvador, Centro América, en adelante denominada la COMPAÑIA de conformidad a las Condiciones Generales y Especiales que más adelante figuran, teniendo prelación las últimas sobre las primeras, ASEGURA a cada una de las personas naturales que forman parte del grupo asegurado, por los gastos médico-hospitalarios en que incurra en la recuperación de su salud, debido a enfermedad o accidente que sufra durante la vigencia de esta Póliza.

**Suma Asegurada Máxima por Grupo Asegurado:**

\$\*\*\*\*\* 12,695,000.00 DOCE MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL 00/100 US\$ DOLARES

**Prima a pagar:**

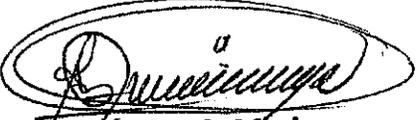
\$\*\*\*\*\* 98,291.78 NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y UNO 78/100 US\$ DOLARES

**Forma de Pago:** ANUAL

**Vencimiento para el pago de la prima:**

La fecha de Iniciación del período.

En testimonio de lo cual, la Compañía firma la presente Póliza en Santa Tecla el día veintitres de Junio de dos mil quince.

  
**Ivét Amaya de Nerio**  
COORDINADORA DE OPERACIONES

## CONDICIONES ESPECIALES

Número de Póliza  
SALC-509261  
Vigencia  
31-03-2015 al 31-12-2015

### CONDICIÓN ESPECIAL:

Toda obligación derivada de este seguro será pagadera, en caso de volverse exigible, única y exclusivamente por y en SISA, VIDA, SOCIEDAD ANONIMA, SEGUROS DE PERSONAS, sujeto a las leyes, y bajo la jurisdicción exclusiva de los Tribunales de la República de El Salvador. De ninguna manera se podrá hacer responsable a cualquier entidad afiliada o vinculada a SISA, VIDA, SOCIEDAD ANONIMA, SEGUROS DE PERSONAS o vinculada a Citigroup y sus entidades afiliadas o vinculadas.

**VIGENCIA DEL SEGURO.-** La vigencia del suministro será a partir de las doce horas meridianas del 31 de marzo de 2015, hasta las doce horas meridianas del 31 de diciembre 2015.

**PRIMERA.-CARACTERISTICA DEL GRUPO ASEGURABLE.-** La característica del Grupo Asegurable además de la referente a la edad contenida en las Condiciones Generales es la de ser: **EMPLEADO ACTIVAMENTE LABORANDO PARA EL CENTRO INTERNACIONAL DE FERIAS Y CONVENCIONES, DIRECTORES, GERENTES, JEFATURAS, PERSONAL ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO.**

#### **OPCION 1 DIRECTORES, GERENTES Y JEFATURAS.**

|  |    |            |
|--|----|------------|
| Máximo Vitalicio.....  | \$ | 50,000.00  |
| Deducible en C.A. (año póliza) Hasta dos deducibles por familia..... | \$ | 40.00      |
| Deducible fuera de C.A. (Por evento).....                            |    | N/A        |
| Coaseguro en C.A.....  |    | 15%        |
| Coaseguro fuera de C.A.....  |    | N/A        |
| Límite de Coaseguro en C.A.....                                      | \$ | 4,000.00   |
| Límite de Coaseguro fuera de C.A.....                                |    | N/A        |
| Límite para cuarto de Hospital en C.A.....                           | \$ | 50.00      |
| Límite para cuarto de Hospital fuera de C.A.....                     |    | N/A        |
| <b>Edad Mínima para ingreso a la póliza</b>                          |    |            |
| Titular y Cónyuge.....   |    | 15 años    |
| Hijos.....   |    | 9º día     |
| <b>Edad Máxima para Ingreso a la póliza</b>                          |    |            |
| Titular y Cónyuge.....   |    | Sin límite |
| Hijos.....   |    | 24 años    |
| <b>Edad Máxima para permanecer asegurado</b>                         |    |            |
| Titular y Cónyuge.....   |    | Sin límite |
| Hijos.....   |    | 25 años    |
| <b>Reducción de Suma Asegurada</b>                                   |    |            |
| Titular de 70 años en adelante la suma asegurada es del 50%          |    |            |
| Cónyuge de 70 años en adelante la suma asegurada es de 25%           |    |            |



## CONDICIONES ESPECIALES



Número de Póliza

SALC-509261

Vigencia

31-03-2015 al 31-12-2015

### OPCION 2 PERSONAL ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO.

|  |    |            |
|--|----|------------|
| Máximo Vitalicio.....  | \$ | 35,000.00  |
| Deducible en C.A. (año póliza) Hasta dos deducibles por familia..... | \$ | 30.00      |
| Deducible fuera de C.A. (Por evento) .....                           |    | N/A        |
| Coaseguro en C.A.....  |    | 15%        |
| Coaseguro fuera de C.A.....  |    | N/A        |
| Límite de Coaseguro en C.A.....                                      | \$ | 3,000.00   |
| Límite de Coaseguro fuera de C.A.....                                |    | N/A        |
| Límite para cuarto de Hospital en C.A.....                           | \$ | 40.00      |
| Límite para cuarto de Hospital fuera de C.A.....                     |    | N/A        |
| <b>Edad Mínima para ingreso a la póliza</b>                          |    |            |
| Titular y Cónyuge.....   |    | 15 años    |
| Hijos.....   |    | 9° día     |
| <b>Edad Máxima para Ingreso a la póliza</b>                          |    |            |
| Titular y Cónyuge.....   |    | Sin límite |
| Hijos.....   |    | 24 años    |
| <b>Edad Máxima para permanecer asegurado</b>                         |    |            |
| Titular y Cónyuge.....   |    | 70 años    |
| Hijos.....   |    | 25 años    |
| <b>Reducción de Suma Asegurada</b>                                   |    |            |
| Titular de 65 años en adelante la suma asegurada es del 50%          |    |            |
| Cónyuge de 65 años en adelante la suma asegurada es de 25%           |    |            |

### SEGUNDA.- GASTOS CUBIERTOS.-

- ✓ Honorarios de Médicos y cirujanos autorizados para el ejercicio de la profesión, por servicios prestados al asegurado, mientras éste se encuentre recibiendo asistencia en un hospital, clínica o en consultorio particular.
- ✓ Servicio de hospital, en caso de accidentes o enfermedad
- ✓ Servicio de Sala de operaciones, curaciones y cuidados intensivos
- ✓ Anestesia: 35% sobre los Honorarios del Cirujano Principal.
- ✓ Medicamentos prescritos por el médico tratante, que sean necesarios para el tratamiento de un accidente o de una enfermedad.
- ✓ Análisis de laboratorio, estudios de rayos x, electrocardiografías, encefalografías, y tomografía axial computarizada (SCAN), prescritos por facultativo y para fines de diagnóstico.
- ✓ Transfusiones de sangre, plasma, suero u otras sustancias semejantes, incluyendo el valor de estos.
- ✓ Aparatos de prótesis, u ortopedia, de yeso, suministro de entablillados, abrazaderas, bragueros y otros aparatos ortopédicos
- ✓ Consumo de oxígeno.
- ✓ Alquiler de muleta, sillas de rueda, camas especiales para enfermo, pulmón artificial, u otros aparatos semejantes, siempre que el médico tratante lo requiera.
- ✓ Tratamiento de radioterapia, terapia radiactiva, fisioterapia, quimioterapia, rayos láser y criocirugía., incluyendo los medicamentos suministrados por el médico.



## CONDICIONES ESPECIALES

### Número de Póliza

SALC-509261

### Vigencia

31-03-2015 al 31-12-2015

- ✓ Aparatos de prótesis dental en caso de Accidente. Aparatos de Prótesis de cualquier otra clase, auditivos, ojos o miembros artificiales que se hagan necesarios a consecuencia de un accidente cubierto y/o por una enfermedad; incluyendo la reposición de prótesis o miembros artificiales anteriores.
- ✓ Ambulancia aérea hasta por \$10,000.00 y ambulancia terrestre, sin límite.
- ✓ Cubrir los gastos de Litotricia por Ultrasonido, imágenes por resonancia magnética, cirugía, laparoscopia con o sin láser y cualquier otro examen requerido con equipos según el avance Tecnológico.
- ✓ Pago de vitaminas y complementos vitamínicos, siempre y cuando sean prescritos para la curación de una enfermedad.
- ✓ 25% de la Suma Asegurada Máximo Año Póliza para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
- ✓ Gastos de cirugía plástica en los siguientes casos sin límite en el plazo del tratamiento:  
Enfermedades o accidentes ocurridos durante la vigencia de la Póliza;  
Tratamiento de irregularidad congénita en un niño que nazca mientras el padre o la madre estén cubiertos por el seguro, hasta por la suma de \$5,000.00
- ✓ Prostatectomías e Histerectomías, sin límite de edad.
- ✓ Osteopenia y Osteoporosis.
- ✓ Se cubrirán las alergias de cualquier tipo inclusive las causadas por medicamentos, picaduras de animales e ingestión de alimentos, incluyendo pruebas cutáneas y su tratamiento, así como las vacunas.
- ✓ Se cubre al recién nacido desde el 9º día de nacido, incluyendo:
  - a. Enfermedad contraída después del nacimiento.
  - b. Condiciones congénitas anormales, hasta por \$5,000.00
  - c. Parto prematuro
  - d. Complicaciones al momento del parto.
- ✓ Cobertura inmediata para condiciones preexistentes declaradas o no, incluyendo cirugías plásticas y Maternidades.
- ✓ Gastos incurridos por complicaciones ocasionadas por la maternidad tales como: embarazo extrauterino, cirugía, inter abdominal después del parto, amenaza de aborto, toxemia, vómitos perniciosos o mola. (dentro del límite de maternidad detallado en la cobertura numero 55 de la presente oferta)
- ✓ Atención suministrada por enfermera privada, siempre que el médico tratante lo autorice, que no tenga ningún grado de parentesco con el asegurado, y que no resida con él.
- ✓ Extracción de Terceras molares impactadas, incluyendo medicamentos y/o radiografías.
- ✓ Zapatos ortopédicos, y/o plantillas, un par por año (hijos menores de 16 años de edad), excepto en gastos originados por una enfermedad y/o accidente.
- ✓ Tratamientos de epilepsia y sus complicaciones.
- ✓ Anticonceptivos relacionados con una enfermedad.
- ✓ Esterilización para el hombre y la mujer.
- ✓ Tratamiento de Hallux Valgus
- ✓ Tratamiento de espolones calcáneos.
- ✓ Compra de lentes graduados: Aro o cristal o ambos o de Contacto, una vez por año Póliza. Máximo cobertura US \$250.00 sin aplicar deducible, ni coaseguro. Este beneficio es por núcleo familiar, siempre y cuando sea por primera vez y/o por cambio de graduación.
- ✓ Trasplantes de órganos incluyendo médula ósea.
- ✓ Cobertura para consulta externa y emergencias (incluyendo honorarios médicos) para empleados y dependientes sin restricciones.
- ✓ Vacunas en general.
- ✓ Hernias de todo tipo.
- ✓ Tratamiento por enfermedades congénitas.
- ✓ Cobertura para Menopausia y Andropausia.



## CONDICIONES ESPECIALES

Número de Póliza

SALC-509261

Vigencia

31-03-2015 al 31-12-2015

- ✓ Se incluye la cura de cataratas, pterigión, ulcera de córnea, ralladura de la Cornea, Chalazión, Obstrucción de glándulas lagrimales, miopía, astigmatismo, presbicia, ojo seco, estrabismo y queratoconos ó situaciones similares.
- ✓ Cobertura para gastos odontológicos por accidente.
- ✓ Cobertura las 24 horas durante la vigencia de la Póliza, ocupacional y no ocupacional, para empleados y/o dependientes.
- ✓ Citología a razón de una prueba por año, excepto para el tratamiento de una enfermedad o fines de diagnóstico; mamografía una por año.
- ✓ Cobertura para gastos por medicina y tratamientos naturales. Se cubrirá bajo este rubro, además, los medicamentos comercializados por los médicos tratantes. En todo caso, los tratamientos y medicinas naturales a cubrir serán solo aquellos indicados por un médico debidamente inscrito en la J.V.P.M. (las medicinas podrán ser compradas en cualquier establecimiento autorizado para comercializar este tipo de productos) hasta por el límite de \$2,500.00 por grupo familiar, en el año póliza.
- ✓ Se cubrirá cualquier enfermedad psiquiátrica o psicológica, trastornos mentales, nerviosos, psiconeurosis, histeria, cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas: igualmente trastornos de conducta, el lenguaje y el aprendizaje, sin límite de edad.
- ✓ Tratamientos nerviosos o mentales con hospitalización, sin límite.
- ✓ Circuncisiones sin límite de edad, previa justificación del médico tratante.
- ✓ Cobertura para epidemias declaradas o no por el Gobierno.
- ✓ Legrados de cualquier tipo.
- ✓ Acné quístico y/o Inflamatorio.
- ✓ Honorarios por Ayudantía Médica.
- ✓ Cuidados pre y post-operatorios, relacionados estrictamente con la cirugía practicada.
- ✓ Gastos originados por fenómenos de la naturaleza.
- ✓ Hemodiálisis o diálisis peritoneal.
- ✓ Tratamientos de ginecomastia o padecimientos similares
- ✓ **Maternidad:**
  - a. Parto Vaginal : \$ 1,500.00
  - b. Parto por Cesárea : \$ 2,500.00
  - c. Aborto Espontáneo : \$ 1,200.00

### TERCERA.- CONDICIONES ESPECIALES.-

- ✓ 2 deducibles por núcleo familiar.
- ✓ Garantía de Servicios Médicos – Hospitalarios, previo a firma de convenio hospitalario (se adjunta modelo)
- ✓ Cobertura por errores u omisiones no intencionales: Si se omite la descripción adecuada de las personas a aseguradas, o si existe alguna falsedad u omisión acerca de cualquier hecho que influya en la apreciación del riesgo o que contravenga alguna o algunas de las disposiciones de la Póliza, o se compruebe el incumplimiento de las mismas, la Compañía será responsable bajo esta Póliza siempre que no sean intencionales, quedando entendido que el Asegurado notificará a la Compañía la omisión, falsedad, incumplimiento o declaraciones erróneas tan pronto como lleguen a su conocimiento y pagará a la Compañía la prima adicional que en su caso pueda corresponder
- ✓ Bonificación por buena experiencia:  
Al final del año de vigencia de esta Póliza, la Compañía otorgará una bonificación por buena experiencia, equivalente al 30% de la diferencia que se establezca entre el 65% de las primas netas de devoluciones y cancelaciones, menos los siniestros ocurridos en el año de la Póliza.



## CONDICIONES ESPECIALES

Número de Póliza

SALC-509261

Vigencia

31-03-2015 al 31-12-2015

- ✓ Los Hijos tendrán cobertura siempre y cuando sean solteros, dependientes económicos de los padres y estudiantes a tiempo completo, hasta los 25 años de edad. Hijos Minusválidos se cubren sin límite de edad, siempre y cuando sea dependientes económicamente del asegurado.
- ✓ Los cheques de gastos médicos deberán procesarse en un máximo de 10 días hábiles posteriores a la fecha de envío de documentación completa por parte del CENTRO.
- ✓ La compañía se compromete a avisar dentro de los 5 días siguientes a la presentación del reclamo si necesitase información adicional. Dicho reclamo deberá ser indemnizado dentro de los 10 días siguientes a la presentación del reclamo completo.
- ✓ Incluir condiciones de gastos cubiertos y gastos no cubiertos, incluyendo Cláusulas Especiales.
- ✓ Reinstalación automática de la suma asegurada máxima por año Póliza al renovarse la Póliza.
- ✓ En caso de agotarse la suma asegurada máxima durante la vigencia de la Póliza o su prórroga, la compañía de seguros se compromete a reinstalar dicha suma al 100% para cubrir enfermedades y/o accidentes diferentes a los que causaron el agotamiento. Para enfermedades y/o accidentes relacionados con el agotamiento de la suma se deberá otorgar la reinstalación del 35% de la suma asegurada máxima.
- ✓ Cobertura automática de 120 días para empleados y dependientes elegibles
- ✓ La suma asegurada deberá permanecer al 100% para todos los asegurados durante la vigencia del seguro, es decir que no se disminuirá la suma asegurada por edad.
- ✓ se otorga **RED MÉDICO HOSPITALARIA SISA** se adjunta Red.
- ✓ En los casos que el Médico tratante acepte los aranceles del Sistema de Red de Proveedores Médicos (Consultas, Cirugías y otros tratamientos), el reclamo deberá ser considerado de acuerdo a las condiciones establecidas en el Servicio de Red.
- ✓ El tiempo máximo para la emisión y entrega de los carnés de Gastos Médicos será de hasta 24 horas hábiles, después de emitida la póliza.
- ✓ Periodo para presentación de reclamo: 12 meses posteriores a la fecha de ocurrencia.
- ✓ Crédito Medico-Hospitalario al 100%, previo a firma de convenio hospitalario (se adjunta modelo)
- ✓ Tiempo máximo de respuesta a pre certificaciones 72 horas hábiles máximo.

**CUARTA.- PRIMAS.-** De común acuerdo con el Contratante, y de acuerdo con la composición de los respectivos grupos familiares, las primas Anuales convenidas, son las siguientes:

### Opción 1

#### DIRECTORES, GERENTES Y JEFATURAS.

|                    |             |
|--------------------|-------------|
| Afiliado Solo      | \$ 520.00   |
| Afiliado y Familia | \$ 1,360.00 |

### Opción 2

#### PERSONAL ADMINISTRATIVO Y OPERATIVO.

|                    |             |
|--------------------|-------------|
| Afiliado Solo      | \$ 480.00   |
| Afiliado y Familia | \$ 1,220.00 |



## CONDICIONES ESPECIALES



Número de Póliza

SALC-509261

Vigencia

31-03-2015 al 31-12-2015

**FORMA DE PAGO:** Nueve (9) pagos sin recargo.

El pago del suministro se realizará en forma mensual. El pago se realizará en el Área de Tesorería, de la Gerencia de Administración y Finanzas, para lo cual el contratista presentará, copia de contrato, acta de recepción, copia de Compromiso Presupuestario y Comprobante de Crédito Fiscal (cuando aplique), en el cual establecerá el número y fecha del contrato, consignando el descuento del (1%), en concepto de retención del Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y a la Presentación de Servicios, de conformidad a lo establecido en el Artículo ciento sesenta y dos inciso tercero del Código Tributario, y Resolución 12301-NEX-2219-2007 de las diez horas cinco minutos del día cuatro de diciembre de dos mil siete, de la Dirección General de Impuestos Interno.

### PRIMA A PAGAR:

Total a pagar..... \$ 98,291.78



**POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD  
CONDICIONES GENERALES**

Número de Póliza  
SALC - 509261  
Vigencia  
31-03-2015 al 31-12-2015

**CONTENIDO**

|   | Pag. | Pag.  |    |
|---|------|---|----|
| <b>SECCION I. NORMAS RELATIVAS A LA NATURALEZA DEL SEGURO</b> |      |   |    |
| Primera.- Definiciones .....                                  | 3    | Quinta.- Otros Seguros .....                                | 10 |
| Segunda.- Gastos Cubiertos .....                              | 4    | Sexta.- Reembolso .....                                     | 10 |
| Tercera.- Gastos no Cubiertos .....                           | 5    | <b>SECCION IV. NORMAS RELATIVAS A LA FORMA DEL CONTRATO</b> |    |
| <b>SECCION II. NORMAS RELATIVAS A LOS ASEGURADOS</b>          |      | Primera.- Constitución del Contrato .....                   | 10 |
| Primera.- Edad .....  | 6    | Segunda.- Certificados de Seguro .....                      | 10 |
| Segunda.- Miembros Elegibles .....                            | 6    | Tercera.- Modificación del Contrato .....                   | 10 |
| Tercera.- Inscripción de Asegurados .....                     | 7    | Cuarta.- Renovación.....                                    | 10 |
| Cuarta.- Vigencia del Seguro .....                            | 7    | Quinta.- Cambio de Contratante .....                        | 10 |
| Quinta.- Pruebas de Asegurabilidad .....                      | 7    | Sexta.- Prima .....   | 11 |
| Sexta.- Terminación o Caducidad.....                          | 8    | Séptima.- Lugar de Pago .....                               | 11 |
| <b>SECCION III. NORMAS APLICABLES EN CASO DE SINIESTRO</b>    |      | Octava.- Moneda .....                                       | 11 |
| Primera.- Procedimiento en caso de Siniestro.....             | 8    | Novena.- Cesión .....                                       | 11 |
| Segunda.- Exención de las obligaciones .....                  | 9    | Décima.- Dolo o Fraude .....                                | 11 |
| Tercera.- Pago de la Indemnización .....                      | 9    | Décima Primera.- Inspección .....                           | 11 |
| Cuarta.- Peritaje .....                                       | 9    | Décima Segunda.- Comunicaciones .....                       | 11 |
|   |      | Décima Tercera.- Reposición .....                           | 12 |
|   |      | Décima Cuarta.- Prescripción .....                          | 12 |
|   |      | Décima Quinta.- Competencia .....                           | 12 |



# POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD CONDICIONES GENERALES

Número de Póliza

SALC - 509261

Vigencia

31-03-2015 al 31-12-2015

## SECCION I.- NORMAS RELATIVAS A LA NATURALEZA DEL SEGURO

### PRIMERA.- DEFINICIONES.-

Para los efectos de este contrato, las expresiones siguientes tendrán la acepción y el alcance que a continuación se les asigna, en orden alfabético:

#### AFILIADO O AFILIADA.-

Persona natural que tiene con el Contratante la relación que se indica en la primera página de la presente Póliza; siempre y cuando sea de 60 años de edad o menos a la fecha de su inscripción en el seguro.

#### ASEGURADO.-

Toda aquella persona a quien se le haya inscrito en el Registro de Asegurados de la Póliza y lo cual constará en la Cédula de Inscripción emitida al amparo de este Contrato. Se aplicará para cada miembro del grupo familiar.

#### BENEFICIOS.-

Toda cobertura con su respectiva suma pagadera por la Compañía, de conformidad a lo estipulado en el presente Contrato.

#### BENEFICIO DIARIO.-

Valor convenido por cada día de hospitalización, incluyendo derecho de habitación y alimentación; y tiene como máximo de cobertura el número de días convenido para cada período de incapacidad, toda vez que el Asegurado se vea obligado por prescripción médica a recluírse en un hospital o clínica.

#### COASEGURO.-

Porcentaje de los gastos elegibles que queda a cargo de cada afiliado, de conformidad con lo indicado en las Condiciones Especiales de la Póliza.

#### CONTRATANTE.-

Persona natural o jurídica con quien la Compañía ha celebrado el presente Contrato.

### DEDUCIBLE.-

Cantidad inicial de gastos elegibles que en todo reclamo asumirá el Asegurado y cuyo importe se fija en las Condiciones Especiales. El deducible convenido se aplicará a cualquiera de los pagos que la Compañía deba efectuar por una misma causa, durante cada período de incapacidad. Cuando en un mismo evento resultaren afectados dos o más miembros de un mismo grupo familiar, el deducible se aplicará una sola vez.

### FAMILIAR.-

Para los efectos de esta Póliza se entiende como familiar:

- a) El cónyuge o compañero de vida del afiliado registrado como tal ante el Contratante, siempre y cuando sea de 60 años de edad o menos en la fecha de su inscripción en el seguro.
- b) Los hijos solteros del Afiliado, así como los hijos solteros de su cónyuge o compañero de vida, registrados ante el Contratante; todos ellos mayores de nueve días y menores de 18 años y dependientes económicamente del Afiliado.
- c) Los hijos solteros comprendidos en el literal anterior, desde los 18 años hasta los 25 años de edad, que sean estudiantes a tiempo completo y dependan económicamente del Afiliado.
- d) Las hijas solteras mayores de 18 años, que no tengan hijos y que no sean estudiantes, que dependan económicamente del Afiliado. Su cobertura se extenderá mediante el pago de una prima adicional, previo examen médico indispensable y terminará al cumplir 30 años de edad.



# POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD

## CONDICIONES GENERALES

Número de Póliza

SALC - 509261

Vigencia

31-03-2015 al 31-12-2015

### GASTOS ELEGIBLES.-

Gastos reales incurridos por el Asegurado, los cuales son razonables y acostumbrados en la localidad para el cuidado y servicios médicos administrados u ordenados por un médico, según la naturaleza del padecimiento.

### GASTOS MEDICOS MAYORES GLOBALES.-

Cobertura amplia para reembolsar los gastos elegibles de cualquier tratamiento cubierto, sin más límites que unos pocos convenidos para ella. Se aplica un Coaseguro sin límite o con él, según se convenga, pero siempre tiene un deducible.

### HOSPITAL.-

Se considera hospital y/o clínica a todo establecimiento público o privado que esté legalmente autorizado y registrado ante el organismo competente, que reúna las condiciones exigidas para atender enfermos y que esté supervisado por Médicos autorizados para ejercer la profesión.

### MAXIMO VITALICIO.-

Es el límite máximo que durante la vida del Asegurado podrán alcanzar las indemnizaciones de todas las enfermedades y accidentes que sufra un Asegurado. Si después de la recuperación de una enfermedad o accidente por el cual se ha pagado una indemnización, el Asegurado presenta evidencia de asegurabilidad, su beneficio máximo puede ser rehabilitado, para nuevos eventos.

### MEDICOS.-

Médico es todo profesional autorizado como tal por la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica, para ejercer la práctica de la Medicina en seres humanos.

### PERIODO DE INSCRIPCION.-

Se entenderá por período de inscripción el plazo fijado de común acuerdo por la Compañía y el Contratante o familiares suyos para el registro de nuevos asegurados a la Póliza, este ingreso se hará

mediante solicitud escrita dirigida a la Compañía, pero ésta se reserva el derecho de pedir las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias.

Los primeros treinta días de la vigencia de esta Póliza y los treinta días anteriores a cada renovación anual, serán considerados como períodos de inscripción ordinarios. Los períodos extraordinarios se harán constar en Anexo.

### SEGUNDA.- GASTOS CUBIERTOS.-

La presente Póliza cubre los gastos médico-hospitalarios, razonables en su cuantía y acostumbrados para cada tratamiento que el Asegurado efectúe con motivo de enfermedad o accidente cubiertos, originados durante la vigencia del Seguro. La cobertura comprende los siguientes gastos:

- 1) Honorarios de médicos autorizados para el ejercicio de la profesión, por servicios prestados ya sea en un hospital o clínica, o en su consultorio particular o a domicilio.
- 2) En caso de hospitalización, únicamente el costo de la habitación y alimentos de la persona hospitalizada.
- 3) Gastos de salas de operación, de curación o de cuidados intensivos, emergencia, pequeña cirugía o recuperación.
- 4) Gastos por servicio de anestesia y honorarios de anestesistas debidamente autorizados para ejercer la profesión.
- 5) Medicamentos necesarios para el tratamiento, prescritos por el facultativo que atienda al paciente asegurado.
- 6) Gastos por análisis de laboratorio, estudios de rayos x, electrocardiografía, encefalografía o cualesquiera otros indispensables para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente.
- 7) Gastos por transfusiones de sangre, plasma, sueros u otras sustancias semejantes.



# POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD CONDICIONES GENERALES

Número de Póliza

SALC - 509261

Vigencia

31-03-2015 al 31-12-2015

- 8) Costos de aparatos de yeso, prótesis, suministro de bragueros, entablillados, abrazaderas u otros aparatos ortopédicos.
- 9) Gastos por consumo de oxígeno, terapia respiratoria y nebulizaciones.
- 10) Gastos por el alquiler de muletas, sillas de ruedas, camas especiales para enfermo, u otros aparatos semejantes, así como el alquiler de órganos mecánicos (pulmón artificial, riñón artificial, etc.).
- 11) Gastos por tratamientos de radioterapia, terapia radioactiva, fisioterapia, quimioterapia, rayos láser y criocirugía.
- 12) Únicamente en caso de accidente, gastos por aparatos de prótesis dental, ojos o miembros artificiales necesarios.
- 13) Gastos por transporte en ambulancia terrestre, cuando éste servicio sea necesario por la gravedad de la enfermedad o lesiones corporales.
- 14) Honorarios de enfermera especial, siempre que sus servicios sean requeridos expresamente por el médico que atienda al Asegurado y que sean prestados mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado.
- 15) Tratamientos médicos o quirúrgicos para enfermedades mentales, curas de reposo, a cargo de Siquiatra calificado, siempre que el Asegurado se encuentre hospitalizado.
- 16) Suministro de anteojos, excluyendo el aro, así como miembros artificiales, siempre que sean consecuencia de enfermedades o accidentes ocurridos durante la vigencia de esta Póliza, cuando sea la primera vez que lo prescribe el médico autorizado tratante.

### TERCERA.- GASTOS NO CUBIERTOS.-

La Póliza en ninguna forma cubre los gastos ocasionados directa o indirecta, total o parcialmente, por cualquiera de las causas siguientes:

- 1) Cirugía estética, cualquier cirugía plástica u ortopédica; a menos que sean necesarias para

tratar alguna consecuencia directa de enfermedad o accidente cubiertos sufridos durante la vigencia de esta Póliza.

- 2) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para enfermedades o lesiones existentes y manifiestas antes de la vigencia del seguro. Se entiende por enfermedad preexistente aquel padecimiento diagnosticado o tratado en los ciento ochenta días anteriores al comienzo de la vigencia del seguro.
- 3) Anomalías congénitas cuyos síntomas o manifestaciones hayan sido conocidas por el Afiliado con anterioridad a la fecha de efecto del seguro.
- 4) Actos de personas que tomen parte en paros, huelgas o disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares; o de personas que actúen en conexión con alguna organización política; o de personas mal intencionadas durante la realización de tales actos; o bien, por las medidas de represión de los mismos, tomadas por las autoridades.
- 5) Hostilidades, actividades de guerra, declarada o no, invasión de enemigo extranjero, guerra interna, revolución, rebelión, insurrección, levantamiento popular o militar, suspensión de garantías o acontecimientos que originen esas situaciones de derecho o de hecho.
- 6) Terremoto, temblor, erupción volcánica, perturbación atmosférica que no sea rayo y cualquier otro fenómeno de la naturaleza de carácter catastrófico en sus consecuencias.
- 7) Tratamientos dentales de cualquier tipo; se exceptúan los necesarios por causa de accidente cubierto por esta Póliza y sucedido dentro de la vigencia del seguro.
- 8) Tratamientos médicos y quirúrgicos para corregir astigmatismo, presbiopía, miopía, estrabismos, queratoconos, queratotomía radiada, queratoplastia y situaciones similares.
- 9) Todo tratamiento relacionado con maternidad o embarazo.



# POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD CONDICIONES GENERALES

Número de Póliza

SALC - 509261

Vigencia

31-03-2015 al 31-12-2015

- 10) Lesiones que sufra el Asegurado mientras viaje como pasajero, piloto o miembro de tripulación de aeronaves que no pertenezcan a línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
- 11) Gastos ocasionados por persona acompañante de un Asegurado hospitalizado; y, en general, cualquier clase de gasto no ordenado por el médico durante el período de hospitalización.
- 12) Prostatactomías efectuadas después de la fecha en que el Asegurado haya cumplido los 55 años de edad.
- 13) Exámenes médicos de rutina, análisis, controles médicos, vacunas, chequeos de salud, excepto los ordenados para diagnóstico.
- 14) Exámenes rutinarios de la vista u oídos, así como el costo de aros de anteojos o audífonos.
- 15) El tratamiento del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), lo mismo que tratamientos para enfermedades venéreas.
- 16) Consecuencia de la práctica de deportes peligrosos; tales como paracaidismo, competencias en vehículos de motor (marinos, aéreos o terrestres), montañismo, buceo, alpinismo y otros similares.
- 17) Transplantes de los grandes órganos.
- 18) Tratamientos no aceptados por la ciencia médica, incluyendo acupuntura.
- 19) Tratamiento por enfermedades o accidentes ocurridos con motivo o durante el desempeño de servicio militar, de seguridad, vigilancia o policía.
- 20) Bajo ningún caso este seguro podrá extenderse a cubrir reclamos por servicios y/o gastos médico -hospitalarios prestados y/o generados, según corresponda, en países que no tengan relaciones comerciales con Estados Unidos de América y/o las Naciones Unidas y/o sobre los cuales la Oficina de Control de Activos Extranjeros del Departamento del Tesoro de Estados Unidos tenga sanciones económicas vigentes, tales como Irán, Irak, Afganistán, Serbia, Corea del Norte, Burma y Myanmar, los Balcanes, Liberia, Libia, Sudán, Siria, Cuba, Zimbabwe.

## SECCION II.- NORMAS RELATIVAS A LOS ASEGURADOS

### PRIMERA.- EDAD.-

Para formar parte del Grupo Asegurado se requiere que en el momento de la inscripción, la edad del candidato en su cumpleaños más próximo sea 60 años o menos.

El máximo vitalicio se reducirá al 50% al cumplimiento de los 65 años de edad y la renovación de cada Asegurado podrá hacerse hasta los 70 años de edad, siempre que se mantengan las condiciones para pertenecer al Grupo Asegurado.

Si por error o dolo del Contratante o del Afiliado, se hubiere incluido en el Grupo Asegurado a individuos mayores de 60 años en la fecha de su primera inscripción, la Compañía podrá pedir la nulidad de la respectiva inscripción quedando ésta obligada únicamente a devolver las primas cobradas en relación con tal seguro, deducida la primera prima anual.

### SEGUNDA.- MIEMBROS ELEGIBLES.-

Para el presente Seguro son miembros elegibles los Afiliados al Contratante y los familiares del Afiliado, según se define en estas Condiciones, a



# POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD

## CONDICIONES GENERALES

**SISA VIDA S.A.**  
SEGUROS DE PERSONAS

Número de Póliza

SALC - 509261

Vigencia

31-03-2015 al 31-12-2015

la fecha de expedición de este seguro o que se afilien posteriormente al Contratante.

Cualquier Asegurado que se retire de este Seguro, sólo podrá ser incluido de nuevo, transcurrido un año de la fecha de su retiro, quedando a opción de la Compañía, exigir las pruebas de Asegurabilidad que considere necesario.

### **TERCERA.- INSCRIPCION DE ASEGURADOS.-**

Este seguro es de suscripción o adscripción voluntaria y las personas que reúnan las condiciones necesarias para formar parte del Grupo Asegurado, serán inscritas por la Compañía en un REGISTRO DE ASEGURADOS que forma parte de la Póliza el cual podrá ser renovable anualmente.

Durante cada período de inscripción, el Contratante deberá enviar a la Compañía en los formularios proporcionados por la misma, las Solicitudes de Inscripción correspondientes a todas las personas que lleguen a reunir las Condiciones necesarias para formar parte del Grupo Asegurado. La Compañía al aceptar la inscripción de los nuevos Asegurados, lo hará constar en CEDULAS DE INSCRIPCION que formarán parte del Registro antes mencionado.

Las inscripciones podrán ser canceladas en cualquier momento a solicitud escrita del Contratante, en la que deberá indicar la fecha y causa de la cancelación. Cuando un Asegurado deje de reunir las condiciones necesarias para formar parte del Grupo Asegurado, el Contratante deberá avisarlo a la Compañía solicitando cancelar la inscripción correspondiente. La Compañía al recibir las solicitudes mencionadas, cancelará las inscripciones haciéndolo constar en CEDULAS DE CANCELACION que formarán parte del Registro de Asegurados.

La Compañía se reserva el derecho de no aceptar las personas que considere inoportuno cubrir por la presente Póliza, o de exigir pruebas adicionales de asegurabilidad; pero si no efectúa la exclusión o no

solicita las pruebas adicionales de asegurabilidad dentro de los quince días siguientes a la fecha en que recibió la solicitud de inscripción, caducará su derecho.

Cuando se produzcan inscripciones de Asegurados o cancelaciones de las mismas entre dos fechas de vencimiento de primas, se efectuará la liquidación proporcional a base de meses completos, por el tiempo que falte por transcurrir entre la fecha del cambio y el próximo vencimiento de prima.

### **CUARTA.- VIGENCIA DEL SEGURO.-**

Los Asegurados inscritos a la fecha de emisión del Seguro quedan amparados desde la fecha indicada en la primera página de la Póliza.

Los Afiliados y/o sus familiares que siendo elegibles a la fecha de emisión de este Seguro, no fueron inscritos por el Contratante dentro del primer período de inscripción, no podrán ingresar al Seguro sino hasta en el siguiente período.

Las personas que se afilien al Contratante con posterioridad a la vigencia de esta Póliza, podrán ingresar al Seguro dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que hayan adquirido la calidad de elegibles.

Cuando un Asegurado contraiga matrimonio o en caso de que nazca un hijo, la solicitud de ingreso para estos nuevos familiares deberá hacerse dentro de los treinta días siguientes a tal acontecimiento; en caso contrario deberán presentarse las pruebas de asegurabilidad que la Compañía exija.

Cualquier inscripción posterior a la fecha de emisión de la presente Póliza, surtirá efecto a partir de la fecha de aceptación que la Compañía notifique por escrito al Contratante.

Si en la fecha de vigencia de la Póliza, algún Asegurado ya se encontrare hospitalizado, la Compañía no asumirá ninguna responsabilidad por esa hospitalización y en este caso, el seguro para esa persona surtirá efecto desde el día siguiente de haber abandonado el hospital o clínica.



# POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD

## CONDICIONES GENERALES

Número de Póliza

SALC - 509261

Vigencia

31-03-2015 al 31-12-2015

### QUINTA.- PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD.-

La Compañía se reserva el derecho de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime necesarias antes de aceptar la inclusión de uno o más miembros, o de cualquier modificación; así también queda facultada para solicitar, en caso de siniestro cubierto por esta Póliza, los informes médicos, o practicar los exámenes que juzgue convenientes. Si el Contratante, el Afiliado o familiar de éste se prestare a impedir que la Compañía ejerza tales derechos, ésta puede declinar la inscripción del miembro que se ha solicitado asegurar.

### SEXTA.- TERMINACION O CADUCIDAD.-

El Contratante podrá dar por terminado este Contrato, mediante aviso por escrito a la Compañía, indicando la fecha en que la presente Póliza deba cancelarse.

La Compañía al aceptar la cancelación devolverá las primas no devengadas calculadas a prorrata, siempre que no hubiesen siniestros indemnizables, pudiendo descontar de la cantidad a devolver un porcentaje en concepto de gastos de adquisición y emisión.

Si la cancelación fuere debida a la sustitución de la presente Póliza por otra de esta Compañía, la

### SECCION III.- NORMAS APLICABLES EN CASO DE SINIESTRO

#### PRIMERA.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.-

En caso de producirse un hecho que dé lugar al pago de algún Beneficio otorgado por esta Póliza, el afiliado se obliga a:

- a) Avisar por escrito a la Compañía dentro de los cinco días siguientes de haberse producido el hecho, expresando su naturaleza, sitio donde se encuentra en tratamiento, fecha de ingreso a hospital y

prima no devengada será aplicada al pago de la prima correspondiente a la nueva Póliza.

Sin embargo, los Beneficios de cada asegurado terminarán automáticamente al presentarse cualquiera de las causas indicadas a continuación:

- a) Cuando el Asegurado pierda la calidad de Afiliado; en este caso los Beneficios del Seguro terminarán tanto para el Asegurado como para sus familiares.
- b) Cuando un Asegurado pierda la calidad de familiar del Afiliado, de acuerdo a las definiciones de estas Condiciones.
- c) Cuando un Afiliado solicite por escrito su exclusión del Seguro.

Si a la cancelación de la Póliza o de algún Certificado de Seguro un Asegurado se encuentre hospitalizado y amparado por la Póliza, la Compañía indemnizará al Asegurado de acuerdo a las Condiciones y limitaciones aquí previstas y hasta la fecha de vencimiento de la póliza.

Si el tratamiento fuere ambulatorio, el Seguro terminará en la fecha de vencimiento de la póliza.

cualquier otro dato importante para su calificación.

- b) Presentar a la Compañía los recibos, facturas o estados de cuenta respectivos, a más tardar cinco días después de la salida del hospital o de terminado el servicio médico que da lugar al pago de algún Beneficio.
- c) Rendir a la Compañía todas las informaciones que ésta requiera en relación con el siniestro, así como



# POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD CONDICIONES GENERALES

**SISA VIDA S.A.**  
SEGUROS DE PERSONAS

Número de Póliza

SALC - 509261

Vigencia

31-03-2015 al 31-12-2015

concederle autorización para obtenerlas de otras fuentes. La Compañía queda facultada para practicar las inspecciones que sean necesarias en los registros del Contratante y solicitar informes de los terceros que hayan prestado sus servicios médico-hospitalario.

El contratante informará a la Compañía todos los datos relativos al empleado, como sueldo, fecha de ingreso y demás circunstancias necesarias que le solicite.

## SEGUNDA.- EXENCION DE OBLIGACIONES.-

La Compañía quedará desligada de sus obligaciones:

- a) Si se omite la Declaración escrita del siniestro y el informe Médico a fin de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias.
- b) Si con el mismo fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro, o se niega la autorización para obtener informaciones de otras fuentes.
- c) Si, con igual propósito, no se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro, o
- d) Si se incumple con las demás obligaciones consignadas en la presente Condición.

## TERCERA.- PAGO DE LA INDEMNIZACION.-

Las cantidades que la Compañía tenga que pagar en concepto de indemnizaciones, podrán ser entregadas al Contratante, al Afiliado o directamente a los Hospitales que hubieren prestado los servicios.

La indemnización será exigible treinta días después de la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e informaciones necesarios que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

## CUARTA.- PERITAJE.-

En caso de desacuerdo entre el Afiliado y la Compañía acerca del importe de cualquier siniestro cubierto por esta Póliza, que como resultado de la acción conciliatoria promovida ante la autoridad competente, deba ser sometida exclusivamente para ese objeto, a dictamen de un Perito, se deberá seguir el siguiente procedimiento:

- a) El perito será nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes; pero si no se pusieren de acuerdo en el nombramiento de un solo Perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de un mes a partir de la fecha en que una de ellas hubiere sido requerido por la otra por escrito para que lo hiciere. Antes de empezar sus labores, los dos Peritos nombrarán un tercero para en caso de discordia;
- b) Si una de las partes se negare a nombrar su Perito o simplemente no lo hiciere cuando sea requerido por la otra, o si los Peritos nombrados no se pusieren de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la Autoridad Judicial correspondiente la que, a petición de cualquiera de las partes hará el nombramiento del Perito, del Perito tercero, o de ambos, si así fuere necesario. Para este efecto, la Superintendencia del Sistema Financiero extenderá certificación del acta respectiva en que conste el acuerdo de las partes de someter el asunto a dictamen de Peritos;
- c) El fallecimiento de una de las partes cuando fuere persona física, o su disolución si fuere una Sociedad, ocurridos mientras se esté realizando el peritaje, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones de los Peritos. Si alguno de los Peritos de las partes o el tercero falleciere antes del dictamen, el sustituto será nombrado por quien corresponda (las partes, los Peritos o la Autoridad Judicial);



# POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD

## CONDICIONES GENERALES

Número de Póliza

SALC - 509261

Vigencia

31-03-2015 al 31-12-2015

- d) Los gastos y costas que se originen con motivo del peritaje, serán a cargo de la Compañía y del Afiliado por partes iguales, pero cada parte cubrirá los honorarios de su propio Perito, en su caso;
- e) El peritaje a que esta Condición se refiere, no significa aceptación de la reclamación por parte de la Compañía; solamente determinará el importe de la pérdida.

### QUINTA.- OTROS SEGUROS.-

Si el Afiliado o sus familiares estuviesen amparados en todo o en parte por otros Seguros de este u otro ramo, que cubra los mismos riesgos, tomados bien en la misma fecha o antes o después de la fecha de esta Póliza, deberá declararlo a la Compañía inmediatamente por escrito, para que ésta lo haga constar de la Póliza o en Anexo que forme parte de la misma. En igual forma el Afiliado deberá declarar cualquier modificación que produzca en tales Seguros.

Si el Afiliado dolosamente omite el aviso a que se refiere esta Condición, o si contrata los diversos Seguros para obtener un provecho ilícito, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones.

En caso de que al ocurrir un siniestro existieren otros Seguros declarados en la Compañía, la responsabilidad de ésta quedará limitada a la proporción que exista entre la Suma Asegurada de esta Póliza y la suma total de los Seguros contratados.

### SEXTA.- REEMBOLSO.-

El Afiliado se obliga a reembolsar a la Compañía las sumas que ésta hubiese pagado en relación con un siniestro, que posteriormente se descubra no haber estado cubierto, de conformidad a lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza.

Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Afiliado, las enviará por escrito a la última dirección conocida por ella.

## SECCION IV.-NORMAS RELATIVAS A LA FORMA DEL CONTRATO

### PRIMERA.- CONSTITUCION DEL CONTRATO.-

El Contrato de Seguro se perfecciona por la aceptación por escrito de la Compañía y se prueba por medio de la Solicitud del Asegurado a la Compañía (o del Contratante, en su caso), que es la base de este

Contrato, la presente Póliza, las Solicitudes para inscripción de Asegurados, las declaraciones de los Afiliados y los Anexos que formen parte de la misma, si los hubiere.

### SEGUNDA.-CERTIFICADOS DE SEGUROS.-

La Compañía emitirá un Certificado de Seguro por cada Afiliado que sea inscrito, en el cual se harán constar los datos relativos al Seguro. Los Certificados

serán entregados a los Afiliados por intermedio del Contratante pero no forman parte del Contrato.

### TERCERA.- MODIFICACION DEL CONTRATO.-

Toda solicitud de modificación del Contrato deberá hacerse por escrito a la Compañía, entendiéndose que ésta las resolverá en virtud de comunicación por escrito al Contratante.

### CUARTA.- RENOVACION.-

El Contrato podrá renovarse por mutuo consentimiento de las partes, por períodos anuales consecutivos y bajo las mismas condiciones, siempre que el Contratante lo solicite, la Compañía lo acepte y el contratante pague las primas correspondientes. La renovación podrá hacerse mientras el grupo se encuentre integrado por lo



# POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD

## CONDICIONES GENERALES

Número de Póliza  
SALC - 509261  
Vigencia  
31-03-2015 al 31-12-2015

menos con el 75% de las personas que reúnan las condiciones para formar parte del Grupo y como mínimo, por diez personas.

### QUINTA.-CAMBIO DE CONTRATANTE.-

Si el Contratante indicado en la primera página de esta Póliza fuere sustituido por otro, deberá comunicarse por escrito esta circunstancia a la Compañía dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya ocurrido tal sustitución; y si ésta la acepta lo hará constar en Anexo que forme parte de la Póliza. En caso contrario, la Compañía tendrá acción para dar por terminado el Contrato y devolverá la prima no devengada.

### SEXTA.- PRIMA.-

- a) **CONDICIONES DE PAGO:** Las Condiciones de Pago de la Prima se establecen en las Condiciones Especiales de la presente Póliza.
- b) **PERIODO DE GRACIA:** El Contratante tendrá un mes de gracia para el pago de las primas, contado a partir de la fecha de vencimiento del plazo o plazos convenidos para el pago. Transcurrido el período de gracia, la Póliza caducará automáticamente.

### SEPTIMA.- LUGAR DE PAGO.-

Todo pago que el Contratante o la Compañía tengan que efectuar con motivo de la presente Póliza, lo harán en la Oficina Principal de la Compañía en la ciudad de Santa Tecla, a menos que se disponga otra cosa en las Condiciones Especiales de la Póliza.

### OCTAVA.- MONEDA.-

Toda prima o indemnización resultante de la aplicación de esta póliza será pagadera en Dólares.

### NOVENA.- CESION.-

Los derechos concedidos por esta Póliza no podrán ser objeto de cesión.

### DECIMA.- DOLO O FRAUDE.-

El dolo o culpa grave en las declaraciones del Afiliado o del Contratante o la omisión dolosa o culposa en ellas, respecto a hechos importantes para la apreciación del riesgo, da derecho a la Compañía para pedir la rescisión del Contrato, dentro de los tres meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o culpable. Los efectos de la sentencia se retrotraen al momento de la presentación de la demanda.

La Compañía tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que conozca el dolo o culpa y, en todo caso, a las primas convenidas por el primer año.

Si el Seguro concerniere a varias personas, el Contrato será válido para aquellas a quienes no se refiera la declaración dolosa o culpable, a menos que la Compañía pruebe que no los habría asegurado separadamente.

Si el Afiliado o el Contratante hubieren cometido inexactitud u omisión en las declaraciones, sin dolo o culpa grave de su parte, estarán obligados a ponerlo en conocimiento de la Compañía, tan pronto como adviertan esta circunstancia, bajo pena de que se les considere responsables de dolo.

Dado el aviso correspondiente por el Afiliado o el Contratante, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación, a menos que las partes convengan en aumentar la prima. Si el riesgo no fuere asegurable, la Compañía tendrá acción para rescindir el Contrato.

Si el Contratante o el Afiliado impidieren el ejercicio de esta facultad con fines fraudulentos, la Compañía quedará desligada de sus obligaciones.

### DECIMA PRIMERA.-INSPECCION.-

La Compañía queda facultada para practicar inspecciones relacionadas con el presente



# **POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SALUD CONDICIONES GENERALES**

**Número de Póliza**

SALC - 509261

**Vigencia**

31-03-2015 al 31-12-2015

Contrato, durante el curso del Seguro o en caso de siniestro.

Si el Contratante o el Asegurado impidieren el ejercicio de esta facultad con fines fraudulentos, la Compañía quedará desligada de sus obligaciones.

No obstante, ninguna acción será emprendida sin antes haber agotado el procedimiento conciliatorio establecido en el Título Sexto de la Ley de Sociedades de Seguro.

## **DECIMA SEGUNDA.- COMUNICACIONES.-**

Toda declaración o comunicación a la Compañía relacionada con la presente Póliza, deberá hacerse por escrito a la Oficina Principal de la misma.

Los Agentes no tienen la facultad para recibir comunicaciones o declaraciones a nombre de la Compañía.

Las comunicaciones que la Compañía deba hacer al Contratante o al Afiliado, las enviará por escrito a la última dirección conocida por ella.

## **DECIMA TERCERA.- REPOSICION.-**

En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza será repuesta por la Compañía, previa solicitud escrita del Contratante, siguiendo los trámites que señala el Código de Comercio en lo que fueren aplicables. Los gastos de reposición serán por cuenta de quien lo solicite.

## **DECIMA CUARTA.- PRESCRIPCION.-**

Todas las acciones que se deriven de este Contrato, prescriben en tres años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Se estará además a lo que dispone el Código de Comercio.

## **DECIMA QUINTA.- COMPETENCIA.-**

En caso de controversia en relación con la presente Póliza, las partes deberán ocurrir ante los tribunales del domicilio de la Compañía, a cuya jurisdicción quedan expresamente sometidas para el ejercicio de cualquier acción en juicio o diligencias de arbitraje, peritaje u otras que se deriven del Contrato de Seguro.



