

Pan-American Life Insurance Company, Sucursal El Salvador (En adelante llamada la Compañía), se compromete a pagar los beneficios que constan en el Cuadro de Seguro de esta póliza, en lo que respecta a cada Empleado y/o Cliente Asegurado de:

FONDO SOLIDARIO PARA LA FAMILIA MICROEMPRESARIA - FOSOFAMILIA

(En adelante llamado el Contratante)

Esta póliza No. G-33799 se le expide al Contratante en consideración a la Solicitud como a los consentimientos individuales de los Empleados y/o Clientes Asegurados. La primera prima (MENSUAL) vence en la fecha efectiva de la póliza, 1 de Enero de 2021 12 m y las primas subsiguientes, durante la continuación de la póliza, vencerán de acuerdo a la forma de pago anteriormente establecida.

Esta póliza estará vigente durante el período de seguro pactado y renovable anualmente. Terminado el mismo podrá ser renovada con iguales o diferentes condiciones y deberá ser comunicado por escrito a la Compañía. Si no recibe confirmación en la fecha de renovación se procederá a dar por terminada esta póliza.

Todos los pagos relativos a esta póliza, ya sean por parte de la Compañía o del Contratante se verificarán en la ciudad de San Salvador, en la moneda de curso legal de La República de El Salvador.

COBERTURAS INCLUIDAS

Seguro de Vida

Beneficio por Incapacidad Total y Permanente

Beneficio de Muerte Accidental, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidental

Fecha de inicio y finalización de la vigencia: 1 de enero de 2021 a las 0 hrs a 31 de diciembre
De 2021 a las 24 hrs

Lugar y fecha de emisión: San Salvador, 12 de febrero de 2021

Prima estimada primer año: \$2,693.25

Contrato aprobado por la SSF según oficio No. IOE-SG 019169 de fecha 25 de Noviembre de 2010

ESTE CONTRATO INCLUYE UN ACUERDO DE ARBITRAJE



REPRESENTANTE LEGAL



CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

I. ESTIPULACIONES GENERALES

- a. Cobertura del seguro
- b. Cuadro de Seguro
- c. La póliza y la solicitud de seguro constituyen el contrato completo
- d. Solamente un oficial de la Compañía puede autorizar una modificación a las estipulaciones particulares de esta póliza.
- e. Cambio en la cobertura de seguro y de Clasificación
- f. Certificado individual de seguro
- g. Registro de empleados y/o clientes asegurados
- h. Rectificación de edad
- i. Cálculo de la prima
- j. Forma de Pagar las Primas
- k. Período de gracia para el pago de las primas
- l. La compañía puede modificar las primas
- m. Tramite Conciliatorio
- n. Rehabilitación del Seguro
- o. Privilegio de conversión
- p. Indisputabilidad
- q. Cesión
- r. Aviso y Prueba de Reclamación
- s. Declaraciones falsas e inexactas

II. DEFINICIONES

III. ESTIPULACIONES APLICABLES AL EMPLEADO Y/O CLIENTES ASEGURADOS PARA EL SEGURO DE VIDA

- a. Empleados y/o clientes asegurados elegibles para seguro
- b. Designación de Beneficiarios
- c. Terminación Individual del Seguro

IV. SEGURO DE VIDA Y BENEFICIOS ADICIONALES

- a. Seguro de Vida
- b. Auxilio de gastos funerarios o gastos de sepelio
- c. Beneficio de Seguro de Vida Anticipado por Enfermedad Terminal
- d. Exención de Primas por Incapacidad Total y Permanente hasta el cumplimiento de los 65 años de edad
- e. Exención de Primas y Renta por Incapacidad Total y Permanente
- f. Exención de Primas y Renta por Incapacidad Total y Permanente con restauración de suma asegurada
- g. Seguro de Muerte y Desmembración y Pérdida de la Vista Accidentalmente
 - i. Tabla de indemnizaciones

- ii. Doble indemnización
- iii. Exclusiones

Este producto de seguro colectivo provee beneficios para: Vida; Muerte, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidentalmente (MyDA) e Incapacidad Total y Permanente (ITP). El beneficio del seguro de Vida constituye la cobertura básica de esta póliza. Los demás beneficios constituyen coberturas opcionales que pueden adquirirse mediante el pago de una prima adicional.

I. ESTIPULACIONES GENERALES

a. COBERTURA DE SEGURO

La cobertura de seguro de cada asegurado, será de acuerdo a lo indicado en el siguiente Cuadro de Seguro.

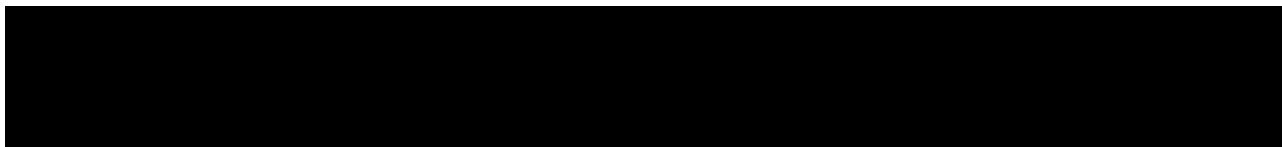
b. CUADRO DE SEGURO.

CONTRATANTE	FOSOFAMILIA
--------------------	--------------------

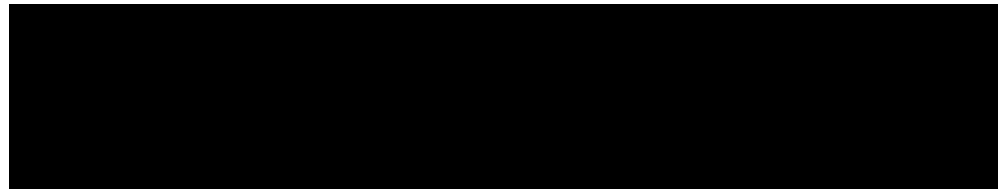
PLAN CONTRIBUTORIO: SI NO

CUADRO DE SEGURO:

DESCRIPCION DEL GRUPO ASEGURADO	NO. DE ASEGURADOS
CATEGORÍA 1: Todo el personal Administrativo al servicio del contratante	36



1. **COBERTURA BASICA:**
Indemnización de la Suma Asegurada básica en caso de fallecimiento por cualquier causa.
2. **COBERTURAS ADICIONALES A LA COBERTURA BASICA:**
 - a) Exención de Primas y Renta por Incapacidad Total y Permanente.
 - b) Seguro de Muerte Accidental, Desmembración y pérdida de la Vista (Myda).
 - c) Beneficio de Seguro de Vida anticipado por Enfermedad Terminal.
 - d) Auxilio de Gastos Funerarios en adición a la suma básica:



La indemnización en concepto de Gastos Funerarios se pagará dentro de las 24 horas siguientes a la fecha de notificación del fallecimiento por parte del Contratante.

Serán dependientes elegibles, el cónyuge o compañero permanente registrado en la Compañía y los hijos, hijastros o hijos adoptados legalmente, cuyas edades sean entre el primer (1er) día de nacido y los diecinueve (19) años de edad y hasta los veinticinco (25) años de edad si son solteros y estudiantes a tiempo completo en un colegio acreditado o en una Universidad y dependan del asegurado para su ayuda y sostenimiento. La Compañía se reserva el derecho de

solicitar cualquier prueba que estime necesaria para verificar las condiciones de elegibilidad de dichos estudiantes.

Terminación de progenitores a los 75 años de edad.

c. LA PÓLIZA Y LA SOLICITUD DE SEGURO CONSTITUYEN EL CONTRATO COMPLETO

La póliza, sus anexos, registros, la solicitud de seguro del contratante, de la cual se adjunta copia a esta póliza, así como los consentimientos de seguro individuales de los asegurados, si los hubiere, constituyen el contrato entre las partes.

Cualquier inexactitud u omisión en la información proporcionada por parte del contratante o del asegurado deberán hacerla del conocimiento de la Compañía tan pronto como sea advertida. La Compañía será responsable de los beneficios bajo esta póliza siempre que la omisión o inexactitud no contravengan las condiciones de elegibilidad y coberturas establecidas en el contrato y tampoco agraven el riesgo común del grupo y que tales omisiones o inexactitudes se hayan cometido sin dolo de su parte

d. SOLAMENTE UN REPRESENTANTE LEGAL DE LA COMPAÑÍA PUEDE HACER MODIFICACIONES A LAS ESTIPULACIONES DE ESTA PÓLIZA

Solamente el Representante Legal de la Compañía tiene la autoridad para certificar los cambios, en cuyo caso deberá hacerse constar la enmienda o adición en forma escrita únicamente refrendada con la firma de dicho funcionario. La Compañía no quedará obligada con ninguna promesa o manifestación hecha antes o después de esta fecha por algún agente o persona que no sea la mencionada al principio de esta cláusula. Si las condiciones del contrato o sus modificaciones no están de acuerdo a los requerimientos del contratante este podrá pedir las correcciones del caso dentro de los 30 días siguientes de haberlos recibido, después de transcurrido ese plazo las condiciones y/o modificaciones del contrato se darán por aceptadas.

e. CAMBIO EN LA COBERTURA DE SEGURO Y CAMBIO DE CLASIFICACIÓN

Cualquier cambio en la cobertura del seguro de un Asegurado será efectivo en la fecha en que el cambio se produzca, siempre que el asegurado esté trabajando en forma activa y que la notificación del cambio la haga el Contratante por escrito a la Compañía, y cumplan con las contribuciones correspondientes.

De no hacer la contribución correspondiente, si la cobertura fuere de pago contributorio, dentro de los treinta y un (31) días a partir de la fecha efectiva del cambio, dicho Asegurado tendrá que presentar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía, sin costo alguno para ésta. En este caso, el cambio será efectivo en la fecha que sea aprobado por la Compañía. De no estar el asegurado trabajando en forma activa por cualquier motivo, dicho cambio empezará a regir al día siguiente de su regreso al trabajo activo y permanente.

La cobertura cambiada será pagadera si la causa que origina el reclamo, se inició después de la fecha efectiva del cambio; de lo contrario el pago del seguro será en base a las coberturas que tenía antes de dicho cambio.

f. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

La Compañía le emitirá un certificado individual a cada Asegurado en el cual deberá hacerse constar: el número del certificado y de la póliza, la fecha efectiva del seguro, los beneficios de seguro a que tiene derecho, la persona a quién le corresponda recibir el pago, así también las exclusiones y requisitos del seguro de esta póliza que afectan a los asegurados con este contrato.

g. REGISTRO DE EMPLEADOS Y/O CLIENTES ASEGURADOS

El Contratante debe suministrar periódicamente la información relacionada con los asegurados, cambios en las cantidades del seguro y terminaciones de seguro, conforme se lo

exija la Compañía con fines de administrar el seguro. La nómina del Contratante así como cualesquiera otros registros de los asegurados que puedan tener referencia al seguro de esta póliza, deberán ponerse a disposición de la Compañía con fines de inspección en cualquier momento razonable.

Cualquier error, falta u omisión inadvertida de parte del Contratante al notificar el nombre del Asegurado o cuya cantidad de seguro va a ser cambiada de acuerdo con su clasificación, no privará al Asegurado del seguro, ni afectará el importe de éste.

La omisión en notificar la terminación de un Asegurado no extiende la cobertura de ese asegurado más allá de la fecha de terminación fijada. Es responsabilidad única del Contratante notificar oportunamente a la Compañía, la terminación de cualquier Asegurado que deje de trabajar con el.

h. RECTIFICACIÓN DE EDAD

Si la edad del Asegurado afecta la cobertura o la suma del seguro y la edad ha sido declarada erróneamente, se efectuará retroactivamente el ajuste equitativo de primas y de la suma asegurada si es necesario.

Lo antes mencionado aplica siempre que la edad real del asegurado no exceda el límite de edad estipulado en la póliza, en dicho caso la responsabilidad de la compañía se limitará a devolver la prima no devengada.

i. CALCULO DE LA PRIMA

Durante el período de un año a partir de la fecha de vigencia de la póliza, la prima del seguro se basará en las tarifas de primas establecidas. La Compañía tendrá el derecho de cambiar la tarifa: 1) en cualquier aniversario de la póliza o de la cobertura de los asegurados, 2) en cualquier fecha de vencimiento de la prima siempre que la tarifa que entonces se cobre haya estado en vigor por lo menos doce (12) meses y con la condición que la Compañía notifique el cambio al Contratante por lo menos con treinta y un (31) días de anticipación, a la fecha de

vencimiento de la prima y 3) en la fecha de una enmienda cambiando los beneficios de la póliza. En caso que el Contratante no acepte la modificación informada se podrá dar por terminada la póliza sin responsabilidad para ninguna de las partes.

Cada prima será igual al producto de las tarifas de primas entonces en vigor y al conjunto global de las diversas cantidades por las cuales estén cubiertos todos los asegurados bajo esta póliza en la fecha de vencimiento de tal prima, inclusive los asegurados que se hallen entonces recibiendo beneficios por alguna incapacidad temporal, así como también se efectuarán ajustes correspondientes a movimientos de asegurados por adiciones, terminaciones o cambios de beneficios efectivos en el intermedio del vencimiento de una prima y otra.

j. FORMA DE PAGAR LAS PRIMAS

El Contratante pagará las primas por adelantado dentro del término estipulado, en la oficina de la Compañía. Las primas se pueden pagar anual, semestral, trimestral o mensualmente y, mediante petición por escrito del contratante, podrá cambiarse la forma de pago en cualquier aniversario de la póliza, con el ajuste que corresponda de acuerdo a la forma de pago solicitada.

k. PERÍODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

Se concederá un período de gracia de treinta y un (31) días sin cobro de intereses para el pago de la prima bajo la póliza, en cualquier fecha de vencimiento, excepto la primera. Mientras no haya transcurrido el período de gracia, los efectos del seguro no podrán suspenderse.

Si alguna prima no se paga antes que termine el periodo de gracia, al término de este, la cobertura quedará suspendida pero el contratante aún dispondrá de tres meses más para rehabilitar el seguro mediante el pago de las primas vencidas. Al final de este último plazo la póliza quedará terminada pero el contratante quedará obligado a pagar una prima prorrateada por el período de gracia que tuvo cobertura.

La Compañía reembolsará los reclamos presentados según los beneficios del plan, una vez que el Contratante haya cancelado la totalidad de la prima pendiente, o formalice la renovación correspondiente.

La Compañía puede terminar la póliza en el aniversario de la misma o en cualquier fecha de vencimiento de prima mediante notificación escrita al Contratante por lo menos con treinta y un (31) días de anticipación, si en la fecha de tal aviso el número de Personas Aseguradas con este contrato es menor de 10.

I. LA COMPAÑÍA PUEDE MODIFICAR LAS PRIMAS

Durante el período de un año contado a partir de la fecha de vigencia de la póliza, la prima se calculará de acuerdo con las tarifas de primas vigentes. La Compañía tiene el derecho de modificar las tarifas: 1º) en cualquier aniversario de la póliza; y 2º) en cualquier fecha de vencimiento de la prima, siempre que las tarifas que entonces se cobren, hayan estado en vigor por doce (12) meses, y siempre que la Compañía notifique al Contratante por lo menos con treinta y un (31) días de anticipación a la fecha de vencimiento.

Las primas se determinarán de acuerdo con los siguientes factores:

- a) Las tarifas vigentes;
- b) Los beneficios de la póliza;
- c) Número de empleados y/o clientes asegurados;

Los ajustes de primas debido a cambios en el enrolamiento se harán en base del año póliza, a menos que hubiera un cambio en el enrolamiento de más de 10% con respecto al número de asegurados bajo el cual fue suscrita esta póliza. En este caso, la Compañía tiene el derecho de modificar las primas en el momento en que esta situación se presente. Cualesquier ajustes que se realicen y se notifiquen a la Compañía dentro del Año póliza, o dentro de los treinta y un (31) días siguientes de las mismas, se efectuarán de manera que cubran el período completo en que tales ajustes sean aplicables, siempre que éstos nunca pasen los doce (12) meses o del número de meses transcurridos en el año corriente de póliza, aplicando el período más corto.

m. TRAMITE CONCILIATORIO

Todos los derechos y obligaciones de esta póliza están sometidos a las leyes de la República de El Salvador. En caso de discrepancia respecto a los beneficios de esta póliza, el interesado que desee plantear una demanda judicial deberá acudir a la Superintendencia del Sistema Financiero para la audiencia conciliatoria a que se refiere el Art. 99 y siguientes de la Ley de Sociedades de Seguros, sin este requisito ningún tribunal de la República podrá admitir demanda alguna contra la Compañía. Si en la instancia administrativa no logran conciliar sus intereses, cualquiera de estas podrá someter la controversia al conocimiento de árbitros o previa certificación que se tuvo por intentar y no lograr dicha conciliación, podrá acudir a los tribunales de lo mercantil de La Libertad, a cuya jurisdicción quedan expresamente sometidos. Se señala un plazo de 30 (treinta) días para que la Compañía cumpla sus obligaciones derivadas de esta póliza una vez que se hayan presentado las pruebas de reclamación de acuerdo con las estipulaciones de esta póliza. Si la demanda se interpone vencido el término de la prescripción legal, esta operará como excepción válida de conformidad con la ley procesal en vigor frente a la pretensión.

n. REHABILITACIÓN DEL SEGURO

El Asegurado cuyo seguro ha sido terminado, podrá rehabilitar su cobertura presentando prueba de Asegurabilidad que estará sujeta a la evaluación y aprobación de la Compañía.

o. PRIVILEGIO DE CONVERSION

Cualquier asegurado que deje de ser miembro del grupo y que presente una Solicitud escrita a la Compañía, tendrá derecho a que la misma le expida una póliza individual de vida, al plan que esté en vigor al momento de la conversión, para él según el caso. Tal solicitud deberá hacerla dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la primera de las fechas que se describen a continuación:

* La fecha en que termine su empleo, sea cual fuere el motivo.

* La fecha en que deje de ser miembro de la categoría o categorías con derecho a seguro bajo la póliza y

* La fecha de terminación de la póliza o enmienda para terminar el seguro del asegurado, ya sea por parte del Patrono o de la Compañía, siempre que tal fecha sea dos (2) años después de la fecha en que el seguro del empleado entró en vigor mediante la póliza.

Con sujeción a las condiciones anteriores tendrá derecho a que la Compañía le expida una póliza Individual sin tener que presentar prueba de asegurabilidad y su importe será igual (o menor a opción del asegurado) a la cantidad del seguro bajo esta póliza en la fecha de terminación del seguro y sujeta a las siguientes condiciones y estipulaciones:

1. Dicha póliza será emitida en cualquiera de las formas de seguro con primas y beneficios a nivel que acostumbra a emitir la Compañía.
2. La prima para dicha póliza individual será la prima aplicable a la clase de riesgo a que pertenece el asegurado, según la edad cumplida en el cumpleaños más próximo a la fecha de emisión de tal póliza individual.
3. El primer pago de prima de la póliza individual de seguro emitida deberá hacerse a la Compañía dentro del período de los treinta y un (31) días durante el cual se presente la solicitud de dicha póliza.
4. En caso de fallecer el asegurado durante estos treinta y un (31) días, la compañía deberá pagar al beneficiario, registrado en la póliza colectiva, el valor máximo de seguro por el cual se hubiere podido emitir la póliza individual ya sea que el asegurado hubiere o no presentado solicitud escrita de conversión de seguro de vida.
5. El seguro que resulte de la póliza convertida entrará en vigor al finalizar el período de treinta y un (31) días durante el cual se presentó la solicitud para dicha póliza individual.

p. INDISPUTABILIDAD

La validez de esta póliza, relativa al beneficio de seguro de vida no será disputada, excepto por la falta de pago de primas, después de que haya estado en vigor por un año a partir de la fecha de su emisión. Ninguna declaración hecha por el asegurado bajo esta póliza en relación a su Asegurabilidad será usada en la disputa de la validez del seguro sobre el cual dicha declaración fue hecha después de que el seguro haya estado vigente, con anterioridad a la disputa, por un período de dos (2) años durante el curso de la vida del asegurado, a menos que dicha declaración sea incluida *en un documento firmado por él*.

q. CESIÓN

El seguro proporcionado por esta póliza no puede ser traspasado ni cedido.

r. AVISO Y PRUEBA DE RECLAMACION

La notificación por escrito del fallecimiento desmembración o pérdida de la vista del Asegurado en que se base la reclamación debe ser presentada a la Compañía, dentro de los noventa (90) días después de la fecha del siniestro.

Al recibir la Compañía notificación de la reclamación, está suministrará al beneficiario o beneficiarios o al propio asegurado a través del Contratante, los correspondientes formularios para que le sean presentadas las prueba del siniestro o reclamación. Si tales formularios no son suministrados dentro de los quince (15) días después de recibirse la notificación del siniestro de un Asegurado, se considerará que el beneficiario o el asegurado ha cumplido con los requisitos de esta póliza para tal fin.

El dejar de enviar tal notificación o prueba dentro del tiempo estipulado en este documento no invalidará la reclamación, siempre que se demuestre que no fue factible hacerlo dentro de ese período de tiempo y que tal aviso o prueba fue presentado tan pronto como fue razonablemente posible.

La compañía tendrá el derecho y deberá tener la oportunidad de que un médico designado por ésta examine a cualquier reclamante conforme a este contrato cuando y cuantas veces así lo requiera, en forma razonable. En caso de reclamación debido a muerte, la Compañía así mismo tendrá el derecho de que se practique a su requerimiento un examen del cadáver y se realice una

autopsia conforme a la ley.

s. DECLARACIONES FALSAS E INEXACTAS

Esta póliza ha sido emitida en consideración a las declaraciones hechas por el Contratante y los asegurados en las solicitudes correspondientes, las cuales forman parte integrante de la póliza. En el caso de que cualquier información suministrada en dichas solicitudes sea falsa, inexacta, incompleta, engañosa o errónea, la Compañía tiene derecho a solicitar la nulidad o terminación del seguro del empleado o del presente contrato ante las autoridades competentes.

II. DEFINICIONES

Las palabras y frases que a continuación se detallan, tendrán el significado que aquí se establece.

ACCIDENTE: Se refiere a un suceso imprevisto, repentino y fortuito originado por una causa externa, independiente de la voluntad del Asegurado, y que estando en vigencia la póliza cause a este lesiones corporales que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo asimismo el ahogamiento y asfixia, como también estados septicémicos e infecciones que sean a consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efectos de contusiones. Esta condición requiere atención médica inmediata dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al suceso.

AÑO CALENDARIO: El período de doce (12) meses consecutivos entre el 1ro. de enero al 31 de diciembre del mismo año.

AÑO PÓLIZA: El período de doce (12) meses que comienza a partir de la fecha efectiva de la póliza.

ASEGURABILIDAD: Gozar de buena salud, ser apto para obtener un seguro, de acuerdo a los requerimientos de la Compañía de seguros.

ASEGURADO PRINCIPAL O TITULAR PRINCIPAL: Empleado o persona asegurada que está nombrada en los registros del contratante, aprobado por la Compañía, a la cual se le emite un certificado como evidencia de su cobertura de seguro.

AUXILIO DE GASTOS FUNERARIOS: Es un beneficio en adición o deducido del seguro de vida para cubrir los gastos funerarios del asegurado fallecido por la suma indicada en el Cuadro de Seguro.

BENEFICIARIO: Es la persona designada por el asegurado, que después del fallecimiento del asegurado recibirá la cantidad del Seguro de Vida y el Beneficio de Muerte y Desmembración Accidental y cualquier otro beneficio indicado en las Condiciones Generales de la póliza.

CERTIFICADO DE SEGURO: Es el documento que se le entrega al Asegurado Principal como evidencia de la cobertura de seguro.

COBERTURA CONTRIBUTORIA: Cuando el pago de la prima de la cobertura del seguro es pagada en parte o totalmente por la Persona Asegurada.

COBERTURA NO CONTRIBUTORIA: Cuando el pago de la prima de la cobertura del seguro es pagada totalmente por el Contratante.

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL: Se refiere al formulario aprobado por la Compañía que debe completar y firmar el asegurado principal, con el objeto de solicitar su inscripción al seguro y designar beneficiarios para el seguro de vida.

COMPAÑÍA: Se refiere a la aseguradora que respalda las coberturas ofrecidas en esta póliza.

CONTRATANTE: Es la empresa o entidad a la cual la Compañía ha emitido una póliza con el objeto de proporcionar cobertura de seguro a los empleados y/o clientes asegurados y está obligada a pagar las primas en la forma y monto convenido.

CUADRO DE SEGURO: Es el detalle de las coberturas y montos correspondientes al Seguro de Vida, Beneficio de Muerte, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidentalmente, e Incapacidad Total y Permanente, cubiertos en la póliza.

EMPLEADO ACTIVO Y PERMANENTE: Define a los individuos que trabajan en horario completo, es decir que trabaja no menos de treinta (30) horas a la semana.

EMPLEADO PROVISIONAL Y/O TEMPORAL: Define a los individuos contratados para realizar labores que por su naturaleza no son permanentes en la empresa; o que siendo permanentes las labores, han sido contratados para llenar necesidades temporales o eventuales en la misma.

EMPLEADOS Y/O CLIENTES ASEGURADOS: Define a los individuos para los cuales el Contratante solicita el seguro y/o beneficios ofrecidos por esta póliza y cuya clasificación, elegibilidad y beneficios es requerida por el propio Contratante y registrada en la póliza.

ENFERMEDAD TERMINAL: Es una condición médica irremediable, diagnosticada por primera vez dentro de la vigencia de la póliza, que con razonable certeza de un profesional médico causará la muerte del asegurado dentro de los doce (12) meses siguientes.

FECHA DE RENOVACIÓN: Se refiere a la fecha en que terminan los beneficios, condiciones y tarifas del último período de vigencia, indicados en el Cuadro de Beneficios. A partir de esta fecha entran en vigencia los nuevos beneficios, condiciones y tarifas acordados entre el Contratante y la Compañía.

FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO: Se refiere a la fecha en que comienza la cobertura del asegurado bajo esta póliza, por el período de vigencia de la misma y mostrada en el certificado de seguro.

FECHA EFECTIVA DE LA PÓLIZA: Se refiere a la fecha en la que comienza la cobertura de seguro bajo esta póliza, la cual es indicada en la Carátula de la misma y que determinará las

fechas de las renovaciones subsiguientes de la póliza. La fecha efectiva está indicada en la solicitud de seguro aprobada por la Compañía.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Se define como la incapacidad del asegurado a consecuencia de lesión corporal o enfermedad, que lo imposibilita total y continuamente a desempeñar cualquier clase de trabajo remunerado o lucrativo.

LESIONES CORPORALES: Trauma o lesión física que resulta de un accidente sufrido por el asegurado mientras la póliza esté vigente y que resulte directa o independientemente de cualesquiera causas no excluidas por la póliza.

PERIODO DE ESPERA: Es el período de tiempo que debe transcurrir para que el empleado y/o cliente pueda recibir los beneficios otorgados bajo esta póliza.

PERIODO DE GRACIA: Es el período de tiempo que tiene el Contratante para realizar el pago de las primas correspondientes a partir de la fecha de vencimiento del pago.

PLAN DE SEGURO COLECTIVO: Define la cobertura de beneficios a grupos de personas cobijados bajo un mismo vínculo de tipo laboral, escolar, cooperativo, entre otros, y debe tener un mínimo de 10 titulares principales. Estos planes tienen un diseño especial de acuerdo al colectivo que los adquiere, evidenciado con el Certificado, que se emite a cada uno de los asegurados del grupo.

PÓLIZA: Documento que detalla las condiciones generales y particulares del contrato de seguro pactado entre una entidad contratante y la Compañía.

PRIMA: Es la cantidad de dinero que paga el Contratante a la Compañía por los beneficios ofrecidos bajo esta póliza.

PRUEBA DE ASEGURABILIDAD: Formulario requerido por la Compañía por medio del cual los candidatos a asegurados declaran en detalle sus enfermedades, y tratamientos médicos

realizados durante su vida, así como los exámenes médicos y pruebas de laboratorio requeridos para evaluar su elegibilidad para el seguro.

PRUEBAS FEHACIENTES DE QUE UN ASEGURADO HAYA SUFRIDO CUALQUIERA DE LAS PERDIDAS ESTIPULADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIONES: Es el formulario (Form. 3378) requerido por la Compañía por medio del cual los asegurados amparados bajo este beneficio prueban que han sufrido cualquiera de las pérdidas indicadas en la tabla de indemnizaciones como consecuencia directa de una lesión corporal por causa accidental.

PRUEBAS SATISFATORIAS DE LA EXISTENCIA Y CONTINUIDAD DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE: Son los formularios requeridos por la Compañía por medio de los cuales los asegurados amparados bajo este beneficio prueban cada año la existencia y continuidad de su incapacidad total y permanente: Form. 1277 – Prueba de Incapacidad – Declaración del Reclamante y Form. 1278 – Informe de Incapacidad por el Médico Examinador.

SOLICITUD INDIVIDUAL: Se refiere al formulario aprobado por la Compañía que debe completar y firmar el propuesto asegurado, con el objetivo de solicitar su inscripción al seguro, y designar sus beneficiarios para el seguro de vida.

III. ESTIPULACIONES APLICABLES AL EMPLEADO Y/O CLIENTE ASEGURADO PARA EL SEGURO DE VIDA

a. EMPLEADOS Y/O CLIENTES ELEGIBLES PARA SEGURO

1. Todos los empleados activos y permanentes, que trabajan en horario completo, exceptuando los provisionales, temporales y jubilados. Empleado activo que trabaja en horario completo, describe al empleado que trabaja no menos de treinta (30) horas a la semana.

Nuevos empleados y/o clientes de 75 años de edad o más no serán elegibles para seguro.

Cada Empleado y/o cliente actual tiene derecho a seguro en la fecha efectiva de la póliza. Cada Empleado nuevo debe completar un período de 1 (un) día de empleo continuo y activo. En el caso del cliente no hay período de espera, tendrán derecho a seguro en la fecha efectiva de la póliza o en la fecha en la que su solicitud sea aprobada por la Compañía.

- i. Empleados que no estén trabajando activamente en la fecha en que tendrían derecho al seguro, serán cubiertos a partir del día de su regreso al trabajo activo a tiempo completo.
- ii. En los grupos no contributorios en los que el Contratante aporta el pago total del seguro, los empleados y/o clientes serán automáticamente asegurados en la fecha de su elegibilidad, debiendo siempre presentar su solicitud de seguro o tarjeta de enrolamiento por escrito a través del formulario designado por la Compañía proporcionando cuanta información sea requerida por la misma.
- iii. En los grupos contributorios en los que el empleado y/o cliente aporta una cantidad para el pago de las primas, la cobertura será efectiva en la fecha que la solicitud de seguro es completada y presentada a la Compañía siempre que sea dentro de los treinta (30) días siguientes a su fecha de elegibilidad. Si la solicitud es presentada a la Compañía después de los treinta (30) días, el empleado y/o cliente debe suministrar Pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía, sin costo para ésta. Dicha Prueba será evaluada por la Compañía y la cobertura será efectiva en la fecha designada por ésta. En caso de que dicha Prueba no sea satisfactoria, la Compañía tendrá el derecho de declinar la cobertura.

b. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Al fallecimiento del Asegurado, su seguro de vida será pagadero a sus beneficiarios designados en el formulario suministrado por la Compañía o aprobado por la misma.

El Asegurado puede cambiar de beneficiario en cualquier momento, sin tener que notificar a dicho beneficiario ni obtener su consentimiento. El cambio de beneficiario debe efectuarse en el formulario suministrado por la Compañía o en otro aprobado por ésta, y el mismo será efectivo en la fecha en que el formulario, debidamente firmado, sea registrado por la Compañía.

En caso de haber designado más de un beneficiario y el Asegurado no ha especificado el derecho respectivo de cada uno de ellos, la cantidad del seguro será distribuida en partes iguales. Si alguno de los beneficiarios designados hubiese fallecido antes que el Asegurado, su derecho quedará terminado y la cantidad que le correspondía será distribuida en partes iguales a los otros beneficiarios registrados en la póliza. De no vivir ningún beneficiario al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, el pago correspondiente será efectuado a los herederos legales del Asegurado.

Advertencia:

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores que no sean sus progenitores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

c. TERMINACIÓN INDIVIDUAL DEL SEGURO

Con excepción de lo previsto en las estipulaciones de la póliza tituladas Exención de Primas por Incapacidad Total y Permanente y Renta por Incapacidad Total y Permanente, la cobertura de un Asegurado quedará automáticamente terminada por cualquiera de las siguientes circunstancias que se presente primero: (a) la fecha en que el Asegurado deje de cumplir con la contribución que se requiere para el pago de las primas al vencimiento de éstas, conforme se comprometió por escrito si el seguro es contributivo; (b) la fecha en que deje de ser miembro de cualquiera de las categorías elegibles para seguro bajo esta póliza; (c) la fecha en que se termine su contrato de trabajo con el Contratante; (d) la fecha en que cesen los pagos de las primas correspondientes al seguro del Asegurado bajo esta póliza; (e) la fecha de terminación de esta póliza; (f) la fecha en que el Asegurado alcance la edad máxima de elegibilidad estipulada en el Cuadro de Beneficios; (g) la fecha en que el Asegurado cometa cualquier acto fraudulento contra el seguro; y (h) la fecha de expiración del período de gracia por falta del pago de la prima.

Se considerará para todos los efectos de esta cobertura como terminación del empleo, cuando el Asegurado sea pensionado o jubilado o por ausencia permanente del trabajo activo por cualquier otro motivo. Sin embargo, a no ser que el Contratante notifique por escrito lo contrario a la Compañía o deje de efectuar el pago de primas de la cobertura del Asegurado, se podrá considerar como Empleado activo aquel que se halle ausente de su empleo por motivo de enfermedad o lesión. Asimismo, el Contratante podrá considerar como Empleado activo por un período hasta de dos (2) meses después de cesar su empleo, a cualquier Empleado que se halle ausente de esta actividad como consecuencia de un paro temporal o por motivo de una licencia que se le hubiere concedido.

IV. SEGURO DE VIDA Y BENEFICIOS ADICIONALES

a. SEGURO DE VIDA

El seguro de vida es la suma asegurada indicada en el Cuadro de Beneficios que la Compañía pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado luego de ser presentadas las pruebas legales de su fallecimiento.

b. AUXILIO DE GASTOS FUNERARIOS O GASTOS DE SEPELIO

Este beneficio puede ser en adición a un adelanto del seguro de vida para cubrir los gastos funerarios del asegurado fallecido hasta la suma máxima indicada en el Cuadro de Beneficios. Esta suma se pagará al contratante previa presentación del Certificado de Defunción a la Compañía. Si es un adelanto, este pago será descontado del monto de su seguro de vida.

El contratante o dueño de la póliza entregará al beneficiario el importe de este beneficio.

El pago del auxilio de gastos funerarios es independiente del beneficio básico de seguro de vida.

Por lo tanto, el pago de este beneficio no implica la aceptación del reclamo del seguro de vida por parte de la Compañía

c. BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA ANTICIPADO POR ENFERMEDAD TERMINAL

Este beneficio permite el pago anticipado de una parte del seguro de vida básico de acuerdo al porcentaje indicado en el Cuadro de Beneficios, si el Asegurado contrae una enfermedad terminal. Este pago será descontado del monto de su seguro de vida.

Para que este beneficio se haga efectivo se requiere lo siguiente: (a) que el seguro de vida del empleado y/o cliente haya estado vigente por un período mayor de dos años; y, (b) que el Asegurado lo notifique por escrito a la Compañía a más tardar dentro de los 90 días siguientes de haber recibido el diagnóstico de la enfermedad terminal.

Se define como enfermedad terminal, la condición médica o enfermedad irremediable, diagnosticada por primera vez dentro de la vigencia de esta póliza y que por certificación mayoritaria de un Tribunal Médico, dicha condición médica o enfermedad irremediable con razonable certeza causará la muerte del Asegurado dentro de los siguientes doce (12) meses. El Tribunal Médico estará conformado por el médico del Asegurado, un médico nombrado por la Compañía y un tercer médico especialista nombrado por los dos primeros.

d. EXENCIÓN DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Se define como Incapacidad Total y Permanente la incapacidad del asegurado a consecuencia de una enfermedad o una lesión corporal que lo imposibilita total y continuamente a desempeñar cualquier clase de trabajo remunerado o lucrativo.

La Compañía exonerará del pago de primas de Seguro de Vida e Incapacidad Total y Permanente a cualquier Asegurado que sufra una incapacidad total y permanente antes que éste cumpla sesenta y cinco (65) años de edad, manteniendo su seguro vigente durante el tiempo que dure dicha incapacidad y cumpla con las siguientes condiciones:

a. La terminación de su empleo haya ocurrido a causa de la incapacidad: (a) mientras se encontraba asegurado bajo esta póliza y las primas correspondientes a los seis (6) meses precedentes a la terminación del empleo hayan sido pagadas; (b) como resultado de una Incapacidad Total y Permanente, según se define en la póliza, y (c) antes de cumplir sesenta y cinco (65) años de edad.

b. Que la Incapacidad Total y Permanente este diagnosticada médicamente a continuar sin interrupción desde la fecha de la terminación del empleo hasta la fecha del fallecimiento y que la póliza haya estado vigente durante dicho período.

La cantidad original de seguro en la fecha de su incapacidad, estará sujeta a la misma reducción de seguro que aplique a un Asegurado activo, según se indique en el Cuadro de Beneficios de la póliza.

La exención del pago de prima quedará sin efecto cuando ocurra cualquiera de los siguientes eventos:

- I. Al cumplir el Asegurado incapacitado la edad límite
- II. La fecha de terminación de la póliza;
- III. La muerte del asegurado; y

IV. Cuando el asegurado se recupere de la Incapacidad Total y Permanente.

Al recibir las pruebas de la muerte del Asegurado, la Compañía pagará a su beneficiario la cantidad de seguro de vida vigente en esa fecha. Si una póliza individual hubiera sido emitida para convertir el seguro del asegurado y si una reclamación de muerte ha sido pagada bajo la póliza individual, la Compañía no efectuará ningún pago bajo otra estipulación de la póliza

La prueba inicial de tal incapacidad total y permanente deberá ser presentada dentro de un período de doce (12) meses desde que se inició tal incapacidad, y que el Asegurado haya estado incapacitado por un período no menor de seis (6) meses de forma continua y permanente inmediatamente después de la fecha de terminación del empleo. Posteriormente, la prueba subsiguiente de tal incapacidad total y permanente, deberá ser presentada dentro de cada período de doce (12) meses que siguen inmediatamente al primero y de ahí en adelante cada aniversario subsiguiente a la fecha de terminación del empleo, mientras dure la incapacidad.

La Compañía tendrá el derecho de solicitar pruebas satisfactorias de la existencia y continuidad de la Incapacidad Total y Permanente en el tiempo y de la manera indicada en el párrafo anterior, completando los formularios 1277 (Pruebas de Incapacidad – Declaración del Reclamante) y 1278 (Informe de Incapacidad por el Médico Examinador) anexas a este contrato, y de someter a exámenes físicos al Asegurado en la fecha que lo considere conveniente con uno o más médicos que designe la Compañía. En caso de que el Asegurado se rehúse a cumplir con estos requisitos, dejará de tener derecho a los beneficios bajo esta póliza.

Todas las pruebas deben ser presentadas a la Compañía, de la manera y en el período de tiempo antes indicado. Si un Asegurado incapacitado no cumple con estos requisitos o rehusara ser examinado por la Compañía, dejará de tener derecho a este beneficio o cualquier otro beneficio de la póliza.

e. EXENCION DE PRIMAS Y RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

Se define como Incapacidad Total y Permanente la Incapacidad del asegurado a consecuencia de una enfermedad o una lesión corporal que lo imposibilita total y continuamente a desempeñar cualquier clase de trabajo remunerado o lucrativo.

Con el pago de la prima adicional correspondiente, este beneficio reemplaza al beneficio de Exención de Primas por Incapacidad Total y Permanente, indicado en el inciso b.1. anterior, bajo el seguro de vida.

La Compañía exonerará del pago de primas del Seguro de Vida e Incapacidad Total y Permanente a cualquier Asegurado que sufra una incapacidad total y permanente antes que este cumpla SETENTA (70) años de edad, manteniendo su seguro vigente durante el tiempo que dure dicha incapacidad, y cumpla con las siguientes condiciones:

- a. La terminación del empleo del Asegurado haya ocurrido: (a) mientras dicho empleado y/o cliente se encontraba asegurado bajo esta póliza y siempre que las primas correspondientes a los seis (6) meses precedentes a la terminación del empleo, debido a dicha incapacidad, hayan sido pagadas; (b) antes de cumplir SESENTA Y CINCO (65) años de edad; y (c) como el resultado de una incapacidad total y permanente según se define más adelante, y
- b. Dicha incapacidad total y permanente esté diagnosticada médicamente a continuar ininterrumpidamente desde la fecha de terminación del empleo hasta la fecha de la muerte.

Al recibir dichas pruebas la Compañía pagará al Asegurado un beneficio a base de pagos mensuales, como liquidación total de todas las obligaciones bajo los beneficios de seguro de vida de la póliza y sujeto a las condiciones siguientes:

- a. El primer pago mensual será pagadero dentro de los tres (3) meses después de recibida la prueba de dicha incapacidad total y permanente, pero nunca antes de que el Asegurado haya estado incapacitado total y continuamente por un período de seis (6) meses.

b. El número de pagos mensuales será hasta un máximo de 60, y cada uno será a base de la tarifa de (**) por cada (**) de seguro de vida. Sin embargo, si la suma asegurada vigente al comienzo de la Incapacidad Total y Permanente es menor de (**), el número de pagos mensuales se obtendrá dividiendo la cantidad de seguro entre (**) y la cantidad de dicho pago estará basada en el valor que tengan los plazos en la fecha en que el primero de estos sea pagadero y sobre la base del tipo de interés compuesto del 3% anualmente, cuya cantidad será el total de seguro a pagar. Ningún beneficio aplicará después de los 60 pagos mensuales. (** ver cuadro de seguro)

c. Si dicha Incapacidad Total y Permanente es debida a, o acompañada por trastornos mentales y el Asegurado según la opinión de la Compañía, se encuentra incapacitado para recibir dichos pagos mensuales, estos podrán ser pagados al representante legal debidamente autorizado.

d. Si cualquiera de los pagos a que el Asegurado tiene derecho, se encuentra sin pagar a la muerte del mismo, serán conmutados sobre la base del tipo de interés compuesto del 3% anual, y pagados a su beneficiario en un solo pago.

Si el Asegurado vuelve al trabajo y por lo tanto llega a ser elegible bajo la póliza, sujeto al pago de las primas correspondientes. Su seguro quedará restaurado de la siguiente manera:

(a) Igual a la diferencia del seguro antes de la incapacidad menos el total de los pagos mensuales efectuados bajo el beneficio de la renta por incapacidad (excluyendo los intereses); o,

(b) Igual a la cantidad indicada en el párrafo (a) hasta que el Asegurado haya completado un período no menor de doce (12) meses consecutivos de trabajo activo después de su retorno, en cuyo caso deberá presentar pruebas de Asegurabilidad satisfactorias a la Compañía para rehabilitar la cantidad completa de seguro a la que consecuentemente tenga derecho. La cantidad completa de seguro entrará en vigor en la fecha designada por la Compañía siempre que las pruebas de asegurabilidad presentadas sean satisfactorias

a la misma. Las pruebas de asegurabilidad serán sin costo para la Compañía.

La prueba inicial de la Incapacidad Total y Permanente debe ser presentada dentro de un período de doce (12) meses siempre que el asegurado haya estado incapacitado por un período no menor de seis (6) meses de forma continua y permanente inmediatamente después de la fecha de terminación del empleo. En adelante, pruebas de la continuación de dicha incapacidad total y permanente deberán ser presentadas dentro de cada período de tres (3) meses inmediatamente anterior a cada siguiente aniversario de la terminación del empleo. Todas las pruebas deben ser presentadas a la Compañía, la cual tendrá el derecho de examinar al Asegurado en cualquier momento durante dicha incapacidad. Si un Asegurado incapacitado no presenta las pruebas de la manera y dentro del período de tiempo especificado o rehusara ser examinado por la Compañía, desde esa fecha en adelante, dejará de tener derecho a este beneficio o a cualquier otro beneficio de la póliza.

No obstante lo antes indicado para el pago de este beneficio, mediante acuerdo pactado con el contratante, este beneficio puede pagarse bajo otras condiciones establecidas en el Cuadro de Seguro de la póliza.

f. EXENCION DE PRIMAS Y RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE CON RESTAURACIÓN DE SUMA ASEGURADA

Con el pago de la prima adicional correspondiente, este beneficio reemplaza al beneficio de Exención de Primas por Incapacidad Total y Permanente, indicado en el inciso b.1. anterior, bajo el seguro de vida.

La Compañía exonerará del pago de primas de Seguro de Vida e Incapacidad Total y Permanente a cualquier Asegurado que sufra una incapacidad total y permanente antes que este cumpla _____ () años de edad, manteniendo su seguro vigente durante el tiempo que dure dicha incapacidad, y cumpla con las siguientes condiciones:

- a. La terminación del empleo del Asegurado haya ocurrido: (a) mientras dicho empleado y/o cliente se encontraba asegurado bajo esta póliza y siempre que las primas

correspondientes a los seis (6) meses precedentes a la terminación del empleo, debido a dicha incapacidad, hayan sido pagadas; (b) antes de cumplir _____ () años de edad; y (c) como el resultado de una incapacidad total y permanente según se define más adelante, y

b. Dicha incapacidad total y permanente esté diagnosticada médicamente a continuar ininterrumpidamente desde la fecha de terminación del empleo hasta la fecha de la muerte.

Al recibir dichas pruebas la Compañía pagará al Asegurado un beneficio a base de pagos mensuales, como liquidación total de todas las obligaciones bajo los beneficios de seguro de vida de la póliza y sujeto a las condiciones siguientes:

a. El primer pago mensual será pagadero dentro de los tres (3) meses después de recibida la prueba de dicha incapacidad total y permanente, pero nunca antes de que el Asegurado haya estado incapacitado total y continuamente por un período de seis (6) meses.

b. El número de pagos mensuales será hasta un máximo de 60, y cada uno será a base de la tarifa de _____ por cada _____ de seguro de vida. Sin embargo, si la suma asegurada vigente al comienzo de la Incapacidad Total y Permanente es menor de _____, el número de pagos mensuales se obtendrá dividiendo la cantidad de seguro entre _____ y la cantidad de dicho pago estará basada en el valor que tengan los plazos en la fecha en que el primero de estos sea pagadero y sobre la base del tipo de interés compuesto del 3% anualmente, cuya cantidad será el total de seguro a pagar. Ningún beneficio aplicará después de los 60 pagos mensuales.

c. Si dicha Incapacidad Total y Permanente es debida a, o acompañada por trastornos mentales y el Asegurado según la opinión de la Compañía, se encuentra incapacitado para recibir dichos pagos mensuales, estos podrán ser pagados al representante legal debidamente autorizado.

d. Si el asegurado muere durante el período de los 60 pagos mensuales, el beneficiario

recibirá el valor de la póliza de vida original

Si el Asegurado vuelve al trabajo y por lo tanto llega a ser elegible bajo la póliza, sujeto al pago de las primas correspondientes su seguro será restaurado de la siguiente manera:

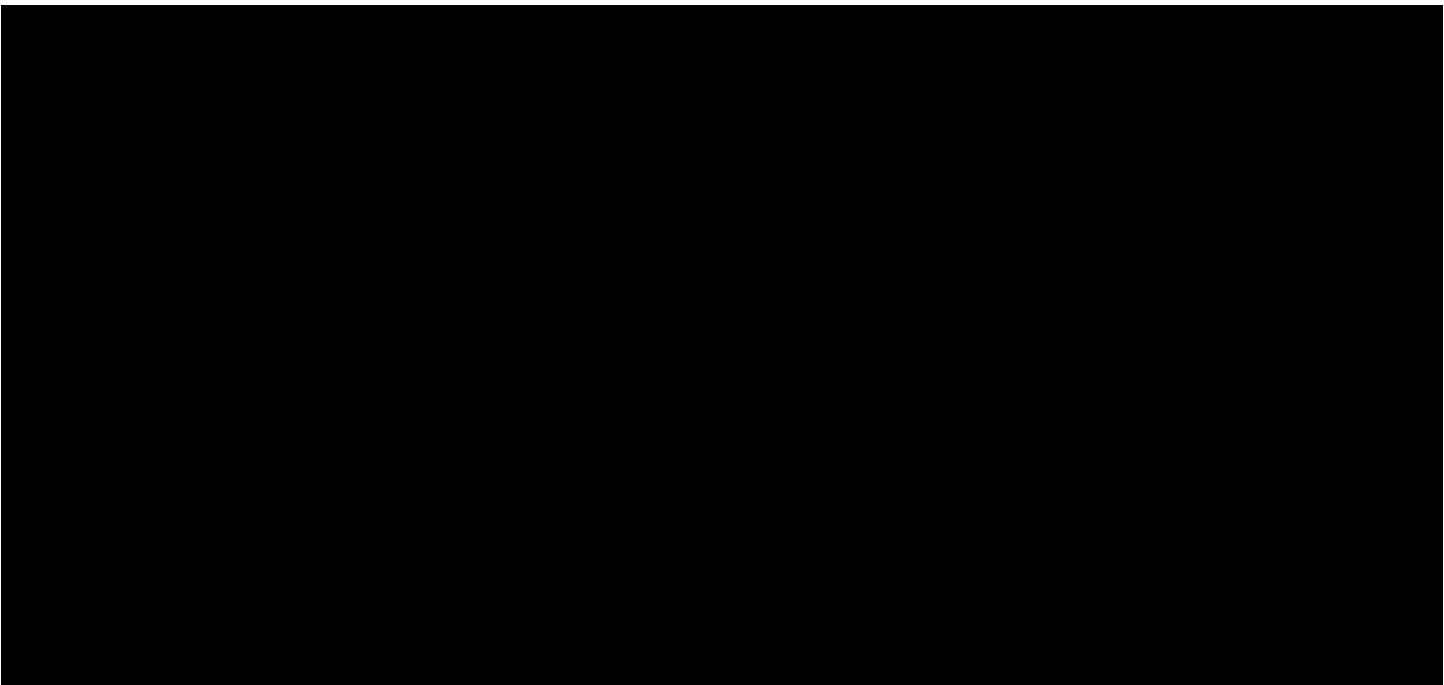
- a. Igual a la diferencia del seguro antes de la incapacidad menos el total de los pagos mensuales efectuados bajo el beneficio de renta por incapacidad (excluyendo los intereses); o,
- b. Igual a la cantidad indicada en el párrafo (a) hasta que el asegurado haya completado un período no menor de doce (12) meses consecutivos de trabajo activo después de su retorno, en cuyo caso deberá presentar pruebas de Asegurabilidad, que resulten satisfactorias a la Compañía para rehabilitar la cantidad completa de seguro a la que consecuentemente tenga derecho. La cantidad completa de seguro entrará en vigor en la fecha designada por la Compañía siempre que las pruebas de asegurabilidad presentadas sean satisfactorias a la misma. Las pruebas de asegurabilidad serán sin costo para la Compañía.

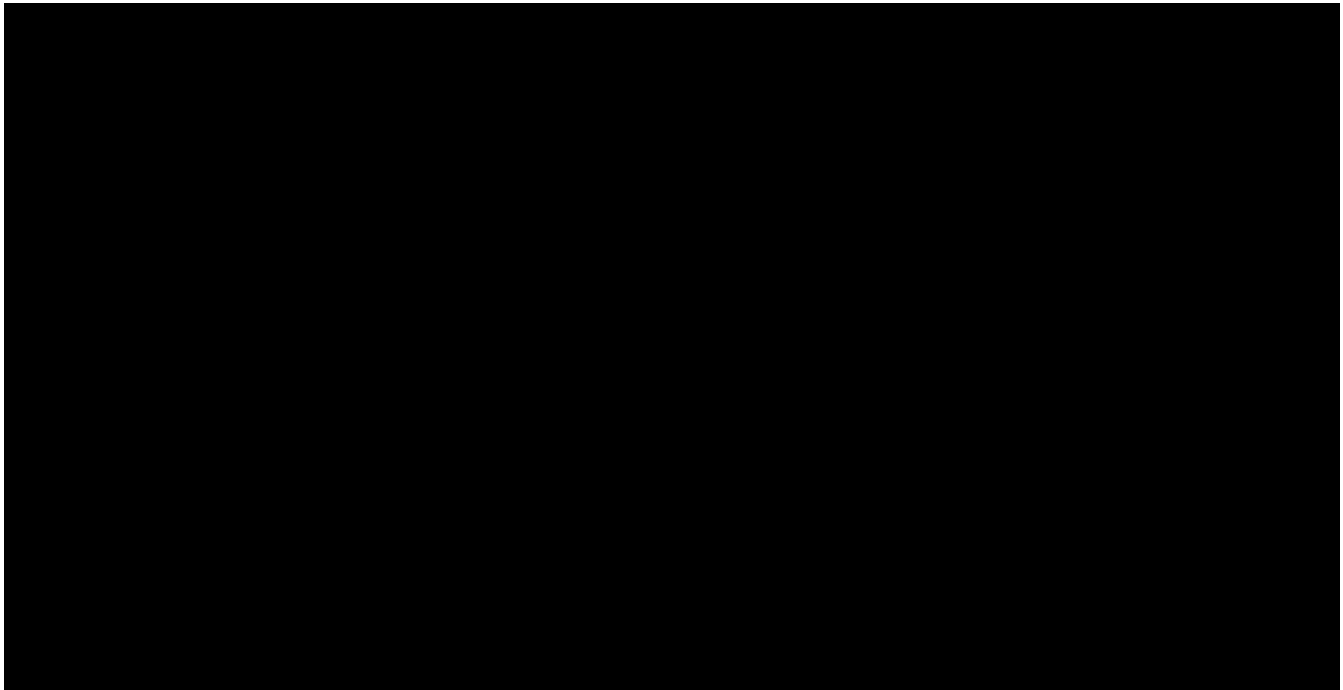
La prueba inicial de la Incapacidad Total y Permanente debe ser presentada dentro de un período de doce (12) meses siempre que el asegurado haya estado incapacitado por un período no menor de seis (6) meses de forma continua y permanente inmediatamente después de la fecha de terminación del empleo. En adelante, pruebas de la continuación de dicha incapacidad Total y Permanente deberán ser presentadas a la Compañía dentro de cada período de tres (3) meses inmediatamente antes de cada siguiente aniversario de la terminación del empleo. Todas las pruebas deben ser presentadas a la Compañía, la cual tendrá el derecho de examinar al Asegurado en cualquier momento durante dicha incapacidad. Si un Asegurado incapacitado no presenta las pruebas de la manera y dentro del período de tiempo especificado o rehusara ser examinado por la Compañía, desde esa fecha en adelante, dejará de tener derecho a este beneficio o a cualquier otro beneficio de la póliza. No obstante lo antes indicado para el pago de este beneficio, mediante acuerdo pactado con el contratante, este beneficio puede pagarse bajo

otras condiciones establecidas en el Cuadro de Seguro de la póliza.

g. SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRACIÓN Y PÉRDIDA DE LA VISTA ACCIDENTAL

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza, al recibir la Compañía pruebas fehacientes de que un Asegurado sufra cualquiera de las pérdidas que se estipulan en la Tabla de Indemnizaciones que aparece a continuación, a través de la presentación del Formulario 3378 el cual es completado por el asegurado, médico asistente y avalado por el patrono, como resultado directo de lesión corporal por causa accidental, conforme lo demuestre alguna contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (excepto en el caso de ahogamiento o de lesiones internas descubiertas mediante autopsia), y siempre que dicha pérdida se produzca dentro de los noventa (90) días después de la fecha del accidente que la ocasionó, se pagará al beneficiario, en adición al seguro de vida, la cantidad correspondiente a la pérdida de la vida por accidente del Asegurado. De sufrir cualquiera de las otras pérdidas especificadas en esta Tabla, se le pagará al propio Asegurado la cantidad que corresponda de acuerdo a dicha Tabla.





En lo que respecta a las manos y los pies, la palabra pérdida implica desmembración causada por separación ya sea arriba, o en la articulación de la muñeca o del tobillo, respectivamente. Con relación a los ojos, la palabra pérdida implica la pérdida total e irreparable de la vista. No se pagará más de la cantidad total del seguro por todas las pérdidas que sufra el Asegurado a consecuencia de algún accidente.

g.ii. Doble Indemnización

El beneficio pagadero por cualquiera de las pérdidas antes especificadas será el doble, si tales lesiones corporales ocurren bajo las siguientes condiciones:

- 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 se encuentre dentro de un ascensor corriente de pasajeros (con excepción de ascensores de minas); o
- c) Como consecuencia de incendio en un teatro, hotel o cualquier edificio público en el cual el asegurado se encuentre dentro del edificio desde el inicio del incendio. No aplica este beneficio si el asegurado ingresa al edificio una vez iniciado el incendio.

g.iii. Exclusiones:

No se pagará beneficio alguno por cualquier pérdida causada directa o indirectamente, parcial o totalmente por:

- a) **Homicidio o tentativa de homicidio o por lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas.**
- b) **Suicidio o tentativa de suicidio o lesión asestada a si mismo intencionalmente, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.**
- c) **Insurrección o guerra declarada o no, guerra civil, revolución o cualquiera acción atribuible a éstas. Cualquiera otra clase de desorden público o laboral.**
- d) **Cualquier acto de terrorismo, invasión, sedición, bombardeos, usurpación de poder.**
- e) **Energía nuclear (reacciones nucleares, radiación, contaminación)**
- f) **Participación en algún tumulto, motín, o en la comisión de algún delito, asesinato, atentado, infracción o cualquier intento de violación de la ley o resistencia al arresto, allanamientos, destrucción de morada.**
- g) **Conducir, viajar, abordar o descender de cualquier clase de aeronave si el asegurado es piloto, oficial o tripulante de tal aeronave o da o recibe clases de**

entrenamiento o instrucción o desempeña algún trabajo a bordo de tal aeronave, o que requiera el desembarque de ésta.

- h) Tratar de abordar o descender de, o a consecuencia de ello, o por encontrarse en naves aéreas de combate o de guerra o de entrenamiento militar o policial, o de reconocimiento, o en aviones militares o de policía de cualquier tipo asignado a misiones de combate, socorro o emergencia catastrófica.
- i) Por encontrarse en una nave aérea que está siendo usada en vuelos de fumigación, o durante vuelos de carácter deportivo o acrobático o de aplicaciones publicitarias o de exploración o de investigación meteorológica.
- j) Pérdidas como consecuencia de un tratamiento médico o quirúrgico.
- k) Intoxicación por ingesta de alimentos en descomposición (excepto solamente de infección piógena que ocurra simultáneamente de una cortada o herida accidental visible).
- l) Tomar veneno o causarse asfixia por inhalar gas ya sea voluntaria o involuntariamente.
- m) Lesiones sufridas al participar en competencias de velocidad en cualquiera clase de vehículos o cuando practica motociclismo, buceo, montañismo o paracaidismo o cualquier otro deporte extremo.
- n) Accidentes ocasionados como consecuencia de que el asegurado sufra ataques cardíacos o epilépticos, síncope; y los accidentes que se produzcan en estado legal de embriaguez, bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente.

- o) Accidentes ocurridos en períodos durante el cual el asegurado esté prestando servicio en la fuerza policial, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o participación en grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.**

- p) Daños o muerte causada por armas de fuego, armas corto punzantes, artefactos explosivos y/o incendiarios, cualesquiera sean las circunstancias en que ocurran.**

- q) Daños o muertes por negligencia o impericia en procedimientos quirúrgicos o servicios.**