

CONDICIONES GENERALES POLIZA DE SEGURO DE VIDA GRUPO

ALLIANZ SEGUROS DE VIDA S.A., que en adelante se denominará "La Compañía", en consideración a las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el "Tomador" y a las solicitudes individuales de los asegurados, las cuales se incorporan al presente contrato para todos sus efectos, se obliga a pagar la correspondiente suma asegurada, a la realización de los riesgos amparados, de acuerdo con las condiciones de la póliza.

CLAUSULA 1ª.- AMPAROS Y EXCLUSIONES:

La presente póliza otorga las siguientes coberturas de acuerdo con las definiciones y condiciones previstas en este contrato:

A. AMPARO BÁSICO DE VIDA

B. AMPAROS OPCIONALES:

Siempre y cuando se encuentren expresamente contratados y con valor asegurado en la póliza – certificado, se cubren los amparos que se indican a continuación:

- **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.**
- **INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL.**
- **BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN**
- **ENFERMEDADES GRAVES**
- **RENTA CLÍNICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE**
- **TRASPLANTE DE ÓRGANOS**

El presente contrato contempla las siguientes exclusiones:

EXCLUSIONES PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA

Para el Seguro de Vida Grupo no deudores: Esta cobertura se otorga sin exclusiones.

Para el Seguro de Vida Grupo deudores: Esta cobertura se otorga con la exclusión de suicidio durante el primer año de la vigencia del amparo individual.

EXCLUSIONES PARA EL AMPARO OPCIONAL DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Esta cobertura se otorga sin exclusiones para el Seguro de Vida Grupo no Deudores.

Para el Seguro de Vida Grupo Deudores se excluye el intento de suicidio durante el primer año de vigencia del amparo individual.

EXCLUSIONES PARA LOS AMPAROS OPCIONALES DE INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

Los amparos de indemnización adicional por muerte accidental y beneficios por desmembración no cubren las pérdidas, lesiones o muerte que tengan origen o que sean consecuencia directa o indirecta de:

- a. Suicidio y lesiones causadas voluntariamente por el asegurado contra su propia integridad física.
- b. Actos de guerra interior o exterior, revolución, rebelión, sedición, conmoción civil, asonada, huelgas o actos violentos motivados por conmoción civil o por aplicación de la ley marcial.
- c. Actos terroristas.
- d. Lesiones o muerte causadas por otra persona, con arma de fuego, cortante, punzante, con explosivos o por envenenamiento.
- e. Accidentes de aviación que sufra el asegurado, salvo cuando sea pasajero de una línea comercial legalmente establecida y autorizada para transporte regular de pasajeros bajo itinerarios preestablecidos.
- f. Hallarse voluntariamente el asegurado bajo influencia de bebidas alcohólicas, estupefacientes, alucinógenos o drogas tóxicas o heroicas, cuya utilización no haya sido requerida por prescripción médica.
- g. Los accidentes sufridos por el asegurado durante intervenciones quirúrgicas o como consecuencia de ellas o los causados por tratamientos médicos de rayos x o choques eléctricos, salvo que obedezcan a la curación de lesiones producidas por un accidente amparado.
- h. Convulsiones de la naturaleza de cualquier clase.
- i. Fisión, fusión nuclear o radioactividad.

CONTINUACIÓN DE LA PRIMERA PÁGINA

EXCLUSIONES DEL AMPARO OPCIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES

Este amparo no cubre las enfermedades indicadas a continuación, ni las que se deriven directamente o indirectamente de éstas:

- a. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), tal como fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud o cualquier síndrome o enfermedad de tipo similar o producida por los mismos tipos de virus causantes del SIDA, que sea

diagnosticada por un médico legalmente facultado para ejercer la profesión.

- b. La angioplastia y/o cualquiera otra intervención intra-arterial.
- c. La leucemia linfocítica crónica, el cáncer de piel (a menos que se trate de melanomas malignos) y el cáncer de cérvix (cuello de la matriz) in situ, o todo tipo de tumores que sean descritos en términos histológicos como premalignos o que presenten cambios malignos en su fase inicial o tumores malignos sin evidencia de invasión.
- d. Adicción al alcohol o a drogas que no hayan sido prescritas por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión.

EXCLUSIONES DEL AMPARO OPCIONAL DE RENTA CLÍNICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Además de las exclusiones previstas para los amparos de Indemnización Adicional por Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración, Enfermedades Graves y Trasplante de Órganos, este amparo no cubre hospitalizaciones que tengan origen o que sean consecuencia directa o indirecta de:

- a. Embarazo, tratamientos de infertilidad, tratamientos anticonceptivos, enfermedades mentales del asegurado, SIDA, efectos psíquicos o estéticos de cualquier enfermedad o accidente y reclusión para chequeos de control o práctica de exámenes de diagnóstico.
- b. Cualquier clase de hernias y várices.

CLAUSULA 2ª. – AMPARO BASICO DE VIDA

Este amparo cubre el fallecimiento de cualquiera de las personas aseguradas, siempre que el deceso así como el hecho que lo genera se produzcan dentro de la vigencia de esta póliza.

CLAUSULA 3ª. - CONDICIONES DE LOS AMPAROS OPCIONALES

1. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Para todos los efectos de este amparo se entiende por incapacidad total y permanente aquella incapacidad sufrida por el asegurado con edad igual o inferior a sesenta y cinco (65) años de edad, que se produzca como consecuencia de lesiones orgánicas o alteraciones funcionales incurables, causadas por enfermedad o accidente, que de por vida impidan a la persona desempeñar cualquier trabajo o actividad remunerada, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de 120 días y no haya sido provocada por el asegurado.

En todos los casos se ampara la incapacidad total y permanente cuando ésta, así como el evento que da origen a la misma, se produzca dentro de la vigencia de este amparo.

Sin perjuicio de cualquier otra causa, se considera como incapacidad total y permanente, la pérdida total e irreparable de la visión de ambos ojos, la amputación de ambas manos o ambos pies, o de toda una mano y un pie.

Para los efectos de este amparo, las pérdidas anteriores se definen así:

- De las manos: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la muñeca.
- De los pies: Amputación traumática o quirúrgica a nivel del tobillo.
- De los dos ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

Para los efectos de este amparo, por accidente se entiende todo suceso imprevisto, exterior, violento, visible, verificable mediante examen médico, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que produzca en la integridad física del mismo, cualquiera de las pérdidas indicadas en la tabla de indemnizaciones.

En los seguros de grupo deudores sólo podrá otorgarse el amparo de Incapacidad Total y Permanente en adición al Básico de Vida.

En los seguros de grupo no deudores, se podrá a elección del tomador, otorgar todos los amparos descritos en estas condiciones generales.

2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL

Este amparo cubre la muerte del asegurado con edad igual o inferior a sesenta y cinco (65) años que se origine en un accidente, siempre que la muerte se produzca dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del accidente, y tanto el accidente como la muerte ocurran dentro de la vigencia del presente amparo.

Para los efectos de este amparo, por accidente se entiende todo suceso imprevisto, exterior, violento, visible, verificable mediante examen médico, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que produzca en la integridad física del mismo, la muerte o cualquiera de las pérdidas indicadas en la tabla de indemnizaciones.

3. BENEFICIOS POR DESMEMBRACIÓN

Este amparo cubre las lesiones corporales que sufra el asegurado con edad igual o inferior a sesenta y cinco (65) años, originadas en un accidente y que produzcan en la integridad física del asegurado cualquiera de las pérdidas

enumeradas en la tabla de indemnizaciones; siempre que la lesión se produzca dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del accidente, y tanto el accidente como la lesión ocurran dentro de la vigencia del presente amparo.

Para los efectos de este amparo, por accidente se entiende todo suceso imprevisto, exterior, violento, visible, verificable mediante examen médico, repentino e independiente de la voluntad del asegurado, que produzca en la integridad física del mismo, cualquiera de las pérdidas indicadas en la tabla de indemnizaciones.

TABLA DE INDEMNIZACIONES

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización estipulada para el amparo de beneficios por desmembración al recibo de pruebas idóneas de que el asegurado sufrió, a causa de un accidente, cualquiera de las siguientes pérdidas, y la suma indemnizable será, respecto al valor asegurado, la correspondiente al porcentaje que se indica para cada pérdida:

Pérdida de ambas manos o pies, o de una mano y un pie.	100%
Pérdida total e irreparable del habla o de la audición por ambos oídos.	100%
Pérdida total e irreparable de la visión por ambos ojos.	100%
Pérdida total e irreparable de la visión por un ojo junto con la pérdida de una mano o de un pie.	100%
Pérdida de una mano o de un pie.	60%
Pérdida total e irreparable de la visión por un ojo.	60%
Pérdida del dedo pulgar de una de las manos, siempre que comprenda la totalidad de las dos falanges.	20%
Pérdida del dedo índice de una de las manos, siempre que comprenda la totalidad de las tres falanges.	15%
Pérdida de uno cualquiera de los restantes dedos de las manos o de los pies, siempre que comprenda la totalidad de las falanges de cada uno.	10%

Para los efectos de esta tabla, las pérdidas anteriores se definen así:

- De las manos: Amputación traumática o quirúrgica a nivel de la muñeca.
- De los pies: Amputación traumática o

quirúrgica a nivel del tobillo.

- De los dos ojos: La pérdida total e irreparable de la visión.

En caso de varias pérdidas causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de los porcentajes correspondientes a cada una, sin exceder la suma asegurada individual. En caso de algún pago por este anexo que no corresponda al 100% de la suma asegurada individual, este anexo continuará en vigor, para el evento de fallecimiento por accidente hasta completar la vigencia anual, por la diferencia entre la suma asegurada individual y las indemnizaciones ya pagadas. Terminada la vigencia anual el amparo individual terminará.

En todos los casos se entiende también por pérdida, la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado en forma tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones naturales.

4. ENFERMEDADES GRAVES

Por este amparo LA COMPAÑÍA pagará al asegurado con edad igual o inferior a sesenta y cinco (65) años, el valor asegurado estipulado en la póliza-certificado, si durante la vigencia del amparo, un médico legalmente autorizado para ejercer la profesión, le descubre y diagnostica por primera vez, con base en pruebas clínicas, radiológicas, histológicas o de laboratorio, la presencia o padecimiento de Cáncer, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Renal Crónica, Esclerosis Múltiple, Accidente Cerebrovascular (Apoplejía) o Afección de Arteria Coronaria que Exija Cirugía, siempre que haya transcurrido por lo menos noventa (90) días desde el inicio de la vigencia de este amparo.

En cualquier caso no habrá lugar a pago alguno, cuando:

- a. Exista un historial relacionado con la enfermedad, previo al inicio de la vigencia individual de este amparo.
- b. Se haya recibido tratamiento por la enfermedad, antes del inicio de la vigencia individual del presente amparo.

DEFINICIONES

Para todos los efectos del presente amparo, las afecciones citadas quedan definidas así:

CÁNCER: Enfermedad provocada por un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de células malignas y la invasión del tejido normal. Se incluye en esta definición la leucemia, los linfomas, la Enfermedad de Hodgkin, así como el melanoma maligno.

INFARTO AL MIOCARDIO: Muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia del abastecimiento sanguíneo

deficiente, tratado en un centro hospitalario. El diagnóstico debe haberse basado en todos estos elementos: antecedentes de dolores pectorales típicos, alteraciones recientes del electrocardiograma confirmatorias y aumento de las enzimas cardíacas.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: Falla total crónica e irreversible de ambos riñones, como consecuencia de la cual haya de efectuarse Trasplante o diálisis renal, en forma regular durante tres (3) meses como mínimo.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: Diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo especialista que confirme más de un episodio de déficit neurológico bien definido, con síntomas persistentes de deterioro de los nervios ópticos, del tronco cerebral y de la médula espinal en su conjunto, y con alteración de la coordinación y de las funciones motoras y sensitivas, sin que necesariamente el asegurado requiera el uso de una silla de ruedas.

APOPLEJÍA O ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (INFARTO CEREBRAL POR TROMBOSIS, HEMORRAGIA O EMBOLIA): Todo padecimiento cerebrovascular tratado en un hospital, con secuelas neurológicas de una duración de más de veinticuatro horas, que incluya infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolia originada en una fuente extra craneal, con pruebas de disyunción neurológica permanente. Estas pruebas deberán ser realizadas por un neurólogo, después de transcurridos tres (3) meses como mínimo, después del accidente.

AFECCIÓN DE ARTERIA CORONARIA QUE EXIJA CIRUGÍA: Haberse sometido a cirugía cardíaca para corregir estrechamiento u obstrucción de dos o más arterias coronarias con injertos de bypass. En el caso de personas con la limitación de síntomas anginales, la necesidad de tal intervención quirúrgica debe haber sido probada por una angiografía coronaria.

5. RENTA CLÍNICA DIARIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

Este amparo cubre la hospitalización que se origine como consecuencia de un accidente o de una enfermedad no preexistente a la fecha de aceptación individual de este amparo, siempre que tal hospitalización sea superior a un período de 24 horas.

Cuando el asegurado aporte pruebas fehacientes que determinen la existencia de una hospitalización, LA COMPAÑÍA le pagará cada mes, mientras ésta subsista y por un período máximo de noventa (90) días continuos o discontinuos dentro de la misma vigencia, el valor asegurado por renta diaria que figure en la póliza-certificado, siempre que tal hospitalización tenga lugar en un

establecimiento debidamente reconocido y registrado para la atención de enfermos.

6. TRASPLANTE DE ORGANOS

La compañía concederá el beneficio indicado en esta cláusula, cuando el asegurado principal o sus hijos si están asegurados, deban ser sometidos a un trasplante de los siguientes órganos, siempre que la necesidad de efectuar el trasplante de órganos se haya prescrito en la forma establecida en la presente cláusula:

- Trasplante de Hígado
- Trasplante de Hígado y Páncreas
- Trasplante de Corazón
- Trasplante de médula ósea
- Trasplante de Corazón y Pulmón
- Trasplante de Riñón
- Trasplante de páncreas y riñón

Ningún pago se hará efectivo bajo este amparo, si la necesidad de un trasplante ha sido diagnosticada durante los primeros 120 días de vigencia del certificado individual, o cuando el asegurado principal haya cumplido 66 años de edad, o sus hijos que estén dentro del grupo familiar asegurado, hayan cumplido 21 años de edad y dependan de él.

Para aquellas personas que se vinculen en varias oportunidades con el tomador, en calidad de empleados, el periodo de carencia de 120 días deberá cumplirse cada vez que se ingrese al seguro.

La compañía no pagará la indemnización cuando el trasplante de órganos sea consecuencia de enfermedades preexistentes a la fecha de inicio de la vigencia del certificado individual.

Para cualquier solicitud de indemnización por trasplante de órganos cubierto por el presente amparo, es condición indispensable, que se cumplan en todas y cada una de sus partes, las disposiciones de las leyes vigentes de trasplantes de órganos.

CLAUSULA 4ª. – DEDUCCIONES

El valor asegurado en el amparo de Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente no es acumulable al amparo básico de vida y, por lo tanto, una vez pagada la indemnización por Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente, el Seguro de Vida Grupo terminará.

Si la póliza tiene además el amparo de Beneficios por Desmembración, cualquier pago por tal amparo se deduce del que pueda corresponder por el amparo de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente.

En consecuencia cuando se reconozca una indemnización por el amparo de Beneficios por Desmembración equivalente al 100% del Valor Asegurado, quedará cancelado el amparo de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente y LA COMPAÑÍA estará libre de toda responsabilidad en lo que se refiere a este seguro.

Igualmente cuando la póliza tenga el amparo de Enfermedades Graves y/o Trasplante de Órganos, cualquier indemnización por estos conceptos no es acumulable al amparo básico de vida y por lo tanto, una vez pagada la indemnización por dichos amparos, este pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo básico. En consecuencia, cuando se pague cualquier suma como indemnización por el amparo de Enfermedades Graves y/o Trasplante de Órganos, el valor asegurado del Amparo Básico se deducirá en el mismo monto.

Si la póliza-certificado tiene los amparos de Enfermedades Graves, Trasplante de Órganos e Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente, y en virtud de los dos primeros amparos, la Compañía ha efectuado algún pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el amparo de Incapacidad total y permanente.

Si la póliza tiene los amparos de enfermedades graves y trasplante de órganos, y en virtud de cualquiera de ellos la Compañía ha efectuado un pago, dicho pago será deducido del que pueda corresponder por el otro amparo.

CLAUSULA 5ª. – TOMADOR

Es la persona natural o jurídica que traslada los riesgos, para asegurar un número determinado de personas y el responsable del pago de las primas.

CLAUSULA 6ª. – GRUPO ASEGURABLE

Es el conformado por personas naturales, vinculadas bajo una misma personería jurídica, en virtud de una situación legal o reglamentaria, que tengan con una tercera persona (Tomador) relaciones estables de la misma naturaleza y cuyo vínculo no se haya establecido con el propósito de contratar el Seguro de Vida.

Además del asegurado principal, pueden ser asegurables sus cónyuges o compañeros (as) permanentes, padres, hermanos e hijos dependientes del asegurado principal.

CLAUSULA 7ª. – BENEFICIARIOS

El beneficiario puede ser a título gratuito o a

título oneroso.

Cuando el beneficiario sea a título gratuito, el asegurado lo podrá cambiar en cualquier momento, pero tal cambio surtirá efecto a partir de la fecha de notificación por escrito a LA COMPAÑÍA.

Cuando no se designe beneficiario, o la designación se haga ineficaz o quede sin efecto por cualquier causa, tendrán calidad de tales el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro, y los herederos de éste en la otra mitad.

Cuando el asegurado y el beneficiario mueren simultáneamente o se ignora cuál de los dos ha muerto primero, tendrán derecho al seguro el cónyuge del asegurado en la mitad del seguro y los herederos de éste en la otra mitad, si el título de beneficiario es gratuito; si es oneroso, los herederos del beneficiario.

CLAUSULA 8ª. – MODALIDADES DE SEGURO

Seguro de Grupo Contributivo: Cuando la totalidad o parte de la prima sea sufragada por los miembros del grupo asegurado.

Seguro de Grupo No Contributivo: Cuando la integridad de la prima sea sufragada por el Tomador del Seguro.

Seguro de Grupo de Deudores: Es aquel cuyo objeto es el de amparar contra el riesgo de muerte, y contra el de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente si se hubiere contratado, hasta por el saldo insoluto de la deuda, a los deudores de un mismo acreedor (Tomador).

CLAUSULA 9ª. – EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA

PARA EL AMPARO BÁSICO DE VIDA: Para el amparo básico de vida, la edad mínima de ingreso es de 12 años, salvo que se trate de una póliza de seguro de vida grupo de deudores, caso en el cual la edad mínima de ingreso es de 18 años.

La edad máxima de ingreso para el amparo básico de vida es de 75 años.

No existe edad límite de permanencia para grupos conformados por más de 100 asegurados. Para grupos inferiores a 100, la edad máxima de permanencia será 76 años.

PARA LOS AMPAROS DE ENFERMEDADES GRAVES Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS: Para estos amparos la edad mínima de ingreso es de 12 años, la máxima de ingreso es de 60 años, y la edad límite de permanencia es 65 años.

PARA LOS DEMÁS AMPAROS: Para los demás anexos, la edad mínima de ingreso es de 12 años, la máxima de ingreso es de 64 años, y la edad límite de permanencia es 65 años.

CLAUSULA 10ª. – REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD

Toda persona debe cumplir con los requisitos de asegurabilidad que le señale LA COMPAÑÍA.

CLAUSULA 11ª. – PAGO DE LA PRIMA

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima, el cual deberá realizarse a más tardar en la fecha estipulada en el certificado de seguro que le sea entregado. En caso de no efectuar el pago de la prima en la fecha y condiciones establecidas en el certificado de seguro mencionado, el Tomador se constituirá automáticamente en mora conforme a lo establecido a continuación:

Si en la fecha límite de pago la totalidad de la prima efectivamente pagada es inferior a la prima devengada, la constitución en mora será el día siguiente a la fecha límite de pago del correspondiente certificado. Si en la fecha límite de pago la totalidad de la prima efectivamente pagada resulta superior o igual a la prima devengada, la fecha de constitución en mora será el día siguiente a aquél en que la prima efectivamente pagada sea equivalente a la prima devengada.

CLAUSULA 12ª. – DEVOLUCION DE PRIMAS

Si después de la terminación o revocación del contrato LA COMPAÑÍA llegase a recibir alguna suma de dinero por concepto de prima, ello no significará que la cobertura ha sido restablecida y por lo tanto, la obligación de LA COMPAÑÍA se limitará a la devolución de dichos valores.

CLAUSULA 13ª. – SUMA ASEGURADA INDIVIDUAL

La suma asegurada por cada persona asegurada se determinará de acuerdo con la forma indicada en la Póliza Certificado.

CLAUSULA 14ª. – INICIO DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

Los amparos respecto de cada persona, sólo entrarán en vigor a partir de la fecha en que LA COMPAÑÍA comunique por escrito su aprobación al Tomador. Si dentro de los treinta (30) días comunes siguientes a la fecha de recibo de la solicitud, LA COMPAÑÍA no ha producido esta comunicación, se considerará como no aprobada.

Tratándose del Seguro de Grupo de Deudores, para la iniciación del amparo individual se requerirá, además de la aprobación de LA COMPAÑÍA, que se haga el desembolso efectivo del crédito al asegurado.

CLAUSULA 15ª. – TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL

El Seguro de cualquiera de las personas amparadas por la presente póliza y sus anexos,

termina por las siguientes causas:

- a. Por mora en el pago de la prima, no renovación o por revocación.
- b. Cuando el Asegurado principal fallezca o deje de pertenecer al grupo asegurado.
- c. Cuando al momento de la renovación de la póliza el grupo asegurado sea inferior a 5 personas.
- d. Si se trata del seguro del cónyuge, compañero(a) permanente, padres, hermanos e hijos dependientes, cuando el asegurado principal deje de pertenecer al grupo asegurado.
- e. Los amparos opcionales terminarán cuando el asegurado supere la edad límite de permanencia aplicable.
- f. Para cada uno de los amparos cuando el Asegurado o los Beneficiarios hubiesen recibido una indemnización equivalente al 100% del valor asegurado.
- g. Cuando termine el anexo de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente.
- h. En el Seguro de Vida Grupo Deudores, cuando la obligación del asegurado se extinga íntegramente.

PARÁGRAFO: Lo preceptuado en el literal h anterior, se entiende sin perjuicio de lo dispuesto en la Condición de "CONVERTIBILIDAD" de esta póliza.

CLAUSULA 16ª. – MODIFICACION DEL ESTADO DEL RIESGO

El asegurado o el Tomador, según el caso, están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, uno u otro deberán notificar por escrito a LA COMPAÑÍA los hechos o circunstancias no previsibles, que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo, en especial cualquier modificación en su actividad laboral u ocupación.

La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días hábiles a la fecha de la modificación del riesgo, si ésta depende del arbitrio del asegurado o del tomador. Si le es extraña, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a aquél en que tengan conocimiento de ella, conocimiento que se presume transcurridos 30 días hábiles desde el momento de la modificación.

Notificada la modificación del riesgo en los términos previstos, LA COMPAÑÍA podrá revocar el amparo o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del amparo. Pero sólo la mala fe del Asegurado o del Tomador dará derecho a LA COMPAÑÍA para retener la prima no

devengada.

PARÁGRAFO:

La terminación del amparo por falta de la notificación de que trata esta condición será aplicable únicamente a los amparos opcionales.

Respecto del amparo básico de vida, sólo procederá el derecho de exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima, cuando la modificación signifique agravación del riesgo o cambio de ocupación.

CLAUSULA 17ª. – DECLARACION INEXACTA O RETICENTE

El Tomador y los asegurados individualmente considerados, están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que les sea propuesto por LA COMPAÑÍA. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA la hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, produce la nulidad relativa del presente contrato.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el Tomador o el asegurado individualmente considerado, ha encubierto por culpa hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo, sin perjuicio de lo previsto en la condición de Inexactitud en la Declaración de Edad, literales B y C, de este contrato.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del Tomador o del asegurado individualmente considerado, el contrato no será nulo pero LA COMPAÑÍA solo estará obligada, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, sin perjuicio de lo previsto en la Condición de Irreductibilidad.

Las sanciones anteriores no son aplicables si LA COMPAÑÍA, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

CLAUSULA 18ª. – INEXACTITUD EN LA DECLARACION DE EDAD

Si respecto a la edad del asegurado se comprobare inexactitud en la declaración de asegurabilidad, se aplicarán las siguientes normas:

- A. Si la edad verdadera está fuera de los límites autorizados por la tarifa de LA COMPAÑÍA, el contrato quedará sujeto a la

sanción prevista en el artículo 1058 del Código de Comercio.

- B. Si es mayor que la declarada, el Seguro se reducirá en la proporción necesaria para que su valor guarde relación matemática con la prima anual percibida por LA COMPAÑÍA, y

- C. Si es menor, el valor del seguro se aumentará en la misma proporción establecida en el literal B anterior.

PARÁGRAFO

Lo dispuesto en los literales B y C anteriores, no se aplicará cuando la prima se establezca por el sistema de tasas promedio o se utilice la tarifa para asegurados de edad desconocida.

CLAUSULA 19ª. – IRREDUCTIBILIDAD

Transcurridos dos (2) años en vida del asegurado, desde la fecha del perfeccionamiento del contrato, el valor del seguro no podrá ser reducido por causa de error en la declaración de asegurabilidad, sin perjuicio de lo establecido en la condición de Inexactitud en la Declaración de Edad.

CLAUSULA 20ª. – CONVERTIBILIDAD

Salvo en el Seguro de Vida Grupo de Deudores, los asegurados menores de 70 años que revoquen su seguro o que por causa distinta de siniestro, dejen de pertenecer al grupo asegurado después de permanecer en él por lo menos durante un año continuo, tendrán derecho a ser asegurados sin requisitos médicos o de asegurabilidad, hasta por una suma igual a la que tengan bajo la Póliza de Grupo, pero sin beneficios adicionales, en cualquiera de los planes de seguro de vida individual de los que estén autorizados a LA COMPAÑÍA o a otra Compañía de seguros con la cual se tenga un contrato para garantizar este beneficio, con excepción de los planes temporales y crecientes, siempre y cuando lo solicite en el término de un mes contado a partir de su retiro del grupo. El Seguro Individual que se expida, se emitirá de acuerdo con las condiciones del respectivo plan y conforme a la tarifa aplicable a la edad alcanzada por el asegurado, a su ocupación y estado de salud en la fecha de la solicitud. En caso de haberse aceptado bajo la póliza riesgos subnormales, se expedirá la póliza individual con la clasificación y la extraprima que corresponda al seguro de Vida Individual.

Si el asegurado fallece dentro del plazo arriba indicado para solicitar la Póliza Individual, conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, sin que ella se hubiere expedido (medie o no solicitud o pago de prima), se considerará amparado en los términos de la presente póliza.

CLAUSULA 21ª. – REVOCACION DEL CONTRATO

La presente póliza y sus anexos podrán ser revocados por el Tomador en cualquier momento, mediante aviso escrito dado a LA COMPAÑÍA. El importe de la prima devengada y de la devolución se calculará tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

Tratándose de los amparos opcionales y los anexos, LA COMPAÑÍA podrá revocarlos mediante aviso escrito al Tomador enviado a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación a la fecha de revocación, contados a partir de la fecha del envío. En este caso, LA COMPAÑÍA devolverá la parte proporcional de la prima no devengada desde la fecha de la revocación.

CLAUSULA 22ª. – RENOVACION DEL CONTRATO

La presente póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes.

Si las partes, con una anticipación no menor de un mes a la fecha de su vencimiento no manifestaren lo contrario, el contrato se entenderá renovado automáticamente, por un período igual al pactado, sin perjuicio de lo estipulado en la condición de "PAGO DE LA PRIMA" de la presente póliza.

CLAUSULA 23ª. – SEGUROS COEXISTENTES

El tomador o asegurado deberá informar por escrito al asegurador los seguros de igual naturaleza que contrate sobre el mismo interés, dentro del término de diez (10) días hábiles a partir de su celebración.

La inobservancia de esta obligación producirá la terminación del contrato, a menos que el valor conjunto de los seguros no exceda el valor real del interés asegurado.

Esta cláusula opera sólo para los amparos opcionales.

CLAUSULA 24ª. – OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro que pueda dar lugar a reclamación bajo la póliza o sus anexos, el Tomador o el beneficiario, según el caso, deberá dar aviso a LA COMPAÑÍA del siniestro, dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia. En caso de pérdida de la vida, el aviso se dará dentro de los diez (10) días comunes siguientes a aquel en que haya conocido o debido conocer su ocurrencia.

El asegurado está obligado a declarar a LA COMPAÑÍA, al dar aviso del siniestro, los seguros coexistentes que tenga contratados, con indicación del asegurador y de la suma asegurada. La inobservancia maliciosa de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada. Esto opera únicamente para los amparos opcionales.

El Asegurado a petición de LA COMPAÑÍA, deberá hacer todo lo que esté a su alcance para permitirle la investigación del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, LA COMPAÑÍA podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que cause dicho incumplimiento.

CLAUSULA 25ª. – RECLAMACIÓN

Corresponde al Asegurado o Beneficiario presentar a LA COMPAÑÍA la reclamación formal acompañada de los documentos indispensables para acreditar la ocurrencia y, en su caso, la cuantía del siniestro.

CLAUSULA 26ª. – PAGO DEL SINIESTRO

LA COMPAÑÍA pagará a los beneficiarios, la indemnización a que está obligada por la póliza y sus anexos, si los hubiere, dentro del término legal de un mes, contado a partir de la fecha en que se acreditó la ocurrencia y, en su caso, la cuantía del siniestro.

LA COMPAÑÍA podrá hacer examinar al asegurado tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentra pendiente un reclamo bajo los amparos opcionales.

LA COMPAÑÍA efectuará el pago de la indemnización correspondiente, previa deducción de las primas o fracciones causadas o pendientes de pago por parte del Tomador, hasta completar la anualidad respectiva.

CLAUSULA 27ª. – PERDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

En caso de que la reclamación o los documentos presentados para sustentarla, fuesen en alguna forma fraudulentos o si, en apoyo de ella se utilizaren medios o documentos engañosos o dolosos, se perderá todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

CLAUSULA 28ª. – DERECHO A LA INSPECCION

El Tomador autoriza a LA COMPAÑÍA para inspeccionar los libros y documentos del Tomador que se refieran al manejo de esta póliza.

CLAUSULA 29ª. – NOTIFICACIONES

Cualquier declaración que deban hacer las partes para la ejecución de las estipulaciones anteriores que signifiquen modificación al contrato, deberá consignarse por escrito, sin perjuicio de lo previsto en la condición de "OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO" para el aviso del siniestro; y será prueba suficiente de la notificación, la constancia del envío por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada por las partes. Para tal efecto en la Póliza-Certificado se indica la dirección de LA COMPAÑÍA para la notificación.

CLAUSULA 30ª. – ACTUALIZACION DE DATOS PERSONALES

El Tomador se obliga actualizar por cualquier medio escrito y por lo menos una vez al año, la información relacionada con sus datos personales, así como la del asegurado y el beneficiario.

Cuando el asegurado y beneficiario sean personas diferentes al tomador, la información relativa a aquellos será recaudada al momento de la presentación de reclamación.

CLAUSULA 31ª. – AUTORIZACION PARA LA CONSULTA Y REPORTE A CENTRALES DE RIESGO

El Tomador y el asegurado autorizan a la compañía para que informe, use y/o consulte en las centrales de riesgos, el comportamiento de sus obligaciones así como su información comercial disponible.

El Asegurado autoriza a los médicos, clínicas, hospitales y demás establecimientos que le hayan brindado atención en servicios de salud, para suministrar la información que la Aseguradora solicite en relación con su estado de salud.

CLAUSULA 32ª. – POLIZAS DE DEUDORES

a. El Tomador será el acreedor quien tendrá el carácter de beneficiario a título oneroso hasta por el saldo insoluto de la deuda.

b. Por saldo insoluto de la deuda, para efectos del presente seguro, se entenderá el capital no pagado, más los intereses corrientes, calculados hasta la fecha de fallecimiento del asegurado. En el evento de mora en las obligaciones se comprenderán, además, los intereses moratorios y las primas del seguro de vida grupo deudores no canceladas por el deudor.

c. Si la indemnización tuviese como causa el amparo de Incapacidad Total y Permanente por enfermedad o accidente, se tendrá como saldo insoluto de la deuda aquel que se registre en la fecha en la cual LA COMPAÑÍA informe por escrito al Tomador su aceptación respecto de la declaratoria de Incapacidad del asegurado.

d. Cuando existan varios asegurados respecto de una misma deuda, serán aplicables las normas contenidas en los literales a, b y c anteriores de esta cláusula, con ocasión de la realización del riesgo asegurado para cualquiera de los mencionados asegurados.

El seguro terminará automáticamente para los asegurados sobrevivientes o no incapacitados total y permanentemente por enfermedad o accidente, en la fecha de fallecimiento o de declaratoria de Incapacidad Total y Permanente para el primero de los asegurados respecto del cual se realice el riesgo asegurado.

e. El Tomador estará obligado a mantener

vigente la presente póliza y a pagar las primas correspondientes, durante la totalidad del período en el cual subsista la deuda, aún en el caso en el cual el deudor se encuentre en mora, incluyendo la duración de los procesos judiciales que se inicien para hacer efectiva la deuda.