

CONDICIONES GENERALES – NOVA II

1. Documentos que conforman el Contrato:

El Contrato de Seguro celebrado entre la Aseguradora y el Asegurado lo constituye, en su totalidad, la Solicitud de Seguro, la Carátula, las Condiciones Generales, cualquier Anexo que se incorpore al mismo y cualquier condición particular que se le agregue.

La Póliza se emite con base a la Solicitud de Seguro original. Cualquier declaración falsa y/o inexacta, omisión y/o tergiversación de información podrá considerarse como dolo o cualquier otro vicio del consentimiento y podrá afectar la validez del presente contrato.

Ningún intermediario de seguros puede modificar en forma alguna las disposiciones contenidas en esta Póliza ni suprimir ninguna de sus estipulaciones.

Cualquier petición, notificación o prueba que se requiera bajo esta Póliza debe hacerse por escrito y entregada en nuestras oficinas a las personas autorizadas para ello.

2. Definiciones:

Para efectos de la interpretación y aplicación de este contrato de seguro, se establecen las definiciones siguientes:

- a. **ASEGURADO:** Es la persona en cuyo nombre se completa la Solicitud de Seguro, o cuyo nombre está incluido en la misma, para quien se confirma la cobertura y a la que se le ha expedido una Póliza. Es la persona sobre cuya vida se emite el seguro.
- b. **BENEFICIO EN CASO DE FALLECIMIENTO:** Es el monto que la Compañía pagará al (los) Beneficiario(s) designado(s) por el Asegurado, de acuerdo a la Opción de Beneficio en caso de Fallecimiento que esté vigente a la fecha de muerte del Asegurado.
- c. **BENEFICIO AJUSTADO EN CASO DE FALLECIMIENTO:** Es igual al Valor Acumulado de la Póliza en la fecha del fallecimiento del Asegurado, multiplicado por un porcentaje indicado en la Tabla de Porcentajes para el Cálculo del Beneficio en caso de Fallecimiento, de la presente Póliza. Dicho porcentaje siempre será igual o mayor que cien (100).
- d. **BENEFICIARIO:** Persona física o jurídica designada por el Asegurado en la póliza de seguro de vida para recibir la suma asegurada o los beneficios correspondientes en caso de fallecimiento del Asegurado. Pueden designarse uno o varios beneficiarios, siempre que la distribución de la suma asegurada se especifique en porcentajes que sumen el 100%. En caso de que no se indique la proporción, se entenderá que la distribución es en partes iguales entre los beneficiarios designados.
- e. **CARGO POR LIQUIDACIÓN:** Descuento que hace la Compañía al Valor Acumulado para calcular el Valor Efectivo de la póliza.
- f. **CARGO MENSUAL:** Es igual a la suma del Costo del Seguro más el costo de los Anexos adheridos a la Póliza si los hubiere, más el Cargo Mensual por Administración conforme a las cláusulas de esta Póliza. El cargo mensual se describe en la cláusula 19.7.
- g. **CARGO MENSUAL POR ADMINISTRACIÓN:** Es el cargo que la Compañía efectuará por Administración, el cual no será mayor a siete (\$7.00) dólares de los Estados Unidos de América, y que se describe en la cláusula 19.6.
- h. **CLASE DE PRIMA:** Clase de Prima identifica (1) el uso o no de tabaco por parte del asegurado, y (2) la clasificación de riesgo en que se ubique el Asegurado (estándar o

- subnormal).
- i. **COSTO DEL SEGURO:** Es el costo que representa a la Compañía y se calcula de acuerdo a lo que se señala en la cláusula 19.8.
 - j. **DOMICILIO:** Es el departamento de la República de Guatemala que el Asegurado señala en la Solicitud de Seguro como el territorio en el que habitualmente reside con ánimo de permanencia.
 - k. **DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA:** Moneda que se utilizará para cumplir las obligaciones incurridas que derivan del presente contrato. Cuando se utilice "US\$" o "\$" en los documentos que forman parte de esta Póliza deberá entenderse que se refiere a dólares de los Estados Unidos de América.
 - l. **DEUDA:** La palabra deuda en esta Póliza, se refiere al capital principal de cualquier préstamo que la Compañía haya hecho al Asegurado sobre la Póliza no vencida, más cualquier interés que no haya sido pagado.
 - m. **EDAD:** Es la cantidad de años cumplidos por el Asegurado en su último cumpleaños.
 - n. **FECHA DE EMISIÓN:** Es la fecha efectiva para toda cobertura provista en la Póliza. Esta es la fecha a partir de la cual la Compañía contará los meses y años de la Póliza. Un aniversario de la Póliza ocurre cada año en el mismo mes y día de la Fecha de Emisión. Un mes de la Póliza comienza en cada mes calendario en el día de ese mes que es el mismo de la Fecha de Emisión.
 - o. **FRAUDE:** Se entenderá para fines de interpretación del presente contrato y sus anexos que lo componen por "fraude" la conducta deliberada y consciente realizada por el Asegurado, Pagador o Beneficiario, consistente en la declaración de hechos falsos, alteración u ocultamiento intencional de información material y relevante, o la presentación de documentación adulterada o falsificada, que de haber sido conocida por la Compañía habría influido sustancialmente en la decisión de aceptar el riesgo, en las condiciones de contratación o en la liquidación de un siniestro. Para que se considere fraude deben concurrir los siguientes elementos: (i) una declaración falsa, ocultamiento de información o presentación de documentación inexacta; (ii) intención deliberada de engañar; (iii) que la conducta sea determinante para la celebración del contrato o para la ocurrencia o liquidación del siniestro; y (iv) que pueda acreditarse mediante prueba fehaciente. El fraude se distingue del error o inexactitud de buena fe, y por su naturaleza dolosa, no queda convalidado por el transcurso del tiempo ni por la cláusula de indisputabilidad. La carga de la prueba del fraude corresponde en todo momento a la Compañía
 - p. **MÉDICO:** Es cualquier persona legalmente habilitada, y no impedida para ejercer la medicina en el país donde se practica el examen o el tratamiento médico. El médico no puede ser el Asegurado, ni tampoco puede ser pariente dentro de los grados de ley del Asegurado, ni del Pagador, ni debe residir en el hogar o vivienda del Asegurado. En Guatemala, será necesario que la persona calificada como médico, sea colegiado activo.
 - ñ. **MONEDA:** Se entenderá que en todas las transacciones con esta Póliza se utilizará el Dólar de los Estados Unidos de América.
 - q. **PAGADOR:** Es la persona física o jurídica que se encarga del pago de las primas.
 - r. **PRIMA DE REHABILITACIÓN:** Se entenderá la prima que se requiere pagar a efectos de optar a la rehabilitación de la póliza, de acuerdo al cálculo que se establece en la cláusula 12.
 - s. **PRIMERA PRIMA:** El término se refiere al primer pago correspondiente a la primera prima que hace el Asegurado, una vez contratado el seguro.
 - t. **PRUEBA DE ASEGURABILIDAD:** Evidencia de que el Asegurado es asegurable según las normas de la Compañía en cuanto a historial clínico tanto personal como familiar, pasatiempos y ocupación que puedan afectar el riesgo que representa el Asegurado.
 - u. **VALOR ACUMULADO:** El Valor Acumulado es igual a las primas pagadas, menos el importe de los Cargos por Gastos, menos los Cargos Mensuales, más los intereses acreditados, menos las Liquidaciones Parciales, si las hubiere.

- v. **VALOR DEL BENEFICIO:** Será el monto que se pague en caso de fallecimiento del Asegurado, de acuerdo a las disposiciones de la cláusula 3 del presente contrato.
- w. **VALOR EFECTIVO:** Es el valor que se calcula tomando el Valor Acumulado, menos cualquier Cargo por Liquidación, menos los intereses en exceso de la tasa garantizada y pagada en los últimos doce (12) meses que hayan sido restados de acuerdo a lo descrito en la cláusula 19.2.
- x. **VALOR EFECTIVO DE LIQUIDACIÓN:** Es igual al Valor Efectivo Neto.
- y. **VALOR EFECTIVO NETO:** Es igual al Valor Efectivo menos el importe de cualquier deuda.

3. Cobertura:

La Compañía pagará a los beneficiarios el Beneficio en caso de Fallecimiento, contratado por la presente póliza después que la Compañía reciba la solicitud de reclamo con los documentos requeridos en la cláusula 9 del presente documento y las pruebas satisfactorias de que el Asegurado falleció mientras la Póliza estaba en vigor. El monto de los beneficios se fija con base a la Opción de Beneficio vigente a la fecha del fallecimiento.

Por beneficios se entiende la cantidad que la Compañía pagará:

- a. Después del fallecimiento del Asegurado; o
- b. Al liquidarse esta Póliza.

Los beneficios que la Compañía pagará después del fallecimiento del Asegurado serán calculados sobre la Suma Asegurada del Beneficio en caso de Fallecimiento que haya sido contratada. Además, se le sumará cualquier beneficio adicional que fuese pagadero bajo los términos de cualquier Anexo vigente. A ese resultado se le restará cualquier deuda pendiente que el Asegurado tenga con la Compañía, así como cualquier Cargo Mensual que no haya sido efectuado antes de la fecha de fallecimiento del Asegurado.

En el caso en que se opte por liquidar esta Póliza, la Compañía pagará únicamente el Valor Efectivo Neto.

La Compañía pagará los beneficios de esta Póliza en un pago único. Cualquier beneficio que sea pagadero estará sujeto a los ajustes contemplados en las cláusulas de esta Póliza relativas a la declaración incorrecta de la edad o el sexo, la declaración incorrecta de la condición de fumador o no fumador, la exclusión por suicidio, la indisputabilidad y las exclusiones referidas en la cláusula 4 de las Condiciones Generales.

3.1. Opción de Beneficio en caso de Fallecimiento:

De acuerdo a los términos de esta Póliza, el Beneficio en caso de Fallecimiento será pagado conforme a lo estipulado en las Opciones "A" o "B", según elija el Asegurado, tal como aparecen en esta cláusula. El Asegurado, deberá marcar su opción en la Solicitud de Seguro, para que dicha opción quede registrada en la presente Póliza.

Opción "A":

El Beneficio en caso de Fallecimiento del Asegurado, que se pagará a los beneficiarios será igual a la mayor de las dos cantidades siguientes:

- a. La Suma Asegurada que consta en la Póliza en la fecha del fallecimiento del Asegurado; o

- b. El valor del Beneficio Ajustado en caso de Fallecimiento.

Opción “B”:

El Beneficio en caso de Fallecimiento del Asegurado, que se pagará a los beneficiarios, será igual a la mayor de las dos cantidades siguientes:

- a. La Suma Asegurada más el Valor Acumulado en la fecha del fallecimiento del Asegurado; o
- b. El valor del Beneficio Ajustado en caso de Fallecimiento.

3.2. Cambio de Opción de Beneficio en caso de Fallecimiento:

El Asegurado puede cambiar la opción de Beneficio en caso de Fallecimiento, que originalmente eligió en la Solicitud de Seguro, según se hizo constar en la página titulada “Datos Específicos de la Póliza”, en cualquier momento después del primer aniversario de la Póliza, mediante una solicitud por escrito dirigida a la Compañía, si:

- a. El Beneficio en caso de Fallecimiento actual no es igual al valor del Beneficio Ajustado en caso de Fallecimiento;
- b. El cambio solicitado no produce una Suma Asegurada inferior al valor nominal mínimo que aparece en la página titulada “Datos Específicos de la Póliza”.

Si se cambia la Opción “A” por la Opción “B”, la Suma Asegurada disminuirá en una cantidad igual al Valor Acumulado. Si el cambio es de la Opción “B” para la Opción “A”, la Suma Asegurada incrementará en una cantidad igual al Valor Acumulado. La Compañía se reserva el derecho de solicitar Prueba de Asegurabilidad antes de autorizar que la Opción “A” se cambie por la Opción “B”.

Cualquier cambio será efectivo el primer día del mes de la Póliza siguiente a la fecha en que la Compañía apruebe el cambio. Entre cada cambio de Opción deben transcurrir por lo menos doce meses.

3.3. Cambios en la Cobertura del Seguro:

El Asegurado puede solicitar un incremento o una disminución en la Suma Asegurada proporcionada por esta Póliza. La Póliza debe haber estado en vigor al menos un (1) año. El Asegurado debe presentar su solicitud a la Compañía por escrito, en forma clara y con los requerimientos que señale la Compañía.

Entre cada incremento o disminución deberán transcurrir por lo menos doce meses. Para que un cambio sea autorizado por la Compañía el mismo deberá estar sujeto a las condiciones especificadas a continuación:

- a) **Incrementos:** Entrarán en vigor en el primer día del mes de la Póliza, siguiente a la fecha en que la Compañía apruebe la solicitud de incremento.

Previo a aceptar la solicitud de incremento de la Suma Asegurada, la Compañía se reserva el derecho de pedir prueba satisfactoria de asegurabilidad. **No se aceptará ningún**

incremento en el valor de la Suma Asegurada si el Valor Acumulado de la Póliza no es suficiente para cubrir el próximo Cargo Mensual. Por cada incremento de Suma Asegurada que sea aceptado por la Compañía, ésta emitirá una nueva página de “Datos Específicos de la Póliza”.

b) **Disminuciones:** Entrarán en vigor en el primer día del mes de la Póliza, siguiente a la fecha en que la Compañía apruebe la solicitud. Estas disminuciones reducirán el seguro en el siguiente orden:

- I. El incremento más reciente, si lo hubiere;
- II. Sucesivamente de los demás incrementos, si los hubiere, en orden cronológico regresivo;
- III. De la Suma Asegurada inicial de la Póliza.

La Suma Asegurada después de cualquier disminución solicitada nunca podrá ser inferior a la Suma Asegurada mínima indicada en la página titulada “Datos Específicos de la Póliza”. Por cada disminución de Suma Asegurada que sea aceptada por la Compañía se emitirá una nueva página de “Datos Específicos de la Póliza”.

4. Exclusiones:

La Aseguradora estará obligada al pago de la suma estipulada aún en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si ocurre después de dos años de celebrado o rehabilitado el contrato. Si ocurre antes, la Aseguradora únicamente está obligada a la devolución de las primas percibidas a partir de la fecha celebración o la fecha de rehabilitación del contrato, según fuere el caso. De la suma a pagar se deducirá lo siguiente:

- a. **Cualquier deuda pendiente;**
- b. **Cualquier liquidación parcial que se hubiere hecho; y**
- c. **El costo que esté pendiente de pago de cualquier Anexo, si lo hubiere que no sea cobertura de Seguro de Vida.**

La Exclusión por Suicidio es aplicable a partir de la fecha de la Rehabilitación de la Póliza o a partir de la fecha del último Incremento de Suma Asegurada.

5. Edad:

La persona que se protege por el contrato de seguro deberá tener, al momento de la contratación del seguro, una edad comprendida entre uno (1) y setenta y cinco (75) años.

En caso de que la persona asegurada sea un menor de edad mayor de doce (12) años, será necesario contar con su consentimiento personal, así como con el de su representante legal. Si el menor tiene menos de doce (12) años, únicamente se requerirá el consentimiento de su representante legal. En el caso que el menor tenga menos de doce años, también se requerirá que el representante legal tenga a la vez un seguro de vida por una suma igual o mayor que el solicitado.

6. Pago de Prima:

Para que una prima sea considerada pagada, debe realizarse mediante cheque a nombre de la Compañía, depósito o transferencia bancaria a favor de la Compañía, por el valor completo de la prima, y abonada a la cuenta bancaria que la Compañía haya designado para tal efecto. Las primas también podrán pagarse por débito automático a la cuenta bancaria o con cargo a una tarjeta de crédito que el Asegurado o el Pagador previamente autorice. La Compañía siempre emitirá y entregará la factura correspondiente.

Si cualquier cheque u otro instrumento de pago no es pagado cuando se presente para su pago, se considerará que la prima correspondiente no ha sido satisfecha. **La Compañía no aceptará pagos en efectivo.**

Ningún intermediario de seguros tiene el poder de extender el período de pago de primas en nombre de la Compañía. Los intermediarios de seguros únicamente están facultados para recibir el pago de la primera prima, por lo que cualquier pago subsiguiente deberá ser realizado directamente en las oficinas de la Aseguradora o en alguna institución autorizada expresamente por la Aseguradora para recibir el pago.

- a. **Primera Prima:** La primera prima deberá abonarse en la Fecha de Emisión.
- b. **Primas Programadas:** Las Primas Programadas pueden ser satisfechas periódicamente mientras el Asegurado viva. El Asegurado puede cambiar el valor de las Primas Programadas.
- c. **Primas No Programadas:** El Asegurado puede hacer pagos de Primas No Programadas en cualquier momento mientras la Póliza esté vigente. La Compañía se reserva el derecho en cualquier año Póliza, de limitar el valor de las Primas No Programadas, en los casos en que dichos pagos puedan producir como resultado un incremento del Beneficio en caso de Fallecimiento.
- d. **Prima Mínima Anual Durante los Primeros 10 Años de la Póliza:** Esta Póliza, independientemente de la edad del Asegurado en el momento de la emisión, no caducará durante los diez primeros años de la Póliza siempre que la suma de todas las primas pagadas a la fecha del cálculo menos cualquier préstamo y/o Liquidación Parcial, sea igual o mayor al resultado de sumar la Prima Mínima Anual de cada año transcurrido y la fracción de la Prima Mínima Anual que corresponda a la parte transcurrida del año Póliza actual.

7. Vigencia:

La Póliza entrará en vigor desde la Fecha de Emisión, después que la Solicitud de Seguro haya sido revisada, aceptada y ratificada expresamente por la Compañía.

8. Beneficiarios:

El Asegurado designará a sus Beneficiarios en la Solicitud del Seguro, pudiendo modificar dicha designación conforme se establece más adelante, siempre y cuando no haya renunciado a este derecho.

El Beneficiario registrado en la Solicitud de Seguro recibirá el beneficio de esta Póliza que sea pagadero por el fallecimiento del Asegurado, a menos que se haya designado un nuevo Beneficiario mediante comunicación por escrito a la Compañía para que quede registrado en la Póliza. La Compañía efectuará el pago de los beneficios de la presente Póliza, conforme a la última designación de beneficiarios registrada, con lo cual se extinguen las obligaciones

contraídas en la Póliza de Seguro.

Si son varios Beneficiarios y alguno falleciere antes o al mismo tiempo que el Asegurado, su parte acrecerá la de los restantes. Si no hubiese más Beneficiarios, el seguro se pagará a los herederos del Asegurado, salvo que se tratase de un Beneficiario Irrevocable, caso en el cual se pagará a los herederos de dicho Beneficiario Irrevocable.

A menos que haya sido indicado de otra manera, si dos o más personas son Beneficiarios, aquellos que sobrevivan al Asegurado, se les pagará el beneficio en partes iguales.

La Compañía se reserva el derecho de verificar la identidad, edad o cualquier otro dato relativo a cualquier Beneficiario.

8.1. Cambio de Beneficiario:

El Asegurado podrá cambiar el o los Beneficiarios. El cambio debe ser por escrito y debe ser registrado por la Compañía en la Póliza. Una vez registrado, aún si el Asegurado no viviere, el cambio será efectivo desde la fecha en que la Compañía haya recibido la solicitud de cambio de Beneficiario. La solicitud de cambio deberá entregarse a la Aseguradora en vida del Asegurado. Cualquier pago efectuado por la Compañía o cualquier medida que haya tomado antes de que el cambio se haya registrado, no será afectado. Si el Asegurado ha designado por escrito a un Beneficiario con carácter irrevocable, no se harán cambios sin el consentimiento por escrito de ese Beneficiario.

9. Pago de Beneficios:

El Beneficiario debe formular por escrito, de forma electrónica, o a través de otro medio, siempre y cuando se permita su verificación, la solicitud de la reclamación del Seguro de Vida que sea pagadero al ocurrir el fallecimiento del Asegurado. La Compañía debe recibir la reclamación tan pronto como sea posible, y al recibirla, suministrará los formularios que deben completarse para que se presente el reclamo con la prueba del fallecimiento.

Los siguientes documentos estarán adjuntos a los formularios de reclamación:

- a. Certificado de Defunción emitido por el Registro Nacional de las Personas de Guatemala con al menos 30 días de haberse emitido, o certificado emitido por la autoridad nacional del país donde haya fallecido el Asegurado como prueba de su fallecimiento y que además del fallecimiento del Asegurado, conste la causa del mismo;
- b. Certificado de Nacimiento del Asegurado expedido por el Registro Nacional de las Personas de Guatemala o autoridad competente del país de su nacimiento;
- c. Copia del Documento Personal de Identificación del Asegurado emitido por el Registro Nacional de las Personas de Guatemala. En caso de haber nacido en país distinto a Guatemala copia legalizada del pasaporte;
- d. Copia del Documento Personal de Identificación del Beneficiario. En caso de Beneficiarios menores de edad, deberá acompañarse el certificado de nacimiento del menor de edad, copia del documento de identidad de su representante legal y en los casos en que el representante legal del menor no sea uno de sus progenitores, copia de la resolución judicial mediante la cual acredita dicha representación legal;
- e. Devolución de la Póliza original o la última reposición de la misma extendida por la Compañía;
- f. Cualquier otra información que la Compañía pueda razonablemente solicitar para establecer la validez del reclamo.

Los documentos que se acompañan a la reclamación deben presentarse a la Compañía dentro de los 90 días siguientes de ocurrido el fallecimiento del Asegurado o tan pronto como sea posible.

Los interesados deberán cumplir con presentar los documentos expedidos en el extranjero conforme a los requerimientos legales vigentes al momento de presentarlos.

Todas las decisiones con respecto a la aprobación o declinación de cualquier reclamación recibida por la Compañía referente a la presente Póliza de Seguro de Vida, serán tomadas solamente por la Compañía.

10. Caducidad:

Todas las coberturas otorgadas mediante esta Póliza terminarán automáticamente al ocurrir la primera de cualquiera de estas fechas:

- a. La fecha en que la Póliza sea liquidada;
- b. La fecha del fallecimiento del Asegurado;
- c. La expiración del Período de Gracia, si el Pagador del Seguro o el Asegurado no han pagado la cantidad necesaria para que la Póliza se mantenga vigente.

11. Período de Gracia:

Si el Valor Efectivo Neto no es suficiente para satisfacer el Cargo Mensual vencido en un momento determinado y durante los primeros diez años no se ha satisfecho la Prima Mínima conforme a lo estipulado en la cláusula 6 literal d "Prima Mínima Anual", se comenzará a computar el Período de Gracia. La Compañía concederá un Período de Gracia de sesenta (60) días calendarios, contados a partir del momento en que el Valor Efectivo Neto no sea suficiente para satisfacer el Cargo Mensual vencido. La Póliza se mantendrá en vigor durante el Período de Gracia.

Si la Compañía no recibe suficientes fondos para cubrir el Cargo Mensual o la Prima Mínima antes de la expiración del Período de Gracia, la Póliza caducará sin necesidad de declaración alguna y devendrá inválida desde el momento en que el Valor Efectivo Neto dejó de ser suficiente para satisfacer el Cargo Mensual vencido.

La Compañía notificará por escrito al Asegurado y a cualquier interesado que aparezca registrado en la Póliza, por lo menos 30 días calendario antes de que termine el Período de Gracia, la cantidad de prima requerida para que la Póliza continúe en vigor. Si el Asegurado tiene sesenta y cuatro (64) años de edad o más, y la Póliza ha estado vigente por lo menos un año, la Póliza no caducará por falta de pago de prima antes de transcurrir por lo menos treinta (30) días desde que se notifique al Asegurado y al interesado que la Póliza está por caducar.

Si el Asegurado fallece durante el transcurso del Período de Gracia, los beneficios de esta Póliza serán pagados deduciendo el valor de cualquier Cargo Mensual que no haya sido satisfecho.

Prolongación: Si los pagos de Primas Programadas no son satisfechos en la forma prevista y no se abonan pagos por concepto de Primas No Programadas, esta Póliza continuará en vigor hasta que el Valor Efectivo al iniciarse un mes de la Póliza no alcance para cubrir el Cargo Mensual correspondiente a ese mes. A partir de ese momento se computará el inicio del Período de Gracia.

En ningún caso se prorrogará la vigencia de un Anexo más allá de la fecha en que el mismo deba terminar.

12. Rehabilitación:

Esta Póliza podrá ser rehabilitada a discreción de la Compañía, dentro de los cinco (5) años siguientes a la fecha en que haya caducado por no haberse abonado primas suficientes para mantener la Póliza en vigor antes de la terminación del Período de Gracia.

La solicitud de Rehabilitación deberá incluir:

- a. Prueba aceptable a la Compañía de que el Solicitante es asegurable sobre las mismas bases que se tuvieron en cuenta cuando esta Póliza fue emitida, lo cual incluirá necesariamente la presentación de exámenes médicos actualizados conforme a los lineamientos de la Compañía;
- b. Prima de Rehabilitación: Pago suficiente de primas para mantener la Póliza en vigor por lo menos dos meses a partir de la fecha de Rehabilitación, de acuerdo a lo que se establece en los párrafos siguientes.

Si la Compañía autoriza la Rehabilitación, ésta será efectiva el primer día del mes de la Póliza siguiente a la fecha de aprobación de la Rehabilitación.

El Valor Acumulado en la fecha efectiva de la Rehabilitación será igual al Valor Acumulado al principio del Período de Gracia antes de la caducidad de la Póliza, menos dos cargos mensuales, calculados a la fecha de caducidad, tal como se define en la cláusula 19 "Valores de la Póliza".

El Cargo por Liquidación, no varía por una rehabilitación. Dicho cargo en la fecha efectiva de la Rehabilitación será el que aparece en la Tabla de Desglose de Cargos de la Póliza, en la columna Cargos por Liquidación Garantizados, del presente documento y se computará desde la Fecha de Emisión de la Póliza.

Un nuevo período de Indisputabilidad se aplicará a esta Póliza a contar de la fecha efectiva de la Rehabilitación. No obstante, lo anterior, si la Póliza estuvo en vigor más de dos años durante la vida del Asegurado, la disputabilidad sólo podrá plantearse con relación a las declaraciones contenidas en la solicitud de Rehabilitación.

12.1. Rehabilitación después del décimo aniversario de la Póliza.

Si la Rehabilitación ocurre después del décimo aniversario de la Fecha de Emisión de la Póliza, la Prima de Rehabilitación será determinada por el monto que sea mayor de las literales a o b descritos a continuación, monto que se dividirá entre uno menos los Cargos por Gastos correspondiente al año Póliza que cursa:

- a. El Cargo por Liquidación menos el Valor Acumulado arriba descrito, más el importe de dos cargos mensuales, en el momento de la Rehabilitación; o
- b. El importe de dos cargos mensuales en el momento de la Rehabilitación.

12.2. Rehabilitación antes del décimo aniversario de la Póliza.

Si la Rehabilitación tiene lugar antes del décimo aniversario de la Fecha de Emisión, la prima requerida para la Rehabilitación será igual al monto que resulte menor entre las dos cantidades siguientes:

- a. El resultado del cálculo establecido en la literal a) anterior; o
- b. La Prima Mínima Mensual, multiplicada por el número de meses transcurridos desde la Fecha de Emisión de la Póliza hasta la fecha de Rehabilitación, más dos primas mínimas mensuales, menos el valor que resulte de restar todas las primas pagadas antes de la caducidad, menos las Liquidaciones Parciales hechas por el Asegurado.

13. Prescripción:

Las acciones que derivan de la presente Póliza prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Si el Beneficiario no tiene conocimiento de su derecho, la prescripción se consumará por el transcurso de cinco (5) años contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones de la Aseguradora.

14. Cláusula Arbitral

Los contratantes convienen en que toda disputa, controversia o reclamación, que se relacione con la aplicación, interpretación y/o cumplimiento de este contrato, por cualquier causa, deberá resolverse, en primer lugar, mediante Conciliación de conformidad con el Reglamento de Conciliación y Otros Métodos Alternativos de la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala -CRECIG- dentro del plazo de 30 días, contados a partir de la solicitud que presente una o ambas Partes a CRECIG.

Vencido el plazo indicado para la Conciliación sin que se hubiese arribado a un acuerdo que solvete la disputa, o bien, si surgido el conflicto alguna de las Partes no desea solicitar la Conciliación, se resolverá entonces mediante Arbitraje de Derecho de conformidad con el Reglamento de Arbitraje de la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala -CRECIG-, que se encuentre vigente al momento de surgir el conflicto. El Arbitraje será administrado por la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala -CRECIG-, en la ciudad de Guatemala, por medio de un tribunal compuesto de 3 árbitros, nombrados de conformidad con el Reglamento antes relacionado, el idioma del arbitraje será el español y la sede del Arbitraje será Guatemala. El laudo deberá ser cumplido de buena fe y sin demora alguna por las Partes.

15. Indisputabilidad:

Las omisiones o las declaraciones inexactas del Solicitante del seguro dan derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato. El derecho caduca, si la Póliza ha estado en vigor estando en vida el Asegurado, a los dos (2) años a contar de la fecha de su perfeccionamiento o de la última Rehabilitación.

16. Declaraciones Falsas o Inexactas:

Si la edad o sexo del Asegurado fue declarada incorrectamente en la Solicitud de Seguro para esta Póliza, la Compañía ajustará y pagará los beneficios basándose en la edad y/o

sexo correcto del Asegurado. La cantidad resultante será el Beneficio en caso de Fallecimiento que se hubiera podido comprar aplicando el costo correcto del seguro.

Si la condición de fumador o no fumador del Asegurado fue declarada incorrectamente en la Solicitud de Seguro para esta Póliza y el Asegurado fallece dentro de los dos (2) años después de la fecha de vigencia de la Póliza, la Compañía ajustará y pagará los beneficios basándose en la condición correcta del Asegurado. La cantidad resultante será el Beneficio en caso de Fallecimiento que se hubiera podido comprar aplicando el costo correcto del seguro.

17. Excepción por Fraude

Sin perjuicio de lo establecido en la cláusula 15 de Indisputabilidad del presente contrato, que establece la caducidad del derecho de la Compañía para terminar el contrato por omisiones o declaraciones inexactas transcurridos dos años de vigencia o rehabilitación de la póliza, se establece la siguiente excepción:

La caducidad a que se refiere la cláusula 15 de Indisputabilidad no será aplicable en los casos en que se compruebe que el Asegurado, Pagador o Beneficiario procedió con dolo o fraude comprobado, según la definición establecida en estas Condiciones Generales, al momento de:

- a. Completar la solicitud de seguro;
- b. Presentar declaraciones relacionadas con el estado de salud, ocupación, deportes o pasatiempos peligrosos del Asegurado;
- c. Omitir información relevante y material para la apreciación del riesgo;
- d. Presentar documentación falsa o alterada en cualquier momento de la vigencia del contrato; o
- e. Realizar maniobras o procedimientos dirigidos a obtener indebidamente el pago de la suma asegurada.

En tales casos de dolo o fraude comprobado, la Compañía mantendrá su derecho a:

- a. Impugnar el contrato y solicitar su nulidad absoluta en cualquier tiempo, de conformidad con los artículos 1251, 1252 y 1269 del Código Civil de Guatemala;
- b. Rechazar el pago de la suma asegurada, aun después de transcurridos dos años desde la fecha de celebración o rehabilitación del contrato; y
- c. Retener las primas pagadas correspondientes al período en curso al descubrirse el dolo o fraude, sin perjuicio de las acciones legales que pudieran corresponder.

Para ejercer los derechos establecidos en esta cláusula, corresponderá a la Compañía la carga de probar fehacientemente la existencia del dolo o fraude alegado, mediante evidencia documental, pericial o cualquier otro medio de prueba legalmente admisible.

18. Notificaciones:

Cualquier comunicación, solicitud, aviso o requerimiento entre la Compañía y el Asegurado, o el Pagador de la Póliza, deberá realizarse por escrito, de forma electrónica, o a través de otro

medio.

Cualquier cambio de domicilio, dirección física o electrónica deberá comunicarse a la otra parte a más tardar en un plazo de cinco (5) días hábiles contados a partir del cambio efectivo de dirección.

Todos los requerimientos, avisos y comunicaciones dirigidos a la última dirección señalada surtirán efecto aunque en ella ya no se encontrare la persona a quien están dirigidos.

19. Valores de la Póliza:

19.1. Valor Acumulado:

El Valor Acumulado en la fecha de emisión de la Póliza es igual a la prima pagada menos el importe del Cargo por Gastos, menos el Cargo Mensual por el primer mes de la Póliza.

El Valor Acumulado en el primer día de cualquier mes de la Póliza que no coincida con la fecha de la Póliza será igual a (a) más (b), menos (c), menos (d) entendiéndose que:

- a. Es el Valor Acumulado en el primer día del mes anterior de la Póliza, más los intereses de un mes;
- b. Son todas las primas recibidas a partir del primer día del mes anterior de la Póliza, menos los Cargos por Gastos, más intereses sobre las cantidades netas desde la fecha en que se hayan recibido;
- c. Son todas las liquidaciones parciales hechas a partir del primer día del mes anterior de la Póliza, más los intereses a partir de la fecha de la liquidación;
- d. Es el Cargo Mensual correspondiente al mes en curso de la Póliza.

El Valor Acumulado en cualquier otra fecha se calculará siguiendo la misma metodología anterior.

El Impuesto al Valor Agregado -IVA- no se considerará para los cálculos de los valores de la presente Póliza.

19.2. Valor Efectivo:

El Valor Efectivo se calcula tomando el Valor Acumulado arriba descrito, menos cualquier Cargo por Liquidación, menos los intereses acreditados de acuerdo a lo que se indica en el siguiente párrafo.

En el caso de las liquidaciones durante los primeros 18 años después de la emisión de la póliza, se restará del Valor Acumulado el interés acreditado en exceso de la tasa garantizada y pagada en los últimos doce meses.

19.3. Cargos por Liquidación:

Los Cargos por Liquidación están establecidos en la tabla que aparece en la página del presente documento, titulada "Desglose de Cargos de la Póliza". Las liquidaciones de Suma Asegurada inicial y de todos los incrementos de la Suma Asegurada incurren en dichos cargos, tal y como se indica en la tabla anteriormente citada.

19.4. Valor Efectivo Neto:

El Valor Efectivo Neto es igual al Valor Efectivo menos el importe de cualquier deuda.

19.5. Cargos por Gastos:

Al pago de cada prima se le deduce un cargo por concepto de gastos. Este cargo nunca excederá:

- a. 60.0% de la prima de los primeros cinco años.
- b. 25.0% de cada prima cobrada del sexto al décimo año.
- c. 7.5% de cada prima cobrada en los siguientes años.

Los Cargos por Gastos actualmente vigentes, se encuentran especificados en la página titulada "Desglose de Cargos de la Póliza". La Compañía determinará para cada año los Cargos por Gastos, sin sobrepasar los porcentajes arriba descritos.

19.6. Cargo Mensual por Administración:

La Compañía efectuará un Cargo Mensual por Administración el cual no será mayor a siete (\$7.00) dólares de los Estados Unidos de América. La Compañía determinará para cada año el Cargo Mensual por Administración.

19.7. Cargo Mensual:

El Cargo Mensual es igual a la suma del Costo del Seguro más el costo de los Anexos adheridos a la Póliza si los hubiere, más el Cargo Mensual por Administración conforme a las cláusulas de esta Póliza. La sumatoria de estos cargos será lo que se deduzca el primer día de cada mes como Cargo Mensual.

19.8. Costo del Seguro:

El Costo del Seguro se determina el primer día de cada mes de la Póliza. Este costo se computa por separado para la Suma Asegurada Inicial y para cada incremento de la Suma Asegurada.

Para calcular el Costo del Seguro del Plan Básico, se multiplica la cantidad neta de riesgo del Plan en millares, por la tasa mensual del Costo del Seguro. La tasa mensual del Costo del Seguro es la tasa anual dividida entre doce (12).

La cantidad neta a riesgo del Plan Básico es el Beneficio en caso de Fallecimiento menos el Valor Acumulado.

Si hubiere(n) Anexo(s), el Costo del Seguro para cada uno de los que no dependa de la cantidad neta a riesgo de la Póliza Básica, se calcula(n) multiplicando la(s) Suma(s) Asegurada(s) correspondiente(s) en millares, por la tasa mensual del Costo del Seguro de cada Anexo. La tasa mensual del Costo del Seguro para cada Anexo será la tasa anual dividida entre doce (12).

19.9. Tarifa del Costo de Seguro:

La Tarifa del Costo de Seguro se determina por separado para la Suma Asegurada Inicial y para cada incremento de la Suma Asegurada. Las tasas se basan en:

- a. La edad del Asegurado en la Fecha de Emisión o en la fecha de incremento y la duración

- de la Póliza o de cada uno de los incrementos, expresados en años; y
- b. La clase de prima que aparece indicada en la página titulada “Datos Específicos de la Póliza”.

La Clase de Prima vigente, se aplicará a cualquier incremento del Beneficio en caso de Fallecimiento que resulte cuando el Beneficio en caso de Fallecimiento es un porcentaje del Valor Acumulado.

La Tarifa del Costo del Seguro se determina anualmente.

Las Tarifas del Costo de Seguro, para riesgos normales o estándar, nunca serán mayores que las tarifas garantizadas mostradas en la tabla de tarifas de Seguro Máximas Garantizadas.

El riesgo se clasifica Subnormal o Subestándar (en adelante denominados “riesgos subestándar”) cuando el Asegurado representa un riesgo elevado de mortalidad por las condiciones de salud, profesión, pasatiempos, u otros. Esta clasificación se realiza de conformidad con y de manera proporcional con el extra-riesgo que presenta el Asegurado. Considerando que las Primas Objetivo y Primas Mínimas están basadas en una tabla de mortalidad CSO-2001 para riesgos normales, para riesgos subestándar, las tarifas Máximas Garantizadas se incrementarán de forma que mantengan con las tarifas de riesgos normales o estándar una relación directamente proporcional con el riesgo mayor que presenta el Asegurado.

19.10. Tasa de Interés:

La Tasa de Interés que se aplicará para calcular el Valor Acumulado durante cada mes de la Póliza, o fracción de mes, será por lo menos el 0.24663% mensual, compuesto mensualmente.

Esta tasa es igual al 3.0% de interés efectivo anual. Cualquier interés por encima de la tasa garantizada será considerado interés en exceso.

El interés acreditado sobre la porción del Valor Acumulado que iguale a la cantidad adeudada, si lo hubiere, sobre la Póliza pudiera acreditarse bajo una tasa distinta a la tasa aplicada al resto del Valor Acumulado. Sin embargo, esa tasa de interés nunca será inferior a la tasa garantizada.

El interés en exceso de la tasa arriba establecida podrá acreditarse al Valor Acumulado a opción de la Compañía, y se basará en las expectativas respecto a las futuras tasas de interés.

Para las liquidaciones que tengan lugar dentro de los 18 años siguientes a la Fecha de Emisión, el interés en exceso de los últimos 12 meses será restado.

20. Liquidación Parcial:

Después de transcurrido al menos un año de vigencia de la Póliza, el Asegurado puede solicitar por escrito una Liquidación Parcial del Valor Efectivo.

La Liquidación Parcial relacionada estará sujeta a los siguientes términos:

- a. La cantidad mínima de cualquier Liquidación Parcial será no menor a doscientos cincuenta (\$250.00) dólares de los Estados Unidos de América;
- b. El Valor Efectivo Neto que quede después de la Liquidación Parcial debe ser por lo menos doscientos cincuenta (\$250.00) dólares de los Estados Unidos de América más el Cargo Mensual por Administración correspondiente al mes siguiente a la Liquidación Parcial;
- c. Si se ha seleccionado la Opción "A" en cuanto al Beneficio en caso de Fallecimiento, la cantidad de la Liquidación Parcial se sustraerá de la Suma Asegurada en el orden siguiente:
 - I. Del incremento más reciente, si lo hubiere;
 - II. De los incrementos más recientes, si los hubiere, sucesivamente y en orden regresivo;
 - III. De la Suma Asegurada inicial de la Póliza;

La Suma Asegurada que quede después de dicha reducción deberá ser por lo menos igual a la Suma Asegurada Mínima que aparece en la página titulada "Datos Específicos de la Póliza";

- d. Se deducirá un cargo por concepto de Liquidación Parcial en cada una de las liquidaciones parciales. Dicho cargo no será superior a veinticinco (\$25.00) dólares de los Estados Unidos de América;
- e. Sólo será autorizada una Liquidación Parcial por año de Póliza;
- f. El plazo para el pago de una Liquidación Parcial será de quince (15) días a contar de la fecha de recepción de la solicitud de la Liquidación Parcial.

La Compañía se reserva el derecho de posponer el pago de la Liquidación Parcial, hasta por un término máximo de treinta días a contar de la fecha de recepción de la solicitud de la Liquidación Parcial, a menos que dicha Liquidación Parcial sea para pagar primas de otras pólizas de vida individual que el Asegurado tenga vigentes y en mora con la Compañía.

21. Liquidación de la Póliza:

El Asegurado puede liquidar esta Póliza en cualquier momento. El Valor Efectivo de Liquidación es igual al Valor Efectivo Neto. No obstante, lo anterior para que proceda la liquidación deberán cumplirse las siguientes condiciones:

- a. Toda solicitud de liquidación deberá someterse por escrito a la Compañía, en forma clara y específica;
- b. La Póliza original debe devolverse a la Compañía;
- c. El Asegurado debe estar vivo en la fecha de efectividad de la Liquidación.

La Compañía pagará el Valor Efectivo de Liquidación que corresponda en un plazo máximo de 30 días a menos que dicha Liquidación se aplique para el pago de primas. Si se solicita una Liquidación dentro de los treinta días siguientes a un aniversario de la Póliza, el Valor Efectivo de Liquidación no será inferior al Valor Efectivo de Liquidación en dicho aniversario, pero se deducirá cualquier adeudo o Liquidación Parcial que se haya hecho en la fecha de ese aniversario o después. La Póliza de Seguro perderá su vigencia una vez que se haya pagado la Liquidación.

22. Base para el Cálculo de Valores:

Los valores efectivos mínimos y las tarifas máximas del Costo del Seguro se basan en la Tabla de Mortalidad que aparece en la tabla de tarifas de Seguro Máximas Garantizadas, a una tasa de interés del 3%, compuesto anualmente. Los riesgos no normales (subestándar) tienen incrementos proporcionales, de acuerdo a lo relacionado en la cláusula 19.9.

23. Cláusula de No Participación en las Utilidades de la Compañía:

Esta Póliza no tiene derecho a participar en ninguna división del superávit o de las utilidades de la Compañía.

24. Reporte Anual:

La Compañía enviará al Asegurado una vez al año un reporte que incluirá los siguientes datos:

- a. El período al cual corresponde el reporte;
- b. El Valor Acumulado correspondiente al final del período anterior y el correspondiente al final del período del reporte;
- c. El Valor del Beneficio en caso de Fallecimiento del Asegurado cubierto por esta Póliza correspondiente al período del reporte;
- d. El Valor Efectivo al finalizar el período del reporte;
- e. El saldo de los préstamos sobre la Póliza, si los hubiere, al finalizar el período del reporte;
- f. El monto de las primas pagadas desde el último reporte;
- g. Los intereses acreditados desde el último reporte;
- h. El monto de las liquidaciones parciales efectuadas desde el último reporte;
- i. Los cargos deducidos desde el último reporte.

25. Proyección de Beneficios y Valores

La Compañía proporcionará en un plazo de quince (15) días desde el requerimiento del Asegurado, una proyección de los futuros beneficios por fallecimiento y de los valores de la Póliza, en cualquier momento en que el Asegurado lo solicite por escrito.

26. Dominio sobre la Póliza:

El Asegurado puede ejercer todos los derechos, opciones y privilegios que la Póliza confiere, salvo que el Asegurado manifieste por escrito lo contrario, y notifique de su decisión a la Aseguradora.

El Asegurado tiene derecho a:

- a. Tomar préstamos sobre la Póliza;
- b. Ceder la Póliza;
- c. Liquidar la Póliza;
- d. Liquidar parcialmente la Póliza;
- e. Ejercer todos los demás derechos que la Póliza le concede.

Todos los derechos del Asegurado están sujetos al consentimiento de cualquier cesionario que aparezca registrado y de cualquier Beneficiario que haya sido irrevocablemente designado.

27. Cesión de la Póliza:

Ninguna Cesión de la Póliza tendrá efecto obligatorio para la Compañía a menos que ésta haya sido hecha por escrito, registrada y aceptada por la Compañía. Cualquier pago hecho por la Compañía antes de que una Cesión haya sido registrada, no resultará afectado por la Cesión. La Compañía no es responsable por la validez de ninguna Cesión.

Si el Asegurado realiza la Cesión total o parcial de su Póliza, los derechos del Asegurado y de cualquier Beneficiario pueden resultar afectados de acuerdo a los términos pactados en la Cesión de Derechos.

28. Préstamos Sobre la Póliza:

El Asegurado puede obtener de la Compañía un Préstamo sobre la Póliza si cumple con los siguientes requisitos:

- a. Que haya pasado el primer aniversario de la Póliza;
- b. Que los valores garantizados de la Póliza sean la única garantía del préstamo;
- c. Que el préstamo solicitado más cualquier deuda preexistente no exceda el Valor Máximo para Préstamos;
- d. Que la Póliza esté vigente.

El valor máximo para préstamos será equivalente al Valor Efectivo Neto menos el Cargo Mensual del próximo mes. El préstamo quedará automáticamente garantizado a favor de la Aseguradora con el Valor Efectivo de la Póliza, hasta el monto adeudado por capital e intereses.

Si el préstamo procede, la Compañía se reserva el derecho de concederlo en un plazo máximo de treinta (30) días.

29. Intereses:

Por los préstamos realizados por la Compañía al Asegurado sobre la Póliza, se cobrará una tasa de interés compuesto del 8% anual sobre el saldo de los mismos. Los intereses se considerarán vencidos a una tasa del 8% anual y son pagaderos anualmente en cada aniversario de la Póliza.

A su vencimiento, los intereses no pagados por el Asegurado se suman al capital principal del préstamo, forman parte del mismo y generarán a su vez intereses a favor de la Aseguradora con la misma tasa aplicable al préstamo, de conformidad con lo que establece el artículo 691 del Código de Comercio Decreto 2-70 del Congreso de la República.

30. Reembolso del Préstamo:

El Asegurado puede reembolsar un préstamo, total o parcialmente, en cualquier momento, antes de la terminación de la Póliza y mientras el Asegurado viva.

31. Límite de la Póliza:

Si la deuda iguala o excede el Valor Efectivo, dará inicio el Período de Gracia y las disposiciones de la sección del Período de Gracia de esta Póliza se aplicarán.

32. Normas Supletorias:

En todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en el Decreto 25-2010 del Congreso de la República, Ley de la Actividad Aseguradora, el Decreto 2-70 del Congreso de la República y sus reformas, Código de Comercio de Guatemala, en el Decreto Ley número 106 y sus reformas, Código Civil, y demás normativa aplicable dictada por la Superintendencia de Bancos de Guatemala, así como cualquier otra legislación de la República de Guatemala que sea aplicable a la materia.

BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA, SOCIEDAD ANÓNIMA

Firma Representante Legal

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____, del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Emitida por

BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA, SOCIEDAD ANÓNIMA