



Seguro colectivo de vida
Inspira **Protección**
Condiciones generales

2513-5000
www.promerica.com.sv



Contenido

Cláusula 1. Contrato	2
Cláusula 2. Definiciones	2
Cláusula 3. Coberturas	3
1. Cobertura básica de fallecimiento	3
2. Cobertura adicional fallecimiento accidental	4
3. Cobertura adicional de gastos funerarios	4
4. Cobertura adicional de invalidez total y permanente	4
5. Cobertura adicional de desmembramiento accidental	4
6. Cobertura adicional de renta diaria por hospitalización	4
Cláusula 4. Exclusiones	6
Cláusula 5. Límites de responsabilidad	8
Cláusula 6. Alcance territorial de cobertura	8
Cláusula 7. Edades de admisión	8
Cláusula 8. Beneficiarios	8
Cláusula 9. Obligaciones del contratante	8
Cláusula 10. Prohibiciones del contratante	9
Cláusula 11. Obligaciones del asegurado	9
Cláusula 12. Prima	9
Cláusula 13. Período de gracia	9
Cláusula 14. Vigencia	9
Cláusula 15. Terminación del seguro	9
Cláusula 16. Siniestros cubiertos	10
Cláusula 17. Presentación de siniestros	10
Cláusula 18. Moneda	11
Cláusula 19. Prescripción	11
Cláusula 20. Notificaciones	11
Cláusula 21. Omisión y/o inexactitud	12
Cláusula 22. Certificado individual de cobertura	12
Cláusula 23. Otros seguros	12
Cláusula 24. Traspaso	12
Cláusula 25. Derecho de retracto	12
Cláusula 26. Derecho a desistir del contrato	12
Cláusula 27. Procedimiento conciliatorio	12
Cláusula 28. Legislación aplicable	12

Cláusula 1. Contrato

Mediante el presente contrato de seguros (póliza), ASSA Vida, Seguros de Personas, S.A. (la Compañía), se obliga, contra el pago de la prima acordada con el Contratante y en el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a satisfacer una suma asegurada o prestación, dentro de los límites y condiciones convenidos en la presente póliza.

Los únicos documentos que constituyen esta póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: I. Las Condiciones Generales, II. Las Condiciones Particulares si hubiere, III. La Carátula de la Póliza y IV. El Certificado Individual de Cobertura.

En caso de que existan discrepancias entre los documentos contractuales, prevalecerán los que beneficien al Asegurado.

Cláusula 2. Definiciones

Para todos los efectos, los términos, palabras y frases que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

1. Accidente: Suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecta al Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un médico.
2. Asegurado: Persona que está cubierta por esta póliza y debidamente registrada en el certificado individual de cobertura.
3. Beneficiario: Persona física designada por el Asegurado como titular del derecho a las prestaciones contratadas en esta póliza cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de las coberturas contratadas.
4. Condición preexistente: Enfermedad, padecimiento, condición física o mental, lesión o dolencia que existía con anterioridad a la cobertura del Asegurado, sobre la cual padeció síntomas, tratamiento o cuidado; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté en proceso de diagnóstico durante la contratación de la póliza.
5. Contratante: Es quien contrata el seguro. Es al que corresponde las obligaciones que se deriven del presente contrato, salvo a las que por su naturaleza pertenezcan al Asegurado.
6. Deducible: Se establece en el certificado individual de cobertura y se indica como el número de días de hospitalización que el Asegurado permanece hospitalizado y por los cuales no tiene derecho a indemnización.
7. Día de hospitalización: Veinticuatro (24) horas continuas en las cuales el Asegurado se encuentre internado en un hospital.

8. Enfermedad: Alteración de salud sufrida por el Asegurado, causada independientemente de hechos accidentales, ocurrida durante la vigencia de la póliza. Bajo este concepto no se consideran enfermedades los eventos súbitos como tratamientos psiquiátricos o psicológicos, dentales, alveolares, gingivales, los requeridos por afecciones del embarazo, consumo de estupefacientes, curas de reposo, exámenes médicos de chequeo, tratamientos para control de peso o desórdenes alimenticios y cualquier tipo de enfermedad de transmisión sexual.

9. Grupo asegurado: Formado por personas físicas que reúnen individualmente los requisitos de elegibilidad establecidos para poder ser incluidos en la presente póliza.

10. Hospital: Establecimiento legalmente autorizado para el servicio médico de personas, que cuenta con asistencia de enfermería las veinticuatro (24) horas del día y con instalaciones para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas, es decir, que disponga y utilice regularmente laboratorios, equipos de radiografía y quirófanos atendidos por personal especializado. Bajo este concepto no se considera: hotel, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, casa de reposo, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

11. Hospitalización/hospitalizado: Situación en la que una persona esté registrada como paciente de un hospital por prescripción médica, y que utilice al menos un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería, pernoctando mínimo una noche. Este concepto no considera lo que se denomina hospitalización domiciliaria.

12. Invalidez total y permanente: Pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado en más de un sesenta y cinco por ciento (65%), por causa de accidente o enfermedad, lo que le impida de manera permanente a desempeñar su profesión, actividad u oficio habitual. Debe ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento de su estado físico o mental.

13. Lesión: Herida sufrida por el Asegurado como consecuencia directa y exclusiva de un accidente cubierto por esta póliza.

14. Médico: Persona calificada por un grado en medicina que está legalmente autorizado en el área geográfica de su práctica para otorgar servicios médicos o quirúrgicos. Para efectos de la presente póliza se excluye al médico siendo el mismo Asegurado o algún miembro de su familia inmediata.

15. Modalidad contributiva: Se denomina así al seguro donde el Asegurado contribuye al Contratante un porcentaje del pago de la prima que éste debe hacer a la Compañía por concepto de la cobertura otorgada.

16. Modalidad no contributiva: Se denomina así al seguro donde el Contratante paga la totalidad de la prima por la cobertura otorgada a todos los Asegurados.

17. Período de espera: Tiempo con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la póliza durante el cual no se ampara la reclamación.

18. PLAN: Alternativa descrita en el certificado individual de cobertura donde se indica claramente las coberturas contratadas con sus sumas aseguradas y la prima a pagar por las mismas.

19. SINIESTRO / EVENTO: Ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente póliza, obliga a la Compañía al pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato.

20. TERRORISMO: Actos de violencia y maldad ejecutados para amedrentar a ciertos sectores sociales o a una población determinada o para desorganizar una estructura económica, social y política, por medio de la utilización de armas de fuego, bombas, granadas, sustancias u otros medios convertidos en explosivos o en medios incendiarios de cualquier clase, incluyendo específicamente aviones u otros vehículos o personas, igual que la utilización de substancias contaminantes, tóxicas o contagiosas de cualquier clase, cualesquiera que sean los resultados producidos, medios, lugares, espacios y circunstancias de los actos

Cláusula 3. Coberturas

1. Cobertura básica de fallecimiento

En caso de que el Asegurado fallezca, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada según el plan contratado. La indemnización se hará efectiva siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia de la póliza y que no sea consecuencia de un evento excluido.

La presente cobertura está sujeta a los siguientes períodos de espera:

- a. Suicidio: Si un Asegurado se suicida durante los dos (2) años posteriores a la fecha de su inclusión en la póliza, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, la Compañía no amparará la reclamación.
- b. Covid-19 (SARSCOV2): El período de espera para fallecimiento a causa del coronavirus Covid-19 (SARSCOV2) o sus complicaciones será de cuatro (4) meses posteriores a la fecha de su inclusión en la póliza.
- c. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno: Si un Asegurado fallece a causa de SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno durante los dos (2) años posteriores a la fecha de su inclusión en la póliza, la Compañía no amparará la reclamación.
- d. Enfermedades Preexistentes: Si un Asegurado fallece durante los dos (2) años posteriores a la fecha de su inclusión en la póliza, por una enfermedad preexistente al momento de adquirir la presente póliza, la Compañía no amparará la reclamación.

Si un Asegurado fallece a causa de lo descrito en los incisos anteriores durante los dos (2) años posteriores a la fecha de un aumento de la suma asegurada, la Compañía no amparará la reclamación con respecto al aumento de la suma asegurada.

2. Cobertura adicional de fallecimiento accidental

En caso de que el Asegurado fallezca a consecuencia de las lesiones causadas por un accidente cubierto, la Compañía pagará a los beneficiarios designados la suma asegurada según el plan contratado. Bajo esta cobertura se considerará fallecimiento accidental cubierto aquel que ocurra inmediatamente o dentro de los ciento ochenta (180) días naturales siguientes a la ocurrencia del accidente siempre y cuando este no sea consecuencia de un evento excluido.

La indemnización otorgada bajo esta cobertura será adicional a la que se otorgue bajo la cobertura básica de fallecimiento.

3. Cobertura adicional de gastos funerarios

Bajo este beneficio y en caso de que el Asegurado fallezca, la Compañía indemnizará al beneficiario principal el monto descrito en el plan contratado, a efectos de que el beneficiario pueda utilizar la indemnización para los gastos funerarios correspondientes.

La indemnización se hará efectiva siempre y cuando el siniestro ocurra durante la vigencia de la póliza y que no sea consecuencia de un evento excluido.

La indemnización otorgada bajo esta cobertura será adicional a la que se otorgue bajo la cobertura básica de fallecimiento.

4. Cobertura adicional de invalidez total y permanente

La Compañía pagará al Asegurado la suma asegurada según el plan contratado, si durante la vigencia de la póliza sufre una invalidez total y permanente a causa directa de un accidente o enfermedad cubiertos.

La Compañía realizará la indemnización en cuanto haya transcurrido un período mayor a seis (6) meses continuos, en el cual se pueda comprobar que la invalidez ha perdurado con el transcurrir del tiempo y ha impedido en absoluto al Asegurado dedicarse a cualquier negocio u ocupación y a desempeñar trabajos de cualquier índole con fines remunerativos o lucrativos.

Los siguientes casos de invalidez total y permanente se encuentran exentos del período mayor a seis (6) meses al que hace referencia el párrafo anterior:

- La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos.
- La pérdida de ambas manos o ambos pies.
- La pérdida de una mano y un pie conjuntamente.
- La pérdida de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

Se entiende por pérdida de las manos y pies, la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del miembro lesionado, entendiéndose así, la separación a nivel de la articulación de la muñeca o tobillo, respectivamente, o arriba de ello.

5. Cobertura adicional de desmembramiento accidental

La Compañía pagará al Asegurado una indemnización igual a la que resulte de aplicar el porcentaje correspondiente de la “Tabla de Indemnización por Desmembramiento” a la suma asegurada contratada para esta cobertura, si como consecuencia de un accidente cubierto el Asegurado sufre el desmembramiento (mutilación o rigidez de un miembro superior o inferior).

A. Miembros superiores:		Derecho	Izquierdo
1.	Pérdida total de un brazo	65%	52%
2.	Pérdida total de una mano	60%	48%
3.	Fractura no consolidada de una mano (Pseudoartrosis total)	45%	36%
4.	Rigidez del hombro en posición no funcional	30%	24%
5.	Rigidez del codo en posición no funcional	25%	20%
6.	Rigidez del codo en posición funcional	20%	16%
7.	Rigidez de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
8.	Rigidez de la muñeca en posición funcional	15%	12%
9.	Pérdida total del dedo pulgar	18%	14%
10.	Pérdida total del dedo índice	14%	11%
11.	Pérdida total del dedo medio	9%	7%
12.	Pérdida total del dedo anular o del dedo meñique	8%	6%
B. Miembros inferiores:			
1.	Pérdida total de una pierna	55%	55%
2.	Pérdida total de un pie	40%	40%
3.	Fractura no consolidada de un muslo (Pseudoartrosis total)	35%	35%
4.	Fractura no consolidada de una rótula (Pseudoartrosis total)	30%	30%
5.	Fractura no consolidada de un pie (Pseudoartrosis total)	20%	20%
6.	Rigidez de la cadera en posición no funcional	40%	40%
7.	Rigidez de la cadera en posición funcional	20%	20%
8.	Rigidez de la rodilla en posición no funcional	30%	30%
9.	Rigidez de la rodilla en posición funcional	15%	15%
10.	Rigidez del empeine en posición no funcional	15%	15%
11.	Rigidez del empeine en posición funcional	8%	8%
12.	Acortamiento de un miembro inferior por lo menos de 5cm	15%	15%
13.	Acortamiento de un miembro inferior por lo menos de 3cm	8%	8%
14.	Pérdida total del dedo gordo	8%	8%
15.	Pérdida total de un dedo diferente al dedo gordo	4%	4%

La tabla anterior corresponde a personas diestras, si el Asegurado es zurdo los porcentajes establecidos para miembros superiores derechos e izquierdos se deben invertir.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la póliza, en uno o varios accidentes, la Compañía pagará las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta agotar la suma asegurada contratada.

6. Cobertura adicional de renta diaria por hospitalización

6.1. Renta diaria por hospitalización por enfermedad

La Compañía pagará al Asegurado el monto diario de renta de acuerdo con el plan contratado, si el Asegurado es hospitalizado a causa de una enfermedad cubierta. Lo anterior queda sujeto al período de espera, suma asegurada, período de beneficio y deducible indicados en el certificado individual de cobertura.

6.2. Renta diaria por hospitalización por accidente

La Compañía pagará al Asegurado el monto diario de renta de acuerdo con el plan contratado, si el Asegurado es hospitalizado a causa de un accidente cubierto. Lo anterior queda sujeto a la suma asegurada, período de beneficio y deducible indicados en el certificado individual de cobertura.

6.3. Período de espera

El período de espera aplica únicamente para hospitalizaciones por enfermedad y se establece en el certificado individual de cobertura. Para que una hospitalización por intervención quirúrgica o tratamiento de amigdalitis, adenoiditis o hernias pueda ser cubierto deberá haber transcurrido un período de espera de cuatro (4) meses.

6.4. Deducible

El deducible se establece de acuerdo con el plan contratado en el certificado individual de cobertura.

6.5. Período de beneficio

Para calcular el número de días que corresponde indemnizar, se contará los días que el Asegurado haya estado hospitalizado, descontando los días de deducible.

El Asegurado está cubierto por cada día de hospitalización, hasta un máximo de ciento ochenta (180) días que será el límite de responsabilidad máximo por hospitalización a causa de enfermedad o accidente.

6.6. Hospitalizaciones sucesivas

En el caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo accidente o enfermedad cubiertos y separadas por intervalos menores a trescientos sesenta y cinco (365) días calendario, cada período de hospitalización será considerado como continuación del anterior, a efecto de calcular el período máximo del beneficio en días.

En el caso de ocurrir una hospitalización sucesiva luego de haber transcurrido trescientos sesenta y cinco (365) días calendario desde el final de la hospitalización anterior, independientemente de que haya sido un mismo accidente o enfermedad el motivo de la misma, el período máximo de beneficio se computará a partir de cero (0).

Cláusula 4. Exclusiones

Esta póliza no cubre, de forma general, las reclamaciones que se produzcan por:

1. Guerra civil o internacional, actos de terrorismo, motín, huelga, movimiento subversivo o, en general, conmociones populares de cualquier clase, fisión o fusión nuclear y contaminación radioactiva.
2. Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial en ruta con itinerario fijo.
3. Acto delictivo cometido en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la cantidad asegurada o la indemnización, debiendo mediar resolución judicial previa en el caso de actos delictivos.
4. Pena de muerte o por participación en cualquier acto delictivo, debiendo mediar resolución judicial previa en el caso de actos delictivos.
5. Fallecimiento, accidentes, lesiones o enfermedades que se produzcan como consecuencia del consumo de alcohol, estupefacientes, sustancias alucinógenas, drogas tóxicas o heroicas ingeridas voluntariamente por el Asegurado, que no hayan sido por prescripción médica.
6. Epidemias, pandemias o endemias declaradas por las autoridades locales o internacionales con excepción del coronavirus Covid-19 (SARSCOV2).

Exclusiones específicas aplicables a todas las coberturas diferentes a la Cobertura Básica de Fallecimiento:

1. Suicidio, automutilación o autolesión o las consecuencias de intento de suicidio o lesión inferida por el Asegurado o al Asegurado por terceros con su consentimiento, cualquiera que sea la época en que ocurra, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.
2. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, como, por ejemplo: terremotos, huracanes, maremotos, erupciones volcánicas, marejada, etc.
3. Realización de una actividad que genere una agravación del riesgo, como: Aviación siempre y cuando no figure como pasajero de una línea comercial, utilización de motocicletas terrestres (cuando se conduzcan con fines distintos a su uso como transporte cotidiano y/o laboral) o acuáticas, actividades en las que se utilicen armas, municiones, explosivos o sustancias químicas o prestar servicios de seguridad, policiales, militares o guardia nacional.
4. Deportes practicados en forma profesional; así como, la participación en los siguientes deportes, independientemente de que se practiquen en torneos o no: paracaidismo, alpinismo, motociclismo, automovilismo, buceo, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, artes marciales, boxeo, lucha libre, greco-romana u otras luchas similares, tiro y tauromaquia.
5. Condiciones preexistentes a la contratación del seguro como:
Alcoholismo, Anemia Hemolítica, Aneurismas, Apoplejía, Artritis Reumatoideas, Cáncer, Cardiopatías, Cirrosis Hepática, Complicaciones Neonatales, Drogadicción, Enfermedades Mentales, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Epilepsia, Esclerosis Múltiple, Evento Cerebro Vascular, Hemofilia, Hipertensión Arterial, Insuficiencia Hepática, Insuficiencia Renal, Obesidad Mórbida, SIDA y VIH.
6. Homicidio doloso.
7. Accidentes ocasionados como consecuencia de que el Asegurado sufra ataques cardíacos o epilépticos, síncopes.

Cláusula 6. Alcance territorial de cobertura

Las coberturas garantizan al Asegurado protección en todo momento y a nivel mundial, siempre y cuando la póliza y su cobertura se encuentren vigentes al momento de ocurrir un siniestro.

Cláusula 7. Edades de admisión

Las personas amparadas en esta póliza, al momento de tomar el seguro o ser incluidos en el mismo deben tener una edad comprendida con los siguientes rangos de edades:

- Edad mínima de aceptación: Dieciocho (18) años.
- Edad máxima de aceptación: Sesenta y cuatro (64) años.
- Edad de máxima de permanencia: Sesenta y nueve (69) años y 364 días calendario.

Este seguro se otorga a partir de la declaración de edad hecha por el Asegurado y descrita en el certificado individual de cobertura. La edad será comprobada al tramitar el reclamo presentando certificado de nacimiento o documento de identidad del Asegurado expedido por la autoridad competente.

Si el Asegurado se encuentra fuera de los límites de edad establecidos, la Compañía solo estará obligada a devolver la prima que por ellos hubiere recibido.

Cláusula 8. Beneficiarios

Para las coberturas: Básica de Fallecimiento y Adicional de Fallecimiento Accidental el Asegurado podrá instruir para cobrar los beneficios a una o más personas, individualizándolas al momento de contratar el seguro como beneficiarios.

A falta de beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos testamentarios del Asegurado en los porcentajes establecidos en el testamento, o a falta de herederos testamentarios, al cónyuge sobreviviente y a los herederos intestados, por parte iguales.

Para las coberturas: Adicional de Invalidez Total y Permanente, Adicional de Desmembramiento y Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad y Accidente el beneficiario será el mismo Asegurado.

El Asegurado podrá modificar su designación de beneficiarios cuando lo estimen conveniente, a tal efecto deberá avisar a la Compañía por escrito.

La Compañía pagará válidamente a los beneficiarios correspondientes y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

Cláusula 9. Obligaciones del contratante

- a. Pagar la prima de la totalidad de Asegurados dentro de los plazos establecidos en el caso de que la modalidad de pago sea contributiva.
- b. Cumplir con la entrega de información para el registro de asegurados con la siguiente información:

- La lista de los nuevos ingresos al grupo asegurado, remitiendo las respectivas solicitudes de inclusión como Asegurados, en las que se deberá incluir el nombre completo, número y tipo de identificación del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, plan contratado y beneficiarios.
 - La lista de los Asegurados para los cuales el Contratante ha solicitado la baja definitiva del grupo asegurado y por ende la terminación de la cobertura para dichos Asegurados.
 - Colaborar con la Compañía con toda la información por ella requerida de forma veraz y oportuna.
- c. Cualquier otra obligación establecida en la presente póliza, salvo aquellas que por su naturaleza le correspondan al Asegurado.

Cláusula 10. Prohibiciones del contratante

- a. Evitar u obviar todo tipo de declaración que pueda ser vital para determinar la asegurabilidad de cada Asegurado.
- b. Obviar cualquier tipo de información para la evaluación de un siniestro.
- c. No pagar en su debido momento la cantidad de la prima con la que contribuye el grupo asegurado.
- d. Apropiarse del monto recibido en concepto de indemnizaciones o devoluciones de prima por parte de la Compañía y que pertenecen al Asegurado.

Cláusula 11. Obligaciones del asegurado

- a. Efectuar el pago de las primas correspondientes.
- b. Colaborar con la Compañía con toda la información por ella requerida de forma veraz y oportuna.
- c. Notificar a la Compañía y al Contratante la ocurrencia de los siniestros de la manera más inmediatamente posible.

Cláusula 12. Prima

La prima es el precio que le corresponde pagar al Contratante o Asegurado, según la modalidad de pago acordada entre ellos (contributiva o no) y es indicada en el certificado individual de cobertura de cada Asegurado, según el plan contratado para cada vigencia.

La prima podrá ser pagada según la periodicidad y medio de pago acordado con el Contratante o al establecido en el certificado individual de cobertura según la modalidad de pago, en caso no se pueda realizar el pago por dicho medio debido a condiciones ajenas al Asegurado, la Compañía podrá aceptar pagos por ventanilla, en efectivo, cheque o por cualquier otro medio aceptado por la Compañía.

En caso de renovación la prima será calculada según sea la probabilidad de ocurrencia de las coberturas que conforman la póliza, teniendo en cuenta los historiales estadísticos y actuariales de la población salvadoreña como la edad de los Asegurados.

Cláusula 13. Período de gracia

La Compañía otorga un (1) mes de gracia para el pago de la prima contado a partir de la fecha de iniciación del período convenido. Si durante el período de gracia ocurriere un siniestro, la prima vencida del Asegurado se deducirá de la indemnización.



Vencido el mes de gracia, los efectos de la póliza o la cobertura del Asegurado quedarán en suspenso; pero se dispondrá de tres (3) meses adicionales para rehabilitarlo, pagando las primas vencidas.

Al finalizar este último plazo, si no se gestiona la rehabilitación caducará automáticamente la póliza o la cobertura del Asegurado, como corresponda.

Cláusula 14. Vigencia

La póliza tiene una vigencia de (1) un año contado a partir de la fecha contratación, salvo se pacte otra cosa. Dadas las características de esta póliza, la vigencia de cada Asegurado figura en el certificado individual de cobertura y está sujeta al pago de la prima en tiempo y forma.

Cláusula 15. Terminación del seguro

Esta póliza terminará automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- a. Por solicitud del Contratante.
- b. Por no pago de la prima en las fechas estipuladas.
- c. Se dictamine la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en el Código de Comercio art.1370.

La cobertura para cada Asegurado terminará automáticamente cuando ocurra alguna de las siguientes situaciones:

- a. El fallecimiento del Asegurado.
- b. Por solicitud del Asegurado.
- c. Por no pago de la prima en las fechas estipuladas.
- d. Se dictamine la declaración falsa o inexacta de acuerdo con lo establecido en el Código de Comercio art.1370.
- e. El Asegurado cumpla setenta (70) años.
- f. Al vencimiento del plazo de vigencia pactado, cuando la Compañía le haya comunicado la no renovación del aseguramiento individual, con al menos 30 días de anticipación a la fecha de finalización de la vigencia inicial o sus renovaciones.

En caso de que el seguro sea cancelado a solicitud del Contratante o el Asegurado solicite la cancelación de su cobertura, durante los primeros treinta (30) días posteriores a la emisión de la póliza, siempre y cuando no haya acaecido el evento objeto de cobertura, se le devolverá el cien por ciento (100%) de las primas que haya pagado. Si la cancelación se produce posterior a dicho período y el seguro se está pagando de forma mensual, las primas se considerarán totalmente devengadas y no procede devolución alguna, exceptuando los casos en que se cobraran primas en fecha posterior a la cancelación, en cuyo caso se devolverá el excedente cobrado. Si se realizó el pago total de la prima de forma adelantada y el Contratante o Asegurado solicita la cancelación del seguro, dentro del período de cobertura de la póliza, únicamente procederá la devolución de las primas no devengadas. Cuando corresponda la devolución de primas no devengadas, la misma se hará dentro de los treinta (30) días siguientes a la cancelación y será efectiva al Contratante quien tendrá la obligación de devolverlas al Asegurado, si así corresponde.

Cláusula 16. Siniestros cubiertos

Esta póliza operará sobre la base de la ocurrencia del siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por siniestros ocurridos durante el período de vigencia de la póliza, aún si el reclamo se presenta después de terminada dicha vigencia

Cláusula 17. Presentación de siniestros

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el beneficiario deberá presentar a la Compañía los requisitos para el trámite correspondiente. La Compañía, revisará que los requisitos estén completos con el fin de que se proceda con el análisis respectivo.

Cuando la Compañía revise la información presentada y detecte la falta de requisitos para la presentación de un reclamo, comunicará el requerimiento al beneficiario en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles.

El beneficiario tendrá quince (15) días a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente todos los requisitos que se establecen a continuación.

General:

- Formulario de reclamación suministrado por la Compañía.
- Copia de documento único de identidad del Asegurado y/o carné de residente, en su defecto se deberá presentar partida de nacimiento original.

En caso de fallecimiento:

- Original y copia de acta de defunción, en caso de que el fallecimiento ocurra fuera de la República de El Salvador se deberá aportar el acta de defunción certificada y legalizada por el consulado correspondiente.
- Certificación con los sellos originales de la autoridad competente, donde se indique la causa de la muerte.
- Documentación complementaria si fuere aplicable, tales como parte de tránsito, de la policía o del juzgado competente.
- Copia de documento único de identidad del beneficiario, si es un menor de edad original de la partida de nacimiento.
- Cualquier otro documento que la Compañía considere necesario.

En caso de invalidez total y permanente o desmembramiento accidental:

- Original y copia del dictamen médico decretándose la Invalidez Total y Permanente o el desmembramiento accidental del Asegurado, donde se indique claramente la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado; y que este quedará incapacitado de desempeñarse en trabajos de cualquier índole con fines remunerativos o lucrativos.
- Parte policial en caso de accidente de tránsito.
- Original del dictamen de invalidez emitido por el Médico tratante.

En caso de renta diaria por hospitalización por enfermedad o accidente:



- Original y copia de la factura pagada a la clínica u hospital donde fue hospitalizado el Asegurado, este requerimiento no aplicara en caso de que haya sido hospitalizado en hospitales nacionales o del seguro social.
- Original y copia de la orden de hospitalización del médico tratante, donde se aprecie claramente el nombre, el número de identificación del paciente y la razón de la hospitalización, igualmente la fecha, el nombre, la dirección y el teléfono del médico que la expidió.

La Compañía podrá solicitar cualquier otro documento o prueba de pérdida que requiera para comprobar la ocurrencia del siniestro.

Cláusula 18. Moneda

Todos los valores de la póliza se expresan en dólares de los Estados Unidos de América.

Cláusula 19. Prescripción

Las obligaciones de la Compañía prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. En caso de terceros beneficiarios se necesitará que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor y en todo caso se aplicará la prescripción extraordinaria establecida en el artículo 1384 del Código de Comercio.

Cláusula 20. Notificaciones

Las comunicaciones relacionadas con esta póliza serán remitidas por la Compañía al Contratante o al Asegurado a la dirección señalada por él en el certificado individual de cobertura o a la última recibida por la Compañía. El Asegurado deberá reportar a la Compañía el cambio de dirección; de lo contrario, se tendrá por correcta para todos los efectos la última dirección reportada.

Además, el Asegurado deberá notificar inmediatamente a la Compañía cualquier cambio en su empleo, ocupación, deberes u otras actividades que puedan resultar en una mayor probabilidad de ocurrencia del siniestro.

Sin perjuicio de lo que establece la presente póliza para que surta efecto la presentación de reclamos y las demás comunicaciones del Asegurado a la Compañía deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas principales.

Cláusula 21. Omisión y/o inexactitud

La reticencia o falsedad intencional en que incurra el Contratante, Asegurado o beneficiario, con dolo o culpa grave, rescindiré la póliza o la cobertura del Asegurado, sujeto a lo que establece el artículo 1370 del Código de Comercio, siempre que esa circunstancia haya influido en la aceptación del riesgo o bien en la ocurrencia y valoración del siniestro. Para los casos en que la omisión, y/o inexactitud, se descubra en una póliza ya emitida, donde haya mediado pago de prima total, la Compañía devolverá únicamente el monto de las primas no devengadas. Si el pago de la prima es mensual, las primas pagadas se darán por devengadas y no procederá su devolución.

Cláusula 22. Certificado individual de cobertura

La Compañía emitirá un certificado individual de cobertura que el Contratante entregará al



Asegurado como constancia de ingreso al seguro, indicando la fecha de inicio y el plan contratado.

El certificado individual de cobertura estará en vigor y la cobertura podrá ser reclamada únicamente cuando esté incluido en el listado de Asegurados que el Contratante enviará periódicamente a la Compañía. La Compañía no será responsable por cualquier reclamo referente a un certificado individual de cobertura que no haya sido incluido por el Contratante en el listado de Asegurados.

Cláusula 23. Otros seguros

Un misma persona podrá estar asegurada en hasta un máximo de cinco (5) pólizas de este seguro, por lo que, será el máximo de responsabilidad por parte de la Compañía. En caso de que se determine que el Asegurado está cubierto bajo un número de pólizas que superen dicho límite, la Compañía devolverá íntegramente el monto que haya pagado el Asegurado por concepto de primas bajo las pólizas que no tendrán efecto.

Cláusula 24. Traspaso

La Compañía no reconocerá traspaso o cesión alguna que de sus derechos que sobre el seguro haga el Asegurado.

Cláusula 25. Derecho de retracto

El Asegurado tendrá la facultad de dejar sin efecto su cobertura, sin necesidad de justificar su decisión y sin penalización alguna, siempre y cuando no haya transcurrido el plazo de ocho (8) días, o que haya hecho uso de las coberturas contratadas, en tal caso la Compañía procederá a realizar la devolución de las primas pagadas.

Cláusula 26. Derecho a desistir del contrato

El Contratante podrá desistir del contrato en el plazo de los treinta (30) días siguientes a aquél en que recibiere la póliza, si no concordare con los términos convenidos.

La Compañía procederá con la devolución de la prima pagada. En este caso el seguro se considerará anulado desde de la fecha de comienzo de este y la Compañía no será responsable por ningún siniestro ocurrido con anterioridad a la devolución.

Cláusula 27. Procedimiento conciliatorio

El procedimiento conciliatorio deberá llevarse a cabo de acuerdo con lo establecido en los artículos 99 al 106 de la Ley de Sociedades de Seguros.

Cláusula 28. Legislación aplicable

Esta póliza será regulada e interpretada de acuerdo con las leyes de la República de El Salvador.



2513-5000
www.promerica.com.sv

