

[REDACTED], con vencimiento el día [REDACTED]
[REDACTED] en mi calidad de Apoderado General Administrativo y Judicial con Clausulas Especiales de **Aseguradora Vivir, Sociedad Anónima, Seguros de Personas**, que puede abreviarse **Aseguradora Vivir, S.A., Seguros de Personas**, sociedad de nacionalidad salvadoreña, del domicilio de la ciudad y departamento de San Salvador, con Número de Identificación Tributaria cero seis uno cuatro – dos dos uno dos nueve nueve – uno cero uno- seis; calidad que compruebo por medio de: **I)** Escritura Pública de constitución de sociedad escindida, otorgada en la ciudad de San Salvador, a las doce horas del día veintidós de diciembre del año mil novecientos noventa y nueve, ante los oficios del notario Roberto Alvergue Vides, inscrita en el Registro de Comercio al número Diecinueve del Libro Un Mil Cuatrocientos Noventa, del Registro de Sociedades, y de la que consta que su denominación original era Compañía Mundial de Seguros, Sociedad Anónima; **II)** Escritura Pública otorgada en la ciudad de San Salvador, a las diez horas del día veintiocho de junio del año dos mil uno, ante los oficios del notario Roberto Alvergue Vides, inscrita en el Registro de Comercio al número Cuarenta y Uno del Libro Un Mil Seiscientos Veintiocho del Registro de Sociedades, de la que consta que se modificó y aumentó el capital social a diez millones de colones, equivalentes a un millón ciento cuarenta y dos mil ochocientos cincuenta y siete punto catorce dólares de los Estados Unidos de América; **III)** Escritura Pública otorgada en la ciudad de San Salvador, a las diez horas del día doce de mayo del año dos mil tres, ante los oficios del notario José Domingo Méndez, inscrita en el Registro de Comercio al número Treinta y Tres del Libro Un Mil Ochocientos Nueve del Registro de Sociedades, de la que consta que se modificaron las cláusulas primera, segunda, tercera, quinta, sexta, novena, décima, décima primera, décima segunda, décima sexta, décima novena, vigésima, vigésima primera, vigésima segunda, vigésima quinta, vigésima séptima, vigésima octava, trigésima, trigésima tercera, y trigésima sexta, y se incorporó íntegramente las cláusulas que rigen a la sociedad, habiéndose cambiado la denominación social a Seguros de Occidente, Sociedad Anónima, Seguros de Personas; **IV)** Escritura Publica otorgada en la ciudad de San Salvador, a las ocho horas del día diez de junio del año dos mil siete, ante los oficios del notario Roberto Enrique Hernández Valencia, inscrita en el Registro de Comercio al número Veintisiete del Libro Dos mil Doscientos Treinta y Nueve del Registro de Sociedades, de la que consta que se cambió la denominación de la sociedad a

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

Aseguradora Mundial, S.A., Seguros de Personas; **V)** Escritura Publica otorgada en la ciudad de Panamá, república de Panamá, a las ocho horas del día cuatro de junio del año dos mil ocho, ante los oficios del notario Mario Antonio Ayala Elías, inscrita en el Registro de Comercio al número Cincuenta del Libro Dos Mil Trescientos Treinta y Siete del Registro de Sociedades, de la que consta que se modificó y aumentó el capital de la sociedad a once millones novecientos cuarenta y siete mil quinientos colones, equivalentes a un millón trescientos sesenta y cinco mil cuatrocientos veintiocho dólares de Los Estados Unidos de América con quinientas setenta y un mil cuatrocientas veintiocho millonésimas de dólar de Los Estados Unidos de América; **VI)** Escritura Pública otorgada en la ciudad de Panamá república de Panamá, a las catorce horas del día veintidós de enero del año dos mil nueve, ante los oficios del notario Mario Antonio Ayala Elías, inscrita en el Registro de Comercio al número Cuarenta del Libro Dos mil Trescientos Noventa y Dos del Registro de Sociedades, de la que consta que se modificaron las cláusulas quinta, decima quinta, vigésima tercera, vigésima quinta, vigésima séptima, vigésima octava, trigésima, adicionar como cláusula trigésima primera la que se referirá a administración directa, modificando la numeración correlativa del resto de cláusulas en una más, constando que se aumentó el capital de la sociedad por lo que ahora es de tres millones noventa y tres mil trescientos sesenta y dos dólares de Los Estados Unidos de América; **VII)** Escritura Pública otorgada en la ciudad de San Salvador, a las once horas del día cuatro de enero del año dos mil once, ante los oficios del notario Benjamín Valdez Iraheta, inscrita en el Registro de Comercio al número Diez del Libro Dos mil Seiscientos Setenta y Ocho del Registro de Sociedades, de la que consta que se modificó nuevamente el pacto social e incorporó el texto íntegro del mismo, y que su denominación cambio a Aseguradora Vivir, Sociedad Anónima, Seguros de Personas; también se acordó cambiar el domicilio de la sociedad a la ciudad de Antiguo Cuscatlán, departamento de La Libertad, y modificar el resto de cláusulas adecuándolos a los intereses de los accionistas; **VIII)** Escritura Publica otorgada en la ciudad de San Salvador, a las dieciséis horas del día veinticuatro de junio del año dos mil quince, ante los oficios de la notario María Daisy Yanira Martínez Alas, inscrita en el Registro de Comercio al número Cuarenta y Tres del Libro Tres mil Cuatrocientos Cincuenta y Tres, del Registro de Sociedades, en la que se modificó el pacto social y se reunió íntegramente las cláusulas que actualmente rigen a la sociedad; y de la que consta que su naturaleza, nacionalidad, denominación y domicilio son como se ha expresado; que su plazo es

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

por tiempo indeterminado; que dentro de su finalidad se encuentra el otorgamiento de actos como el presente; que la administración y dirección de la sociedad está confiada a una Junta Directiva, integrada por siete directores propietarios y hasta siete directores suplentes, quienes duraran en su cargos dos años, pudiendo ser reelectos; que la representación judicial y extrajudicial de la sociedad y uso de la firma social corresponden al Director Presidente y al Director Secretario, conjunta o separadamente, quienes previo acuerdo general o especial de la Junta Directiva, pueden otorgar poderes generales o especiales; **IX)** Escritura Pública otorgada en la ciudad de San Salvador, a las ocho horas y treinta minutos del día veinticinco de agosto del año dos mil dieciséis, ante los oficios del notario Francis Antonio Ibañez Eguizabal, inscrita en el Registro de Comercio al número Setenta y Siete del Libro Tres Mil Seiscientos Treinta y Siete del Registro de Sociedades, de la que consta que se aumentó el capital de la sociedad, por lo que su capital social actual es de cinco millones de dólares de Los Estados Unidos de América; **X)** Poder General Administrativo y Judicial con Clausulas Especiales, otorgado en la ciudad de San Salvador, a las doce horas del día diecisiete de noviembre del año dos mil dieciséis, ante los oficios del notario Eduardo Ernesto Telles Suvillaga, inscrito en el Registro de Comercio, al número Tres del Libro Un Mil Setecientos Ochenta y Nueve del Registro de Otros Contratos Mercantiles, y rectificado según inscripción del Registro de Comercio, Treinta y Ocho del Libro Un Mil Setecientos Ochenta y Nueve del Registro de Otros Contratos Mercantiles; y de la que consta que el señor José Carlos Zablah Larin, en su calidad de Director Presidente de Aseguradora Vivir, Sociedad Anónima, Seguros de Personas, otorgó a mi favor Poder General Administrativo y Judicial con Clausulas Especiales, con facultades suficientes para otorgar actos como el presente. En dicho poder el notario autorizante dio fe de la existencia legal de la sociedad y de la personería de quien lo otorgo; que en adelante se llamará "La Aseguradora". Al mencionarse la palabra Dólares en el presente instrumento, deberá entenderse que se refiere a DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA. Y con base en los artículos 22 literal b) y 119 de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP), convenimos en celebrar el presente **Contrato de Seguro Colectivo Médico-Hospitalario para los empleados de la UTE**, conforme a las cláusulas siguientes:

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

CLAUSULA UNO: OBJETO DEL CONTRATO

El presente contrato tiene por objeto, regular las obligaciones y derechos que tendrán la UTE y LA ASEGURADORA, en la prestación del servicio de Seguro Colectivo Médico Hospitalario, que La ASEGURADORA se compromete a proporcionar a los empleados activos de la UTE, con la finalidad de brindar bienestar y seguridad a los referidos empleados.

CLAUSULA DOS: COBERTURA DEL SERVICIO

CONDICIONES GENERALES

Póliza GMG 1-35-293

Seguros

PRIMERA: Constitución del Contrato: Forman parte de este Contrato: La Solicitud del Contratante, las Solicitudes Individuales de cada uno de los miembros del Grupo Asegurado, el Registro de Asegurados, las Condiciones Generales de la Póliza, las Condiciones Particulares de las coberturas adicionales, si los hubiera, y los endosos que se emitan simultáneamente con la Póliza o posteriormente se agreguen, previa aceptación del Contratante, y Asegurador Vivir, S.A., Seguros de Personas, en adelante denominada "La Compañía". Al recibo de esta Póliza, el Contratante debe cerciorarse que concuerda con la solicitud presentada a La Compañía. Si dentro de los quince días siguientes de recibir el documento, el Contratante no solicita ninguna rectificación de la Póliza, ésta se entenderá por aceptada en todos sus términos.

SEGUNDA: Edad de las personas elegibles para el Seguro: Las edades de las personas que formarán parte del Grupo Asegurado bajo esta Póliza deberán estar comprendida entre los 18 y los 64 años de edad.

TERCERA: Familiares dependientes elegibles para formar parte del Seguro: Podrán ser consideradas las personas que a continuación se detallan:

- a) El cónyuge legítimo o compañero(a) de vida que pueda probar su condición como tal.
- b) Los hijos solteros, hijastros o hijos adoptados no menores de diez (10) días de nacidos, hasta los 25 años de edad siempre y cuando vivan en el hogar del Asegurado Principal, sean estudiantes a tiempo completo y dependan económicamente del Asegurado.

No serán considerados como dependientes elegibles aquellos hijos que a la fecha del Seguro se conviertan en padres, aunque no se encuentren legalmente casados o acompañados. Asimismo, no se consideran dependientes elegibles los padres del Asegurado Principal.

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

CUARTA: Fecha efectiva del Seguro para los Dependientes: La Vigencia del Seguro de los dependientes quedará sujeta a las siguientes condiciones:

- a) Si el Asegurado Principal inscribe uno o más dependientes en la misma fecha en que él mismo se incorpore al Seguro, la fecha efectiva del Seguro será para todos la que la Compañía indique y notifique por escrito.
- b) Si el Asegurado Principal inscribe a uno ó más dependientes después de la fecha efectiva en que él mismo se incorporó al Seguro, la fecha efectiva del Seguro para sus dependientes será la que La Compañía indique y notifique por escrito al Asegurado.

QUINTA: Descripción de Cobertura: Si durante la vigencia de esta Póliza y como consecuencia directa de un accidente o enfermedad el Asegurado incurriera en cualquiera de los gastos especificados en la Cláusula "Gastos Médicos Cubiertos" y en alguno de los Anexos Particulares, La Compañía reembolsará, sobre la base del Cuadro de Beneficios, el costo de los mismos hasta por la suma asegurada máxima de esta cobertura, ajustándolo previamente a las limitaciones y las cantidades a cargo del Asegurado por concepto de deducible y coaseguro.

SEXTA: Accidente cubierto: Es toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el Asegurado causada directamente por hechos externos, violentos, fortuitos e imprevistos o por actos no intencionales que ocurran mientras se encuentre en vigor la cobertura a su favor y que no sean consecuencia de accidentes ocurridos con anterioridad. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente se considerarán como un solo evento.

SEPTIMA: Enfermedad cubierta: Es toda alteración de la salud que no sea Originada por un accidente o a consecuencia de éste, mientras se encuentre en vigor la cobertura y cuyo origen no sea resultado de una enfermedad anterior al ingreso del Asegurado o alguno de sus dependientes a la Póliza.

OCTAVA: Gastos médicos cubiertos: La Póliza cubre los gastos Médico-hospitalarios que sean calificados como justos, razonables y acostumbrados para cada tratamiento Que el Asegurado o sus dependientes efectúen con motivo de enfermedad o accidente cubierto, originados durante la vigencia del Seguro. La cobertura comprende los siguientes gastos:

- 1- Servicios de hospital, representados por el costo de la habitación y alimentos consumidos por el Asegurado o sus dependientes de acuerdo al valor reflejado en el Cuadro de Beneficios.
- 2- Honorarios de médicos y cirujanos, de su asistente y anestesista, en casos necesarios, autorizados para el ejercicio de la profesión por servicios prestados al Asegurado o sus dependientes, mientras éste se encuentre recibiendo asistencia en un hospital, clínica, según sea el caso, como consecuencia de enfermedades o accidentes cubiertas en la Póliza; siempre y cuando los médicos no sean familiares del Asegurado o sus dependientes. Los Gastos por servicios médicos quirúrgicos cubiertos por ésta Póliza estarán sujetos a reembolso, hasta por

el monto considerados por la COMPAÑÍA como Justos, Razonables y Acostumbrados y sin exceder de los límites de la Póliza, según se indica:

- (a) Cuando se efectúe una sola intervención se pagará según el pago que corresponda a la que haya sido efectuada.
- (b) Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión: se pagará según lo que corresponde a aquella de las intervenciones efectuadas indicada con la de mayor cantidad.
- (c) Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas en el mismo acto quirúrgico y en distinto campo operatorio, el pago corresponderá a aquella de las intervenciones quirúrgicas efectuadas con la mayor cantidad, más el 50% correspondiente a cada una de las demás intervenciones efectuadas.
- (d) Si hubiere necesidad de una nueva intervención y la misma se practicare dentro de las 24 horas siguientes a la conclusión de la primera, ambas se considerarán como una sola. Si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.
- (e) Por honorarios del anestesista en cada intervención quirúrgica, la COMPAÑÍA pagará los aranceles justos, razonables y acostumbrados.
- (f) Por honorarios de ayudantía se reconocerá hasta el 50% del cobro del médico principal, siempre y cuando su presencia dentro de la intervención quirúrgica sea médicamente necesaria.
- (g) Para tratamiento no quirúrgico se reembolsará los honorarios médicos por visita al hospital, a razón de una visita diaria.

Quedará a criterio de La Compañía la evaluación del número de visitas, según se requiera por la dificultad del caso.

- 3- Servicios de sala de operación y cuidados intensivos; salas de curación; sala de pequeñas cirugías y recuperación.
- 4- Salas de emergencia; se cubrirán los gastos por accidentes y/o enfermedad cubiertos en la Póliza, siempre y cuando el tratamiento sea atendido dentro de las 24 horas después de ocurrido el accidente y/o enfermedad y que el mismo no puede ser tratado como consulta externa. No se cubrirán como emergencia, el importe de aquellos medicamentos que se entreguen al Asegurado o sus dependientes para continuar su tratamiento ambulatorio, en exceso de los que le fueron administrados en el hospital.
- 5- Medicamentos que sean necesarios para el tratamiento, prescritos por el médico tratante, siempre y cuando el Asegurado o sus dependientes los adquiera en una farmacia autorizada para la *venta* de tales medicinas y cuando se acompañe la factura legalmente aceptada, con la receta correspondiente.

- 6- Tratamientos suministrados por radiólogos y exámenes de laboratorio hechos para diagnóstico o tratamiento relacionado con la enfermedad e indicados por el médico Tratante por sintomatología previa, tales como exámenes de rayos X, pruebas microscópicas, pruebas de laboratorio; electrocardiogramas, encefalogramas, monitoreo de Holter.
- 7- Servicio de ambulancia terrestre o aérea, debidamente autorizadas, dentro del país en que ocurra el accidente o enfermedad, para transportar al Asegurado o sus dependientes desde el lugar donde se encuentre hacia un Hospital local, cuando éste servicio sea necesario por la gravedad de la enfermedad o accidente hasta por el límite máximo establecido en las Condiciones Generales. Se excluye el servicio de ambulancia en casos de Maternidad.
- 8- Atención suministrada por servicios profesionales privados brindados por una enfermera profesional graduada, colegiada, que no tenga ningún grado de parentesco con el Asegurado o sus dependientes, que no resida en la misma casa de habitación y cuyo servicio haya sido indicado por el médico tratante debido a que el caso estrictamente lo amerite a causa de imposibilidad del Asegurado o sus dependientes de valerse por sí mismo, hasta por un período de tres (3) días. Pasados los tres días, si persiste la necesidad de continuar con los servicios de enfermera; deberá presentarse a La Compañía la prescripción médica para la revisión y aprobación de la COMPAÑIA, En ningún caso la COMPAÑIA cubrirá gastos derivados por este servicio cuando él mismo se indique para cuidados post parto, cuidados de recién nacidos en su casa de habitación o cuarto de hospital, servicios de acompañamiento y en los casos que el estado general del paciente no lo amerite.
- 9- Suministros de lo Indicado a continuación, proporcionado por un establecimiento legalmente autorizado: a) Transfusiones de sangre, plasma, sueros; b) Consumo de oxígeno, terapia respiratoria y nebulizaciones; c) Aparatos de yeso, suministro de bragueros, entablillados, abrazaderas u otros aparatos ortopédicos; d) Alquiler de muletas, sillas de ruedas, cama especial de hospital para enfermo; e) Alquiler de órganos mecánicos como pulmón artificial, necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria.
- 10- Tratamientos de terapias especiales si fueren necesarias con rayos láser o cualquier otro equipo de similares características, de servicio de radioterapia, sano-terapia, crioterapia, fotocoagulación láser de retina, terapia de inhalación; y, tratamientos de quimioterapia, laparoscopia, criocirugía, de acuerdo con la prescripción del médico tratante y relacionadas con el diagnóstico siempre y cuando no sean brindadas por un familiar o resida en casa del Asegurado o sus dependientes y que resida en su misma casa de habitación. El número de terapias cubiertas serán las razonables y justificadas, quedando sujetos a evaluación de la COMPAÑIA, y cuando la COMPAÑIA lo considere necesario, se someterá a una segunda opinión médica. El costo de ésta correrá a

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

- 11- Gastos por aparatos ortopédicos, prótesis, miembros y ojos artificiales como consecuencia de Accidente y/o enfermedad cubierto y ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, se deberá comprobar a satisfacción de la COMPAÑIA que el evento y/o sus síntomas, diagnóstico y apareamiento han ocurrido dentro del período de vigencia de la Póliza.
- 12- Servicios médicos para cirugía y otra atención médica por tratamientos dentales, únicamente por causa de accidente y que ocasionen la pérdida de dientes naturales sanos y dislocación o fractura de la mandíbula, sufridas a través de medios externos e inesperados, y tratados dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente que dio origen; siempre y cuando: a) el Asegurado o sus dependientes hayan estado cubiertos por ésta Póliza en la fecha de dicho accidente; b) el tratamiento del reemplazo de los dientes naturales se realiza dentro del período de la Póliza; c) el tratamiento sea realizado por un médico dentista o cirujano dental autorizado para ejercer la profesión. La COMPAÑIA se reserva el derecho de someter el diagnóstico a una segunda opinión médica:
asumiendo el costo de la misma.
- 13- Leche medicada en un infante siempre y cuando presente síntomas gastrointestinales con síndrome diarreico y sea suspendida médicamente la leche, únicamente en los casos de hospitalización.
- 14- Cirugía reconstructiva, no estética, se cubrirá cuando la intervención se realice a consecuencia de un accidente amparado y ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, mientras el Asegurado o sus dependientes tengan cobertura y que se traten a más tardar dentro de los seis meses después de tal accidente. El Asegurado deberá notificar y comprobar a la COMPAÑIA, que dicho tratamiento es estrictamente necesario y realizado por un cirujano autorizado para ejercer la profesión. La COMPAÑIA se reserva el derecho de someter el diagnóstico a una segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.
- 15- Tratamiento médico y/o quirúrgico de nariz, estará amparado por accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza.
- 16- Hemodiálisis o Diálisis peritoneal.
- 17- Prostatectomía efectuada antes que se haya cumplido los 65 años de edad.
- 18- Histerectomía, antes de que se haya cumplido los 55 años de edad, excepto en los casos de cáncer sin límite de edad. La COMPAÑIA se reserva el derecho de someter el diagnóstico a segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

- 19- Alergias únicamente cuando se produzcan por la ingestión de alimentos, medicinas o picaduras de animales.
- 20- Litotripsia por ultrasonido.
- 21- Cura de cataratas, siempre y cuando el Asegurado no sea mayor de 50 años de edad.
- 22- Tratamiento médico para trastornos nerviosos funcionales a cargo de psiquiatra calificado, siempre y cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado.
- 23- Zapatos ortopédicos, un par al año, siempre y cuando se justifique que los mismos sean necesariamente requeridos y que el gasto se acompañe con la prescripción médica del ortopeda. Solo se cubre el costo de los zapatos.
- 24- Vitaminas que tengan relación directa con el tratamiento de una enfermedad.
- 25- Cura de hernias de cualquier tipo.
- 26- Citologías, únicamente las requeridas para verificar un diagnóstico.
- 27- Gastos por lesiones a consecuencia de la práctica de deportes siempre y cuando no sean a escala profesional y no se trate de los mencionados en los riesgos excluidos.
- 28- Circuncisiones solamente por prescripción médica, es decir, que se requiera por alguna patología.
- 29- Gastos por tratamiento de SIDA, 15% del máximo vitalicio, hasta un máximo de US\$50,000 después de aplicado el deducible correspondiente.
- 30- Trasplante de órganos como corazón, riñón, pulmón o hígado, estarán limitados hasta un 25% del Máximo Vitalicio, con máximo de US\$100,000 después de aplicado el deducible correspondiente. Todo trasplante estará sujeto a las siguientes condiciones:
- a) Los gastos deben ser médicamente necesarios;
 - b) El procedimiento no puede ser experimental o para investigación;
 - c) Los gastos del donante, los gastos de compra, transporte y preservación del órgano no están cubiertos;
 - d) Los gastos no pueden exceder el monto pactado en cada plan.

e) No se incluyen procedimientos autólogos.

31- Extracción de terceras molares impactadas.

NOVENA: Exclusiones:

A) Gastos no cubiertos: Aun cuando resulten a consecuencia de una enfermedad

o de un accidente, la Póliza en ninguna forma cubre los costos de los siguientes servicios:

1. Intentos de suicidios, lesiones o alteraciones de la salud originadas por actos autodestructivos, estando o no en el uso de sus facultades mentales.
2. Exámenes o chequeos médicos generales o específicos para la comprobación del estado de salud o que se aprovechen a efectuarse como consecuencia de una consulta por determinada enfermedad o accidente; o estudios de laboratorio o gabinete y tratamientos o curas en clínicas de reposo o convalecencia, de ancianos, en balnearios o en baños termales; curas en custodia, o período de cuarentena o de aislamiento.
3. Honorarios por servicios de interconsulta de médicos, excepto en los casos que sean evaluados y autorizados previamente por la COMPAÑIA. Esta exclusión no aplicará en casos de emergencias o ingresos hospitalarios, siempre y cuando el caso lo justifique.
4. Tratamientos médicos y quirúrgicos de cualquier tipo para corregir astigmatismo, presbiopía, hiper-metropía, miopía, estrabismo, queratoconos, queratoplastia, queratotomía radiada, queratomiulesis y cualquier procedimiento o corrección de los vicios de refracción o astigmatismo, y otros similares. Exámenes rutinarios de la vista y de los oídos, así como los costos de aparatos auditivos; anteojos, lentes de contacto y cualquier tipo de lentes y aros.
5. Servicios, materiales y tratamientos médicos y quirúrgicos que no sean científicamente reconocidos y aceptados por la ciencia médica como la quiropráctica, acupuntura, naturistas y homeopatía; o que se encuentren en experimentación, así como gastos que surjan de tratamiento o materiales cuyas necesidades médicas no hayan sido claramente definidas.
6. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos relacionados con enfermedades o accidentes preexistentes: Será toda enfermedad, lesión, condición o síntoma que el Asegurado o sus dependientes hayan tenido:

Advertencia médica. Consulta con un médico;

Tratamiento, servicios o suministros médicos; La recomendación de efectuarse exámenes para diagnóstico; Toma de drogas o medicinas recetadas o recomendadas y/o la presencia de síntomas los cuales normalmente causarían a una persona prudente

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

a visitar un médico para diagnóstico o tratamiento dentro de los doce (12) meses precedentes a la fecha de vigencia de este Seguro.

7. Enfermedades y tratamientos dentales, alveolar, gingival, máxilo-facial, salvo la curación necesaria en caso de accidentes cubierto por la Póliza, si los hubiere.
8. Todo aparato en sustitución o en apoyo a piezas, dientes postizos, coronas, incrustaciones, puentes, ortodoncia, endodoncia, y otros similares, excluyendo lo indicado en los Gastos cubiertos como consecuencia de accidente.
9. Cirugía Plástica, estética, reconstructiva o tratamiento cosmético a excepción de la cirugía reconstructiva para corregir lesiones o deformaciones producidas por un accidente según se regule en los Gastos Cubiertos, si lo hubiere.
10. Atención médica y hospitalaria para la madre por atención prenatal, embarazo y sus complicaciones, parto, puerperio y legrados de cualquier tipo, todo lo relacionado con Maternidad o embarazo. Tratamientos suministrados al recién nacido antes de salir del hospital.
11. Tratamiento de alcoholismo, tabaquismo, adicción a drogas o toxomanía.
12. Los tratamientos médicos o quirúrgicos para la fecundación in vitro (inseminación artificial); la esterilidad, control natal, modificación del sexo; restablecimiento de la fertilidad; impotencia, frigidez, tratamientos por transformaciones o mal funcionamiento sexual.
13. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas contra la calvicie, obesidad, bajo peso, acné en cualquiera de sus manifestaciones.
14. En ningún caso se pagarán gastos por: a) Tratamiento de cualquier autoterapia, incluyendo auto prescripción de medicinas; b) Medicinas de venta popular; c) Servicios, medicamentos, equipos o artefactos que no tengan relación con la enfermedad o no sean medicamentos necesarios para el tratamiento específico de la dolencia; d) Toda condición médica específicamente excluida por medio de endoso o enmienda; e) Cualquier gasto en

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

exceso de las cantidades razonables y de costumbre para el servicio en particular o suministro; f) Gastos por persona acompañante de un Asegurado sus dependientes mientras se encuentre hospitalizado.

15. Todo medicamento en forma de anticonceptivos, incluyendo jaleas, cremas y otros derivados; además de dispositivos Intrauterinos o diafragmas, medicamentos en experimentación; medicamentos no registrados en el Consejo Superior de Salud Pública, inmunizaciones a través de vacunas, y pruebas de alergias; medicamentos como vitaminas, minerales, reconstituyentes y leches, alimentos especiales para prevenir alergias.
16. Cualquier tratamiento o sus consecuencias, así como consultas derivados de los síntomas menopáusicos y andropáusicos.
17. En los casos en que la Póliza contemplara la Cobertura de Reembolso de Gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos fuera del área Centroamericana, y que ocurran durante los primeros cuatro meses de la vigencia de la Póliza quedarán excluidos, salvo que sean consecuencia de accidente y no existieren en el país medios de cualquier índole para su tratamiento.
18. Cualquier tratamiento médico y quirúrgico por enfermedad psiquiátrica o psicológica; trastornos mentales, trastornos de conducta, del lenguaje, del aprendizaje, cualesquiera sean sus manifestaciones, síntomas o consecuencias.
19. Tratamientos relacionados con el crecimiento, independientemente de las razones por las cuales hayan Sido Prescritos.
20. Tratamientos podiátricos, cuidado de los pies relacionados con callos, pie plano, arcos débiles, pies débiles o cualquier otra dolencia de los pies, cuidados de las uñas. Plantillas y/o los soportes.
21. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir xifosis, lordosis o escoliosis; todos los padecimientos propios de la columna vertebral excepto en casos de lesión accidental.
22. Honorarios médicos por visitas a domicilio no justificados.
23. Gastos por atención de emergencia hospitalaria que puede ser tratada como consulta externa.

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

24. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta Póliza.
25. Gastos por enfermedades o condiciones congénitas, excepto de los niños nacidos durante la vigencia de la Póliza siempre y cuando sus padres hayan estado inscritos en la Póliza los últimos once (11) meses.

Gastos excluidos: Quedan excluidos de este Contrato y en ninguna forma cubre los accidentes, enfermedades, padecimientos y lesiones causados por o derivados de:

1. Insurrección, invasión de guerra declarada o no, o guerra interna.
2. Revolución, rebelión, insurrección, levantamiento popular o militar.
3. Suspensión de garantías, paros laborales, huelgas o disturbios de carácter obrero, terrorismo. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.
4. Epidemias declaradas por la autoridad competente.
5. Servicio militar, autolesiones y tentativas de suicidio; delitos, duelos, riñas o cualquier actividad ilegal.
6. Pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo que sean organizadas por clubes o asociaciones autorizadas.
7. Participación del asegurado en carreras o muestras de velocidad, en cualquier tipo de vehículo, que no sean aprobadas previamente por la Policía Nacional Civil (PNC).
8. Lesiones sufridas por el Asegurado mientras participe o tome parte en eventos peligrosos, sean deportivos o no, profesionales o aficionados.
9. Por eventos o actividades peligrosas se entenderán, en cualquiera de sus formas, las siguientes: paracaidismo, buceo, esquí de cualquier tipo, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, artes marciales, boxeo, lucha, cacería, tiro, tauromaquia, equitación, esgrima, alpinismo, espeleología y otros que arriesguen la salud o vida de los Asegurados.
10. Aviación privada o militar en calidad de tripulante, pasajero o mecánico fuera de las líneas comerciales Autorizadas para el transporte regular de pasajeros.
11. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado o sus dependientes.

DECIMA: Omisiones o Declaraciones inexactas: El Contratante, el Asegurado y sus dependientes están obligados a declarar a La Compañía de acuerdo con los cuestionarios que ésta le proporcione, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas al momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a la Compañía para pedir la rescisión del Contrato, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro, quedando a favor de la misma la prima correspondiente al período del Seguro en curso en el momento en que se conozca el dolo o culpa grave.

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

Si el Asegurado o Contratante hubiere cometido inexactitud u omisión, sin dolo o culpa grave de su parte, estará obligado a hacerlo del conocimiento de La Compañía, tan pronto como adviertan esta circunstancia, bajo pena de que se les considere responsables de dolo.

Dado el aviso correspondiente por el Contratante, el Asegurado o sus dependientes de la inexactitud, la cobertura se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación, a menos que las partes convengan en aumentar las primas. Si el riesgo no fuera asegurable, el asegurador tendrá derecho para rescindir el Contrato.

Las condiciones preexistentes para nuevos Asegurados y sus dependientes, estarán sujetas a evaluación de cada caso. Se clasificarán en dos categorías:

Declaradas al llenar la solicitud de Seguro.

Condiciones preexistentes declaradas no están cubiertas por 12 meses a partir de la fecha de inscripción en la Póliza.

No declaradas al llenar la solicitud de Seguro

Las condiciones preexistentes no declaradas y conocidas por el solicitante, no tienen cobertura en ningún momento.

DECIMA PRIMERA: Modificaciones y notificaciones: Toda modificación, notificación o comunicación para que tenga validez deberá hacerse por escrito a la oficina principal de Aseguradora Vivir, S.A., Seguros de Personas, y por los funcionarios de La Compañía autorizados expresamente para ello. Los intermediarios no tienen facultad para recibir notificaciones o comunicaciones a nombre de La Compañía.

DECIMA SEGUNDA: Obligaciones del Contratante: El Contratante está obligado a solicitar la cobertura de este Seguro para todas aquellas personas que en la fecha de expedición de la Póliza reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurable. Asimismo, se obliga a solicitar la cobertura de este seguro para todas aquellas personas que con posterioridad reúnan dichas características, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ingresen a la Empresa Contratante.

Las personas que sean elegibles para formar parte del Grupo Asegurado y no deseen ser incluidas en la Póliza, deberán de comunicar por escrito a la Compañía su renuncia a la oportunidad de ser incluidos en la misma. Sin embargo, si posteriormente a los 30 días desean ser incorporados al Seguro, deberán presentar pruebas satisfactorias de asegurabilidad a su costa.

DECIMA TERCERA: Registro de Asegurados: Con base a los datos proporcionados por el Contratante, la Compañía elaborará un Registro de Asegurados para el período de Seguro en curso, que contendrá:

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

- a) Número de Póliza y de certificado. b) Nombre y edad de los Asegurados.
- c) Fecha de inicio y terminación del Seguro de cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada.
- d) Suma asegurada y prima que le corresponda a cada Asegurado.

En el registro se anotarán todos los movimientos que haya en el Grupo Asegurado de acuerdo con lo previsto en las Condiciones Generales del Contrato.

DECIMA CUARTA: Movimiento de Asegurados: El Contratante deberá reportar por escrito junto con el formulario proporcionado por la Compañía, los movimientos de altas y bajas, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que estas ocurran para el caso de inclusión y al día siguiente para las exclusiones.

Altas:

Si el alta del Asegurado o sus dependientes se efectúa dentro del periodo de tiempo mencionado en el párrafo anterior, la Cobertura se iniciará desde el momento en que la persona sea elegible para el Seguro en los términos pactados. En caso contrario, el inicio de la Cobertura quedará condicionado a la aceptación de parte de la Compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir.

Para el caso de matrimonios o nacimientos, si la Póliza ampara dependientes, se considerará como fecha de elegibilidad la del matrimonio por lo civil o del nacimiento según sea el caso, siempre y cuando se reporte la inclusión del nuevo dependiente de acuerdo a los términos mencionados en los párrafos anteriores.

En caso de una inclusión de un empleado Asegurado o dependiente durante la vigencia de la Póliza, la Compañía, cobrará prima correspondiente calculada en proporción, desde la fecha de ingreso hasta el próximo aniversario de la Póliza; para la inclusión del dependiente se cobrará prima adicional, solamente si el empleado estaba inscrito en la categoría empleado solo.

La Compañía inscribirá a las personas en un registro de Asegurados conforme a la hoja de afiliación del empleado Asegurado que formará parte del registro antes mencionado.

Bajas:

Causarán bajas de esta Póliza las personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, así como sus dependientes, los beneficios del Seguro

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

para estas personas cesarán desde el momento de la separación del mismo, excepto los siniestros que se encuentren pendientes de pago.

El Contratante deberá informarlo por escrito a la Compañía, según el tiempo estipulado para tales efectos.

En caso de baja de un empleado Asegurado durante la vigencia de la Póliza, la Compañía devolverá al Contratante la prima no devengada correspondiente de dicho Asegurado.

La Compañía procederá a cancelar las inscripciones que correspondan haciéndolo constar en el registro de cancelación que formarán parte del registro de Asegurados.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a este a reintegrar dicho pago a la Compañía.

DECIMA QUINTA: Renovación: Este Contrato podrá ser renovado por mutuo consentimiento de las partes por período de un año, y bajo las mismas Condiciones, previa solicitud escrita del Contratante y aceptación expresa de La Compañía dentro de los últimos treinta días de vigencia de cada período. La renovación podrá hacerse mientras el Grupo Asegurado, se encuentre integrado por lo menos con el 75% de las personas que reúnan las condiciones para formar parte del Grupo Asegurado y como mínimo por diez (10) personas.

La Compañía se reserva el derecho de efectuar modificaciones a los términos de este Contrato en la fecha de renovación del mismo.

DECIMA SEXTA: Edad: La Compañía no aceptará el ingreso a esta Póliza a personas mayores de 65 años de edad. En la Renovación, la cobertura del Seguro para las personas mayores de 65 años continuará en vigor con el 50% del Máximo Vitalicio hasta los 70 años de edad. Los hijos de los Asegurados que hayan alcanzado los 25 años de edad, serán automáticamente eliminados del Seguro de Gastos Médicos, el día último del mes anterior a su cumpleaños.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado y la prima pagada fuese inferior a la que corresponda realmente, la responsabilidad de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima correcta. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.

Si por error o dolo se inscribiere a personas mayores de 65 años, estas inscripciones no tendrán validez, quedando únicamente obligada La Compañía a devolver las primas cobradas por las mismas.

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

La Compañía en cualquier momento podrá pedir la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y sus dependientes.

DECIMA SEPTIMA: Prima: Las primas asignadas para el primer período de vigencia de esta Póliza son la suma correspondientes a cada uno de los Asegurados y sus Dependientes inscritos, de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, y vencen al inicio de cada nueva vigencia. Salvo pacto en contrario se entenderá que el período del Seguro es de un año.

En cada renovación la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados y sus Dependientes, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha. Esta modificación es independiente de aquella que tenga que realizarse por la siniestralidad total de la Póliza en cada año de vigencia o por otra causa que La Compañía decida.

El pago de la prima es anual, pero el Contratante en cualquier momento, mediante solicitud escrita podrá cambiar la forma de pago de acuerdo a las tarifas autorizadas de La Compañía. Esta forma de pago consistirá en un fraccionamiento de la prima anual y podrá ser trimestral, semestral o mensual y vencerán al inicio de cada período pactado.

El Contratante tendrá un mes de gracia para el pago de las primas, contado a partir de la fecha de iniciación del período convenido. Si durante el período de gracia ocurriere un siniestro, la prima vencida se deducirá de la indemnización.

Vencido el plazo señalado en el párrafo anterior, el Contratante dispondrá aún de tres meses más para rehabilitar el Seguro, mediante el pago de las primas vencidas, durante ese período los efectos del Contrato quedarán en suspenso. Al final de este último plazo, caducará automáticamente el Contrato sin que la Compañía tenga la obligación de notificarlo por escrito. Si durante los plazos de gracia, aumentare el riesgo, la Compañía podrá exigir judicialmente que se concluya el contrato.

DECIMA OCTAVA: Ajustes: En caso de alta o baja de Asegurados o Dependientes; o de aumento o disminución de beneficios, La Compañía cobrará o devolverá; según sea el caso, la prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta la fecha del vencimiento del Seguro.

DECIMA NOVENA: Cambio de Plan: Todo Contratante tendrá la oportunidad de cambiar los Beneficios de esta Póliza conforme a las siguientes estipulaciones:

- a) Para cambiar de un Plan de Beneficios Menores a uno de Beneficios Mayores, será necesario que todos los Asegurados Principales como sus familiares dependientes presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias a La Compañía, sin costo alguno para ellos.
- b) Para cambiar de un Plan de Beneficios Mayores a uno de Beneficios Menores, bastará con que el Contratante envíe una carta con el consentimiento de todos los Asegurados Principales y no será necesario presentar pruebas de asegurabilidad.

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

La Compañía de Seguro determinará la fecha en que entrarán en vigor los nuevos beneficios, para las opciones anteriores.

Sólo se podrán hacer cambios de Beneficios después de haber transcurrido 12 meses continuos de cobertura.

VIGESIMA: Aviso de Siniestro: Es obligación del Contratante dar aviso por escrito a La Compañía en el curso de los primeros cinco días de cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de Indemnización.

VIGESIMA PRIMERA: Pruebas: El reclamante presentará a su costo y satisfacción de La Compañía, además de los formularios de declaración que ésta le proporcione, todos los originales de los comprobantes de los gastos incurridos con los requerimientos fiscales exigidos por la ley, tales como: recibos con conceptos desglosados y las facturas con sus correspondientes recetas; así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente a comprobar cualquier hecho o situación de la cual derive para ella una obligación. la obstaculización por parte del Contratante y/o de los Asegurados para que se lleve a cabo esa comprobación liberará a La Compañía de cualquier obligación.

Los comprobantes de gastos deberán ser facturados a nombre del Asegurado, indicando el nombre de la persona que ha recibido los servicios médicos.

VIGESIMA SEGUNDA: Indemnizaciones: La Compañía pagará al Asegurado la indemnización que proceda, dentro de los 30 Días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

Todas las indemnizaciones cubiertas por este Contrato serán pagadas al Asegurado a través del Contratante de la Póliza.

VIGESIMA TERCERA: Beneficio de Reembolso: El monto de los gastos cubiertos se sujetará a los límites que por cada concepto se establece en el Anexo que forma parte de la Póliza. A este monto se descontará el deducible y el coaseguro correspondiente.

VIGESIMA CUARTA: Moneda: Todos los pagos relativos a este Contrato ya sean por parte del Contratante o de la Compañía se efectuarán en dólares de los estados Unidos de América.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las Condiciones de esta Póliza, serán reembolsados de acuerdo a la tasa de cambio libre bancario vigente al día de reembolso de los mismos.

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

VIGESIMA QUINTA: Otros Seguros (Coordinación de Beneficios): Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el cual el Asegurado principal o sus dependientes puedan estar cubiertos. Cuando algún Asegurado o sus dependientes estén cubiertos también por otras Pólizas que tengan las mismas coberturas que las del presente Contrato, los beneficios del mismo reducirán a una cantidad igual al complemento que resulte para que el pago total por las indemnizaciones conjuntas sea igual al 100% de los beneficios aquí estipulados. Si únicamente esta Póliza estipula la coordinación de beneficios, los beneficios serán pagaderos primeramente por todos los demás planes concurrentes. Si el Asegurado principal o sus dependientes gozan de beneficios similares a los aquí descritos e incurrir en gastos médicos, la forma de pago será como sigue:

- a) El plan que cubra al Asegurado como miembro de un Grupo Asegurado determinará sus beneficios, con prioridad a cualquier plan que cubra a dicha persona como asegurado principal o dependiente.
- b) El plan que cubra al Asegurado como dependiente de un miembro hombre, determinará sus beneficios antes que un plan que lo cubra como dependiente de un miembro mujer y en cualquier caso el que posea beneficios.
- c) Si de los dos anteriores incisos no se pudiere establecer un orden de prioridad, el plan que haya cubierto al Asegurado por más tiempo determinará los beneficios.

En caso de que los derechos o beneficios concurrentes sean provistos por una Póliza Individual de Seguro, el Seguro individual determinará los beneficios.

VIGESIMA SEXTA: Período de Beneficio: Después de la fecha de la erogación del primer gasto médico, el Asegurado y sus dependientes tendrán derecho al reembolso de los gastos médicos cubiertos relativos a la enfermedad o accidente ocurrido, siempre y cuando no se haya agotado su Máximo vitalicio.

VIGESIMA SEPTIMA: Terminación del Seguro: El Seguro de cualquier Asegurado principal quedará cancelado e invalidado por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Fallecimiento de su persona.
- b) Mora de 120 días en el pago de las primas.
- c) Despido por parte del Contratante.
- d) Retiro voluntario del Asegurado.
- e) Agotamiento total del Máximo Vitalicio (sin que haya sido solicitado por escrito su reinstalación).
- f) Cancelación de la Póliza por parte del Contratante.
- g) Falta de renovación de la Póliza.
- h) Al cumplir la edad máxima de seguro.

Para los familiares dependientes, el Seguro quedará terminado por cualquiera de las siguientes causas:

- a) Fallecimiento del Asegurado (empleado por el contratante).

- b) Cancelación de la Póliza por mora de 120 días en el pago de las primas.
- c) Despido del Asegurado por parte del Contratante.
- d) Retiro voluntario del Asegurado Principal de la Empresa Contratante.
- e) Agotamiento del Máximo Vitalicio contratado para el Asegurado.
- f) En la fecha que alguno de los hijos dependientes ya no cumpla con los requisitos establecidos por la Póliza para ser un familiar dependiente elegible.
- g) En la fecha que el Asegurado Principal notifique por escrito por medio del Contratante su deseo de retirar al dependiente del Seguro.
- h) Cancelación de la Póliza por parte del Contratante.
- i) Falta de renovación de la Póliza.

VIGESIMOCTAVA.- Definiciones:

1. "Contratante" se refiere a la Empresa para la cual laboran los asegurados cubiertos por la Póliza.
2. "Asegurado" se refiere a la persona que se encuentra laborando para el Contratante y que reúne las características para formar parte de la colectividad asegurable.
3. "Dependiente" se refiere al cónyuge o compañera de vida que pueda comprobar su estado como tal y los hijos Solteros, hijastros o hijos adoptados del Asegurado mayores de 10 días de nacidos y menores de 25 años, que sean estudiantes a tiempo completo y dependan económicamente del Asegurado
4. La frase "Gastos Médicos" se refiere a los gastos razonables, acostumbrados y necesarios por cuidados y servicios médicos que no están excluidos del pago de beneficios bajo esta Póliza, que son ordenados por un médico legalmente autorizado a ejercer la medicina y los cuales están descritos en la estipulación de inclusiones y exclusiones de esta Póliza.
5. La frase "Gasto Justo, Razonable y Acostumbrado" significará un gasto por atención médica debido a lesión o enfermedad, el cual se considere justo y hasta el límite acostumbrado, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad en que es suministrado cuando se comparen con tratamientos, servicios o abastecimientos, a individuos del mismo sexo, de edad e ingresos semejantes.
6. "Máximo Vitalicio" es la cantidad máxima de reembolso al que tendrá derecho una persona durante su vida.
7. "Deducible" es la cantidad que se resta de los Gastos Médicos elegibles, como se indica en el Cuadro de Seguro, que sean incurridos por un individuo Asegurado, y este se aplica de acuerdo a las siguientes condiciones:
 - a) Cuando los gastos son incurridos dentro del área centroamericana, el deducible se aplicará por persona y por "Año calendario".

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

- b) Cuando los gastos son incurridos fuera del área centroamericana, el deducible se aplicará por persona y por "Incapacidad" .
- c) Los deducibles por "Año calendario" y por "Incapacidad" no podrán ser combinados cuando existan gastos incurridos tanto dentro como fuera del área centroamericana, ni para complementar el faltante de alguno de ellos.
8. "Deducible Familiar": Es la suma de los deducibles individuales como máximo tres por núcleo familiar (Asegurado y familiares dependientes) incurridos en el mismo Año calendario.
9. "Coaseguro": Es el porcentaje a cargo de cada Asegurado, que aplica al monto total de gastos cubiertos, en exceso del deducible, para cada reclamación
10. "Límite de coaseguro": es la cantidad máxima de coaseguro que absorbe un Asegurado de acuerdo con las condiciones y montos indicados en el Cuadro de Seguro:
- a) Cuando los gastos son incurridos dentro del área centroamericana, el límite de coaseguro se aplicará por persona y por "Año calendario".
- b) Cuando los gastos son incurridos fuera del área centroamericana, el límite de coaseguro se aplicará por persona y por "incapacidad".
11. La frase "Área centroamericana" está conformada únicamente por los países de: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica.
12. "Incapacidad": Es como se denominará indistintamente una enfermedad o una lesión corporal por accidente, que Necesite tratamiento por un médico autorizado.
13. "Médico": Es como se designará al profesional autorizado por la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica para practicar y ejercer la medicina.
14. "Hospital": Es como se designará a una institución organizada de acuerdo a la ley, que cuente con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios ininterrumpidamente las veinticuatro horas del día a personas enfermas o lesionadas, bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras. Los asilos de ancianos, los hogares para convalecientes y enfermos crónicos, las curas de reposo y aquellos lugares donde se suministre tratamiento para alcohólicos y drogadictos, no se considerarán hospitales.
15. "Hospitalización": Es como se conocerá cuando una persona esté registrada como paciente en un hospital e incurra en un gasto diario por concepto de cuarto y alimentación.
16. "Consulta médica": Es la visita y tratamiento médico proporcionado en la clínica del médico a consecuencia de una incapacidad.
17. "Visita del médico": Es la atención y tratamiento médico, proporcionado en la casa del Asegurado principal o en un Centro Hospitalario.
18. "Servicios de Hospital": Se entenderá como los servicios o abastecimientos, suministrados al Asegurado o sus dependientes mientras permanezcan recluidos en el hospital, incluyendo los costos de sangre y plasma.

19. "Colectividad Asegurable": Son todos los miembros activos que reúnan las características establecidas en la carátula de esta Póliza para formar parte de la Colectividad Asegurada y en su caso, sus dependientes económicos.
20. "Colectividad Asegurada": Son todas las personas a que se refiere el párrafo anterior, que además hayan otorgado su consentimiento por escrito para incorporarse a esta Póliza.

VIGESIMA NOVENA: Operaciones electivas o programables: En el caso que un Asegurado o alguno de sus dependientes necesiten someterse a una operación quirúrgica, la cual se decida realizar en forma planificada y que no se considera una intervención de emergencia; deberá notificarlo a la COMPAÑÍA y si el caso lo amerita, presentar una segunda opinión del médico o los médicos que la COMPAÑÍA le indique, con el propósito principal que el Asegurado, tenga la seguridad de que la operación indicada por el médico que lo está tratando, es necesariamente requerida. Por otra parte, deberá solicitar y someter anticipadamente a consideración de la COMPAÑÍA el presupuesto estimado que comprenderá el detalle de los costos de cirujano, asistente, anestesista, días de internamiento hospitalario, entre otro, para conocer si los mismos están dentro de lo justos, razonables y acostumbrados para la intervención indicada y si la misma está cubierta conforme a las condiciones y términos de la Póliza. Asimismo, deberá adjuntar el informe del médico tratante y sus asistentes.

El costo de la segunda opinión médica será absorbido por la Compañía. Si luego de ésta, se comprueba la necesidad de la operación, la Compañía aprobará dicha intervención quirúrgica, y lo notificará por escrito al asegurado.

TRIGESIMA: Saldos Pendientes: En el caso de existir saldos pendientes a cargo de alguno de los Asegurados por la utilización del crédito hospitalario debido a emergencias u hospitalizaciones, en concepto de deducible, coaseguro o gastos no cubiertos, el Asegurado tendrá 30 días para cancelarlo, una vez haya sido notificado por la Compañía de Seguros a través de una carta por escrito. En caso de que la Compañía no reciba el pago en ese periodo, el Contratante se obliga a reintegrar dicho saldo pendiente para no afectar el crédito disponible en los diferentes Centros de Servicio Hospitalario.

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

Se estará además sujeto a los que dispone el Código de Comercio.

TRIGESIMA SEGUNDA: Competencia: Si las partes no llegaran a conciliar de conformidad al procedimiento establecido en los artículos 99 y siguientes de la Ley de Sociedades de Seguros, las partes deberán acudir ante los Tribunales de San Salvador, a cuya jurisdicción quedan expresamente sometidas.

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

En testimonio de lo cual, La Compañía firma las presentes Condiciones Generales en duplicado, siendo el original para el Contratante y el duplicado para los archivos de La Compañía, en la ciudad de San Salvador, a los veinticuatro días del mes de abril del año dos mil diecisiete.

TERMINOS Y CONDICIONES

TERMINOS Y CONDICIONES	
PERSONAL ASEGURADO	LIMITADA
Personal activo y al servicio de la Unidad Técnica Ejecutiva del Sector de Justicia (UTE), según nóminas adjuntas.	
SUMAS ASEGURADAS / Máximo vitalicio	
Suma asegurada / Máximo vitalicio (96 personas): US\$ 50,000.00 cada una	
LÍMITE GEOGRÁFICO	
Cobertura Centro Americana, incluyendo Belice y Panamá.	
COBERTURAS	
1.- Servicios de hospital que comprende el costo de habitación y alimentos consumidos.	
2.- Servicios de sala de operación , cuidados intermedios y cuidados intensivos.	
3.- Honorarios de médicos y cirujanos por servicios prestados en relación a una enfermedad o accidente, en un hospital, clínica o en su consultorio particular.	
4.- Aplicación de anestesia suministrada por médico o anestesista (indicar % máximo).	35% de los honorarios del cirujano principal
5.- Medicamentos necesarios para tratamientos.	
6.-Gastos de análisis de laboratorio, estudios de rayos x, isótopos radioactivos, de electro-cardiografía, encefalografía, tomografía axial computarizada, scan o cualquier otro, indispensable para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente, practicado en un hospital, clínica o laboratorio.	
7.- Transfusiones de sangre, plasma u otras sustancias semejantes.	
8.- Costo de aparatos de yeso, de prótesis u ortopedia, suministro de bragueros, entablillados, abrazaderas u otros aparatos ortopédicos indicados por médicos.	
9.- Gastos de consumo de oxígeno, terapias respiratorias y nebulizaciones.	

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

10.- Gastos por alquiler de muletas, sillas de ruedas, camas especiales para enfermos y otros aparatos semejantes; así como el alquiler de órganos mecánicos indicados por médicos.	
11.- Gastos por tratamientos de radio o terapias, radioterapias, fisioterapias, quimioterapias, rayos laser, criocirugía y cualquier otro avance tecnológico.	
12.- Aparatos de prótesis dental, ojos o miembros artificiales.	
13.- Gastos por transporte en ambulancias terrestre o aérea.	
14.- Honorarios de enfermera.	
15.- Tratamiento dental, alveolar, gingival originados por accidentes.	
16.- Tratamientos de fisioterapistas.	
17.- Extracciones de dientes, limpieza y obturaciones dentales.	Extracción de terceras molares impactadas hasta \$125 por pieza, en adición se incluye rayos X y medicamentos.
18.- Tratamiento de desórdenes mentales y nerviosos con o sin hospitalización.	Sin hospitalización, hasta un máximo de \$500.00
19.- Gastos por litotripsia por ultrasonido, imágenes por resonancia magnética y cirugía laparoscópica con o sin láser.	
20.- Tratamiento de alergias de cualquier tipo, incluyendo pruebas de alergia.	
21.- Gastos por circuncisiones por enfermedad.	
22.- Consulta general externa y por especialidades.	
23.- Gastos de cirugía plástica que resulte de lesiones o deformaciones producidas por accidente.	
24.- Prostatectomía e histerectomía sin limite de edad.	
25.- Lesiones derivadas de fenómenos de la naturaleza de carácter catastróficos.	
26.- Gastos por tratamiento de SIDA y sus complicaciones.	
27.- Vacunas preventivas sin limite de edad, y al 100%.	
28.- Exámenes con avances tecnológicos con fines de diagnóstico.	
29.- Tratamientos para varices.	A partir de grado 2-3 no aplica para casos estéticos.
30.- Tratamiento de epilepsia y sus complicaciones.	

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

31.- Cobertura para hernias de cualquier tipo.	
32.- Cobertura para trasplante de órganos mayores, tales como corazón, riñón, pulmón, hígado o médula ósea, etc.	
33.- Zapatos ortopédicos para hijos dependientes.	
34.- Cobertura de epidemias declaradas o no dentro de la República de El Salvador.	
35.- Vitaminas y complementos vitamínicos y minerales, sin límite de edad.	Que tengan relación directa con el tratamiento de una enfermedad cubierta.
36.- Cobertura para andropausia y menopausia, sin límite de edad.	
37.- Honorarios por ayudantía médica.	Previa autorización de la Aseguradora
38.- Esterilización para ambos sexos por prescripción médica.	
39.- Cobertura de aros y lentes (no estéticos), incluyendo la consulta oftalmológica.	no aplica
40.- Cirugías oftalmológicas, incluyendo para la corrección de vicios de refracción, Pterigión, Cataratas, sin límite de edad.	Cirugías oftalmológicas para corrección de vicios de refracción a partir de 5° dioptrías. Pterigión y Cataratas, sin límite de edad.
41.- Gastos ocasionados directa o indirectamente, total o parcialmente, por Terrorismo.	No gozarán de cobertura, aquellos eventos relacionados a hechos delictivos intencionales en los que participe activamente el asegurado.
42.- COBERTURA AUTOMÁTICA para el Grupo actualmente asegurado, sin restricciones ni limitaciones de ninguna clase ni naturaleza.	Se otorga un límite de \$4,000.00 para asegurado con certificado No. 42 según reporte de siniestralidad, para el diagnóstico específico de Neoplasia maligna de mama. Este límite aplica para los 9 meses de cobertura.

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

43.- Aceptación de las Pre-existencias para el Grupo actualmente asegurado.	Se otorga un límite de \$4,000.00 para asegurado con certificado No. 42 según reporte de siniestralidad, para el diagnóstico específico de Neoplasia maligna de mama. Este límite aplica para los 9 meses de cobertura.
44.- Eliminación de los Períodos de Espera para el Grupo actualmente asegurado.	
COBERTURAS ESPECIALES : EN CASO DE TENER ALGÚN COSTO ADICIONAL, DETALLARLO POR SEPARADO PARA CADA UNA Y POR PERSONA	
45.- Citología, una vez al año, únicamente para la Empleada Asegurada y la Cónyuge dependiente.	
46.- Examen de PSA, una vez al año, únicamente para el Empleado Asegurado y el Cónyuge dependiente, mayores de 40 años.	
47.- COBERTURA DE MATERNIDAD.	No aplica
48.- COBERTURA DENTAL COMPLETA.	No aplica
49.- RED DE PROVEEDORES en que el Asegurado pague sólo su Coaseguro al momento de hacer uso	
DEDUCIBLE AÑO PÓLIZA	
PORCENTAJE DE REEMBOLSO :	80%
Indicar % de reembolso de los gastos elegibles y el % de participación del asegurado	Porcentaje de reembolso del 80% de gastos elegibles y participación de 20% por parte del asegurado.
Indicar el monto máximo (US\$) del Coaseguro (Participación del Asegurado)	Hasta \$3,000.00 y un máximo de 3 por grupo familiar.
Prima a prorrata 275 días de cobertura - Empleado solo (US\$)	\$227.25
Prima a prorrata 275 días de cobertura - Total grupo asegurado (US\$)	\$21,816.00
Prima a prorrata 275 días de cobertura - Para agregar dependientes	\$675.00
Cobertura de maternidad Prima a prorrata 275 días de cobertura - Empleado solo (US\$)	No aplica

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

Cobertura de maternidad Prima a prorrata 275 días de cobertura - Total grupo asegurado (US\$)	No aplica
Cobertura Dental Prima a prorrata 275 días de cobertura - Empleado solo asegurado (US\$)	\$112.50
Cobertura Dental Prima a prorrata 275 días de cobertura - Total grupo asegurado (US\$)	\$10,800.00
FORMA DE PAGO DE LA PRIMA ANUAL	
Pago de prima a prorrata 275 días de cobertura mediante 9 cuotas mensuales sin recargos.	Mediante 9 cuotas mensuales y sucesivas desde 31 de marzo a 31 de Diciembre de 2017.
TERMINOS Y CONDICIONES	
EL vencimiento de la primera cuota deberá ser 31/marzo/17	
Realizar facturación según fuentes de financiamiento de acuerdo a nominas adjuntas	
INFORMACION ADICIONAL:	
1.Registro de siniestralidad de un (1) año	
2. Periodo de presentación de reclamos hasta por 12 meses	
3. Presentar oferta con Red y sin Red, e indicar costo por separado, si lo hubiere	Se presenta oferta única con Red. Co pago
4. otorgar cobertura para pre-existencias	Para nuevas inclusiones las preexistencias declaradas y aceptadas por la Compañía de seguros a través de endoso.
5. indicar la factibilidad del restablecimiento de la suma asegurada	50% de la reinstalación de suma asegurada A solicitud formal del Contratante, para cubrir eventos distintos a los que ocasionaron el agotamiento, aplica a la renovación de la póliza.
6. indicar el periodo para reembolso de reclamos	10 días hábiles.
7.- QUE LA COMPAÑÍA EXPRESE SU DISPOSICIÓN PARA SUSCRIBIR UNA PÓLIZA ADICIONAL BAJO LOS MISMOS TÉRMINOS, CONDICIONES Y	Para estos casos el pagador deberá ser la UTE. Preexistencias

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

<p>BENEFICIOS, PARA AMPA RAR EL GRUPO FAMILIAR DE LOS EMPLEADOS QUE ASÍ LO DESEEN, MEDIANTE PA GOS MENSUALES A CARGO DE CADA EMPLEADO COMO RESPONSABLE DE PAGO, INDICANDO COSTOS POR SEPARADO, ASÍ :</p> <p>A) UN DEPENDIENTE : B) DOS O MÁS DEPENDIENTES :</p>	<p>del grupo a asegurar, las declaradas y aceptadas por la Compañía de Seguros. Categorías a ofertar: Empleado solo y Empleado con Familia.</p>
<p>8.- QUE LA COMPAÑÍA EXPRESE SU DISPOSICIÓN DE PERMITIR QUE SI LA PERSONA DEJA DE LABORAR CON LA INSTITUCIÓN PUEDA CONTINUAR DE FORMA PARTICULAR CON LAS MISMAS CONDICIONES DEL SEGURO ADQUIRIDO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Privilegio de conversión, Los asegurados titulares que dejen de reunir las condiciones necesarias para seguir cubierto en los seguros colectivos, podrán optar a un seguro individual gozando de liberación de los períodos de espera, sujeto a evaluación y aceptación por parte de la Compañía. Será evaluado cada caso en particular.
<p>ADICIONES Y MEJORAS</p>	
<p>1. Cuarto y alimentación para el asegurado \$40.00</p>	
<p>2. Deducible \$60.00 aplica solo fuera de Red, hasta 3 por grupo familiar.</p>	
<p>3. Ambulancia Aérea hasta un máximo de \$10,000.00, previa coordinación con la Aseguradora</p>	
<p>2. Gastos por tratamiento de SIDA y sus complicaciones. Hasta por el 25% del Máximo Vitalicio.</p>	
<p>3. Cobertura para trasplante de órganos mayores, tales como corazón, riñón, pulmón, hígado o médula ósea, etc. Hasta el 100% del Máximo Vitalicio.</p>	
<p>4. Citología, una vez al año, únicamente para la Empleada Asegurada y la Cónyuge dependiente. Como chequeo Preventivo por reembolso, cubierto al 100%. Sin costo adicional en la prima.</p>	
<p>5. Examen de PSA, una vez al año, únicamente para el Empleado Asegurado y el Cónyuge dependiente, mayores de 40 años. Como chequeo Preventivo por reembolso, cubierto al 100%. Sin costo adicional en la prima.</p>	
<p>6. Pago exprés en 45 minutos, cuando los gastos por servicios médicos son menores o iguales a \$300.00, el asegurado titular se presentará a nuestras oficinas a realizar la gestión de reembolso. Aplica para casos fuera de Red.</p>	

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

7. Pago directo a Red propia de Prestadores de Servicios y la más amplia en el país, con más de 850 proveedores afiliados tales como: médicos generales y de especialidad, hospitales, Farmacias, laboratorios, Laboratorios Patológicos, Unidades de rayos X, Centros de Clínicas, Unidad de estudios especiales, etc.,	
8. Consultas sin costo en toda la red de Clínicas Pro familia en las especialidades de Consulta General, Pediatría y Ginecología, sin deducible ni coaseguro.	
9. Se exonera el deducible al utilizar la red médica dentro de El Salvador.	
10. Consultas sin costo en toda la red de Clínicas Pro familia en las especialidades de Consulta General, Pediatría y Ginecología, sin deducible ni coaseguro.	
11. En Laboratorios, Unidades de Diagnóstico y Farmacias afiliadas a la red, el asegurado cancelará únicamente el 20% de coaseguro, sin deducible.	
12. Consultas ambulatorias ilimitadas (aplica co-pago de \$4.00) sin deducible.	
13. Farmacias de la Red en San Salvador: Farmacias Beethoven, Farmacias Virgen de Guadalupe, Farmacias Farmacia Value, Farmacias La Vida, Farmacia Camila, Farmacias San Benito, donde el asegurado solo cancelará el 20% de coaseguro, sin deducible.	
14. En Farmacias económicas la cobertura del medicamento es del 100%, el asegurado no paga coaseguro ni deducible, dichos medicamentos deben ser recetados por un médico de Red.	
15. Para hospitalizaciones, el asegurado solo cancelará su participación del 20% de coaseguro sin deducible.	
16. Departamentos con cobertura de Red en El Salvador: San Salvador, San Miguel, Santa Ana, Nueva Concepción (Chalatenango), La Libertad, Santa Rosa de Lima (La Unión), San Vicente, Sonsonate y Ahuachapán, etc.	
17. Atractivos descuentos por compras de productos o servicios que realices a través de nuestra Red de centros afiliados con solo mostrar tu carnet de asegurado, para obtener mayor información de este beneficio puedes visitar la página web: www.segurosvivir.com.sv	

CLAUSULA TRES: PLAZO

El plazo de vigencia de las obligaciones comprendidas en este contrato, será del día 31 de marzo de 2017 al 31 de diciembre de 2017, ambas fechas inclusive, a las doce horas del día.

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

CLAUSULA CUATRO: PRECIO Y FORMA DE PAGO

La UTE pagará a La Aseguradora, por el servicio del seguro médico-hospitalario para los empleados de la UTE, la cantidad total de **VEINTIUN MIL OCHOCIENTOS DIECISEIS DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US\$21,816.00)**, los seguros de personas son exentos del Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y a la Prestación de Servicios. Dicho monto será cancelado por medio de nueve cuotas mensuales, fijas y sucesivas de **DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATRO DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US\$ 2,424.00)**.

CLAUSULA CINCO: ENTREGA DE FACTURAS Y QUEDAN

La Aseguradora entregará a la UTE, a más tardar el último día hábil del mes correspondiente a cada pago, la factura respectiva, a fin de que la UTE realice el proceso de requerimiento de fondos según los lineamientos del sistema SAFI II; sin embargo, aquélla deberá cumplir íntegramente sus obligaciones. La UTE hará el pago correspondiente con crédito a treinta días contados a partir de la fecha en que la Aseguradora presente la factura correspondiente.

Contra entrega de la respectiva factura, la UTE dará a La Aseguradora, un quedan que perderá todo valor, de pleno derecho, al hacerse efectivo el pago respectivo.

CLAUSULA SEIS: GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO

Para garantizar las obligaciones contraídas en este instrumento, La Aseguradora presentará, en el plazo de ocho días hábiles posteriores de la entrega del presente contrato debidamente legalizado, una garantía de cumplimiento de contrato a favor de la UTE, por la cantidad de **DOS MIL CIENTO OCHENTA Y UN DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA CON SESENTA CENTAVOS DE DÓLAR (US\$ 2,181.60)**, para asegurar que cumplirá con todas las obligaciones establecidas en el presente contrato y la póliza respectiva; y que los servicios contratados serán prestados de conformidad a lo establecido en su oferta, a entera satisfacción de la UTE.

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

La garantía podrá consistir en un cheque certificado, de caja o gerencial, en una fianza o garantía emitida por una aseguradora, o en títulos valores, de acuerdo a lo establecido en la LACAP y su reglamento, la cual tendrá vigencia de UN AÑO, a partir del inicio de la vigencia del presente contrato, establecido en la cláusula tercera. La falta de presentación de esta garantía en el plazo establecido producirá la caducidad del contrato y se entenderá que La Aseguradora ha desistido de su oferta, por lo cual procederá el reclamo de los daños y perjuicios resultantes, más la penalidad a la que se hace referencia en la Cláusula Octava de este instrumento.

CLAUSULA SIETE: PROHIBICIÓN DE CESIÓN DEL CONTRATO.

La Aseguradora no podrá ceder o traspasar en todo ni en parte, bajo ningún título, el presente contrato, salvo consentimiento previo por parte de la UTE, el cual deberá constar por escrito; pudiendo la UTE, reservarse las razones que tenga para negar la cesión. La transgresión de esta disposición dará lugar a la caducidad del contrato, por lo que se hará efectiva la garantía de cumplimiento de contrato rendida.

CLAUSULA OCHO: PENALIZACIÓN EN CASO DE INCUMPLIMIENTO.

Si La Aseguradora incumpliere una o más cláusulas de este contrato, salvo caso fortuito o fuerza mayor, pagará a la UTE en concepto de multa el diez por ciento (10%) del valor total del mismo, renunciando La Contratista a efectuar cualquier reclamo posterior, al respecto; para dichos efectos la UTE hará efectiva la garantía de cumplimiento de contrato, sin perjuicio de la reclamación de los daños y perjuicios ocasionados por el incumplimiento. En caso de mora en el cumplimiento de las obligaciones de La Aseguradora, se aplicará lo dispuesto en el artículo 85 de la LACAP, sin menoscabo de declarar la caducidad del contrato y reclamar la correspondiente indemnización por daños y perjuicios.

CLAUSULA NUEVE: CAUSAS DE EXTINCIÓN DEL CONTRATO

Este contrato podrá darse por terminado por las causas siguientes: a) Por acuerdo entre las partes; b) A solicitud de una de las partes por motivo de fuerza mayor o caso fortuito, debidamente justificados; c) Si La Aseguradora incumpliere cualquier obligación contenida en el presente contrato y póliza respectiva; d) Por no responder el contrato a

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

los interés de la UTE debido a causas sobrevinientes. En el caso a que se refieren los literales a), b) y d) anteriores, la parte interesada dará aviso a la otra con diez días hábiles de anticipación sobre su intención de dar por terminado el contrato sin responsabilidad para ninguna de ellas. Si la terminación del contrato se origine por la causa comprendida en el literal c), la UTE hará efectiva la garantía de cumplimiento de contrato rendida, procederá judicialmente a la reclamación de los daños y perjuicios correspondientes ocasionados por el incumplimiento y hará efectivo lo establecido en la Cláusula Octava del presente contrato.

CLAUSULA DIEZ: INTERPRETACIÓN DEL CONTRATO

La UTE se reserva la facultad de interpretar el presente contrato de conformidad a la Constitución de la República, la LACAP y su reglamento, demás legislación aplicable, y los Principios Generales del Derecho Administrativo, en la forma más conveniente al interés público, que se pretende satisfacer con la prestación objeto del presente instrumento. La Aseguradora se obliga a dar estricto cumplimiento a las obligaciones establecidas en el presente instrumento y póliza respectiva, de conformidad a lo establecido en su oferta, atendiendo las instrucciones que al respecto dicte la UTE, las cuales serán comunicadas por medio de la Jefatura de la Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional de la misma.

CLAUSULA ONCE: MODIFICACIONES Y PRÓRROGA

El presente contrato podrá modificarse y prorrogarse por acuerdo entre las partes, cumpliendo las formalidades legales para tal efecto.

CLAUSULA DOCE: SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Toda duda o discrepancia que surja con motivo de la vigencia, interpretación o ejecución del presente contrato, deberá ser resuelta entre las partes; en caso no sea posible se dirimirá en la sede judicial correspondiente.

CLAUSULA TRECE: DOMICILIO ESPECIAL

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

Para los efectos legales del presente contrato las partes contratantes señalamos como domicilio especial la ciudad y departamento de San Salvador, a la jurisdicción de cuyos tribunales nos sometemos expresamente.

CLAUSULA CATORCE: ADMINISTRADORES DEL CONTRATO

El responsable por parte de la UTE de verificar la buena marcha y el cumplimiento de las obligaciones que derivan del presente contrato será el Gerente del Departamento Administrativo.

CLAUSULA QUINCE: NOTIFICACIONES

Las notificaciones entre las partes deberán hacerse por escrito y tendrán efecto a partir de su recepción en las direcciones que a continuación se indican: La UTE en Séptima Calle Poniente Número Cinco Mil Ciento Cuarenta y Tres, Colonia Escalón, de la ciudad y departamento de San Salvador, y La Aseguradora en 81^a Avenida Sur número 9-31, Paseo General Escalón, Colonia Escalón, San Salvador.

CLAUSULA DIECISIES : DOCUMENTOS CONTRACTUALES

Forman parte integral del presente contrato y se tienen por incorporados al mismo, con plena aplicación en lo que no se le opongan, los documentos siguientes: a) Los términos de referencia respectivos; b) Las ofertas técnica y económica presentadas por la Aseguradora y sus documentos anexos; c) La autorización de adjudicación; d) La garantía de cumplimiento de contrato; e) La póliza correspondiente; y f) Cualquier otro documento que emane de este instrumento. Es entendido y aceptado que este contrato y la póliza respectiva se anteponen a toda comunicación previa, entendimiento o acuerdo, ya sean orales o escritos, entre las partes. En caso de ambigüedad, duda o disputa en la interpretación del presente instrumento y los demás documentos contractuales, el texto del contrato y la póliza tienen prevalencia.

CLAUSULA DIECISIETE: OBLIGACION ESPECIAL DE LA ASEGURADORA

Si durante la ejecución del contrato se comprobare por la Dirección General de Inspección de Trabajo del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, incumplimiento por parte de La ASEGURADORA a la normativa que prohíbe el trabajo infantil y de

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

protección de la persona adolescente trabajadora, se deberá tramitar el procedimiento sancionatorio que dispone el art. 160 de la LACAP para determinar el cometimiento o no durante la ejecución del contrato de la conducta tipificada como causal de inhabilitación en el art. 158 Romano V literal b) de la LACAP relativa a la invocación de hechos falsos para obtener la adjudicación de la contratación. Se entenderá por comprobado el incumplimiento a la normativa por parte de la Dirección General de Inspección de Trabajo, si durante el trámite de re inspección se determina que hubo subsanación por haber cometido una infracción, o por el contrario si se remitiere a procedimiento sancionatorio, y en éste último caso deberá finalizar el procedimiento para conocer la resolución final.

CLAUSULA DIECIOCHO: CONFIDENCIALIDAD

La Aseguradora se compromete a guardar la confidencialidad de toda información revelada por la UTE, independientemente del medio empleado para transmitirla, ya sea en forma verbal o escrita, y se compromete a no revelar dicha información a terceras personas, salvo que la UTE la autorice en forma escrita. La Aseguradora se compromete a hacer del conocimiento de terceros, únicamente la información que sea estrictamente indispensable para la ejecución encomendada y a manejar la reserva de la misma, estableciendo las medidas necesarias para asegurar que la información revelada por la UTE se mantenga con carácter confidencial y que no se utilice para ningún otro fin que el del presente contrato.

CLAUSULA DIECINUEVE: FUENTE DE FINANCIAMIENTO

La UTE hace constar que para cubrir el importe total del presente contrato se ha realizado el registro del respectivo compromiso presupuestario para el presente ejercicio, con cargo a los cifrados presupuestarios 2017-2402-2-0101-21-1-55601, 2017-2402-2-0102-21-1-55601, 2017-2402-2-0103-21-1-55601, perteneciente a la Unidad Presupuestaria 01 Dirección y Administración Institucional, Líneas de Trabajo 01, Dirección Superior, 02 Administración y Finanzas, 03 Gerencia Programa de Protección; 2017-2402-2-0201-21-1-55601, 2017-2402-2-0202-21-1-55601, 2017-2402-2-0203-21-1-55601, perteneciente a la Unidad Presupuestaria 02 Apoyo Sectorial, Líneas de Trabajo 01, Educación Pública y Reforma Legal, 02 Planificación y Fortalecimiento Institucional, 03 Medios de Comunicación.

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.

EN FE DE LO CUAL, firmamos el presente contrato en tres ejemplares de igual tenor y valor, en la ciudad de San Salvador, a los veinte días del mes de mayo de dos mil diecisiete.

**Licda. Kenia Elizabeth Melgar de
Palacios
Directora General UTE**

**Lic. [REDACTED]
Aseguradora Vivir, Sociedad Anónima,
Seguros de Personas.
"La Aseguradora "**

Nota: El documento original ha sido modificado, dada la existencia de datos personales, la cual es clasificada como información confidencial, elaborándose por tanto una versión pública del mismo, con base al artículo 30, relacionado con el artículo 24 literal c) de la Ley de Acceso a la Información Pública.