

**CONTRATO N°. 4/2015: SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y MÉDICO HOSPITALIARIO.-**

**David Gonzalo Cabezas Flores**, mayor de edad, Abogado y Notario, del domicilio de la ciudad y departamento de [...], portador de mi Documento Único de Identidad número [...], con Número de Identificación Tributaria [...]; actuando en mi calidad de **Director General de la Unidad Técnica Ejecutiva del Sector de Justicia**, entidad de derecho público, descentralizada, con autonomía en lo técnico, financiero, administrativo y en el ejercicio de sus funciones, del domicilio de la ciudad y departamento de San Salvador, con Número de Identificación Tributaria cero seis uno cuatro – dos dos cero dos nueve seis – uno cero cuatro – seis, que en adelante se llamará “LA UTE”, calidad que compruebo por medio de: a) Decreto Legislativo número Seiscientos Treinta y Nueve, de fecha veintidós de febrero del año mil novecientos noventa y seis, publicado en el Diario Oficial número Cuarenta y Ocho, Tomo Trescientos Treinta, de fecha ocho de marzo de mil novecientos noventa y seis, que contiene la Ley Orgánica de la Comisión Coordinadora del Sector de Justicia y de la Unidad Técnica Ejecutiva, en cuyos Artículos Cuatro, Ocho y Diecisiete consta la existencia legal de la de la UTE, su estructura organizativa y que la representación judicial y extrajudicial de la misma le corresponde al Director General, quien está facultado para otorgar actos como el presente; b) Acta número TRES/DOS MIL ONCE, del Libro de Actas de Sesión de la Comisión Coordinadora del Sector de Justicia, que corresponde a la Sesión Ordinaria de trabajo, celebrada en la ciudad de San Salvador, a las ocho horas con treinta minutos del día dos de marzo del año dos mil once, en cuyo punto Único de agenda se acordó nombrar al compareciente Licenciado **DAVID GONZALO CABEZAS FLORES**, como Director General de la Unidad Técnica Ejecutiva del Sector de Justicia, nombramiento que se encuentra vigente a la fecha, que en adelante se llamará “LA UTE”; y Edgard Antonio Ruiz Calderón, mayor de edad, Ingeniero Civil, del domicilio de [...], Departamento de [...], portador de mi Documento Único de Identidad número [...] y con Número de Identificación Tributaria [...]; actuando en nombre y representación en calidad de Apoderado Especial de la sociedad ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA, SOCIEDAD ANÓNIMA, SEGURO DE PERSONAS que se abrevia ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS o ASSA VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, del domicilio de [...], Departamento de [...], con Número de Identificación Tributaria [...]; calidad que compruebo por medio del Testimonio de Escritura Pública de Poder Especial, otorgado en la ciudad de San salvador, a las catorce horas con cuarenta minutos del día cuatro de junio del año dos mil trece, ante los oficios del notario Julio Enrique Valdez Rank, inscrito en el Registro de Comercio al número CUARENTA del Libro UN MIL QUINIENTOS SETENTA Y SIETE del Registro de Otros Contratos Mercantiles, el día veinticinco de junio del año dos mil trece; y del cual consta que el señor Alejandro Ernesto Cabrera Rivas, actuando en su calidad de Gerente General de la referida sociedad, otorgó Poder Especial a favor del compareciente y otro, 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 otorgó. Poder que no se agregara al presente instrumento por contener otras facultades pendientes de ejecutar; y que en adelante se le denominará como “LA CONTRATISTA”, o “LA ASEGURADORA”; convenimos en celebrar el presente **CONTRATO**

DE PROGRAMA DE SEGUROS PARA LA UTE, para el período del 31 de diciembre de 2014 al 31 de diciembre de 2015- SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y SEGURO COLECTIVO MÉDICO HOSPITALARIO, el cual se regirá por las cláusulas siguientes: PRIMERA: OBJETO DEL CONTRATO.- El presente contrato tiene por objeto, establecer los términos y condiciones bajo los cuales "LA CONTRATISTA", proporcionará el servicio de "SEGURO COLECTIVO DE VIDA y SEGURO COLECTIVO MÉDICO HOSPITALARIO PARA LOS EMPLEADOS DE LA UTE", con lo que se pretende brindarles bienestar y seguridad; para ello la contratista se compromete a proporcionar dentro del período comprendido del treinta y uno de diciembre de dos mil catorce al treinta y uno de diciembre de dos mil quince, ambas fechas a las doce horas del día, lo siguiente:

**(A) SEGURO COLECTIVO DE VIDA**

(1) PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA BENEFICIO DE ENFERMEDADES TERMINALES.-

(2) PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA COBERTURA DE EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.-

(3) PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA COBERTURA DE PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.-

(4) POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO.- dichas coberturas incluyen:

**1- PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA BENEFICIO DE ENFERMEDADES TERMINALES.- 1.A- BENEFICIO DE ENFERMEDADES TERMINALES**: Si un asegurado durante la vigencia de la presente cobertura, es diagnosticado como enfermo terminal, la Aseguradora anticipará por esta cobertura, hasta por el cincuenta por ciento (50%) de la suma asegurada básica de vida del asegurado/a. Conforme a lo expresado para tal efecto en las condiciones particulares de la póliza, al momento del fallecimiento de dicho Asegurado/a, se entregará el cincuenta por ciento (50%) restante de la suma asegurada.- También el asegurado/a podrá solicitar a la Aseguradora el pago de anticipos de la suma asegurada antes de su muerte, siempre que dichos anticipos sean utilizados para reembolsar al Asegurado los gastos médicos incurridos en el tratamiento contra la enfermedad que lo ha llevado a la condición terminal.- Se entenderá como enfermedades terminales las descritas: Insuficiencia Renal, Infarto al Miocardio, Derrame ó Hemorragia Cerebral, Cirugía Arterio coronaria (By Pass), Cáncer, SIDA y cualquier otra enfermedad terminal.- **2- PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA COBERTURA DE EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE**: La UTE y La Contratista acuerdan adicionar a la Póliza de Seguro Colectivo de Vida la cobertura de Exoneración del Pago de Prima por Invalidez Total y Permanente. Dicha cobertura se encuentra sujeta a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza y de las cláusulas que se detallan a continuación.- **2.a- COBERTURA** Si un Asegurado/a menor de sesenta (60) años de edad es declarado total y permanentemente invalido durante la vigencia de la presente cobertura de exoneración del pago de prima por Invalidez total y permanente, la Aseguradora mantendrá en vigor la cobertura de seguro de dicho Asegurado sin requerir del Asegurado pago de primas durante el periodo que él permanezca totalmente invalido en forma continua. - La Aseguradora le eximirá del pago de prima manteniendo en vigor el seguro principal por el capital asegurado establecido,

siempre que el seguro principal y este anexo estén en vigor en la fecha de acaecimiento de la invalidez total y permanente y que esta se produzca antes del aniversario de la Póliza siguiente al 60 cumpleaños del Asegurado y que hayan transcurrido por lo menos seis meses consecutivos desde la declaración médica de la invalidez.- La exoneración del pago de primas comenzará a surtir efecto con la que venza después de la fecha en que la Aseguradora haya reconocido el estado de invalidez del Asegurado y se suspenderá automáticamente si el Asegurado se restablece en su capacidad de trabajo, a juicio y dictamen del servicio médico de la Aseguradora. **2.b- CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA.** Al recibir pruebas satisfactorias de que un Asegurado menor de sesenta (60) años de edad, ha quedado total y permanentemente invalido, la Aseguradora mantendrá en vigor la cobertura del Asegurado sin requerir los correspondientes pagos de primas por períodos adicionales de un (1) año siempre que el Asegurado cumpla con las siguientes condiciones: **2.b.i.-** Las pruebas de la invalidez total y permanente deben ser entregadas antes de que termine el período de doce (12) meses contados a partir del inicio del período de cese de pagos de prima por invalidez total y permanente; **2.b.ii.** Que el Asegurado siga estando total y permanentemente invalido al momento de solicitar la extensión de cobertura sin pago de prima; **2.b.iii.** Para optar a una nueva prórroga de la cobertura por invalidez total y permanente, las pruebas de invalidez total y permanente del Asegurado, deberán de ser entregadas durante el trimestre anterior a la fecha de terminación del período durante el cual la cobertura ha sido mantenida en vigor sin pago de primas. **2.b.iv.** Tales pruebas tienen que ser entregadas a la Aseguradora y la misma no está obligada a solicitarlas. **2.c.- DEFINICIÓN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.** Es el estado en que se encuentra un Asegurado como consecuencia de haber sufrido una lesión o una enfermedad que le impida de forma total y absoluta generar o percibir ingresos a cambio de desempeñar cualquier trabajo, actividad, negocio, profesión u oficio por un período no menor a seis (6) meses continuos, independientemente del trabajo, actividad, negocio, profesión u oficio que desempeñare anteriormente el Asegurado. Sin perjuicio de otras causas de invalidez total y permanente, se considera como tal: -la amputación total de ambas manos o de ambos pies o de toda una mano o de todo un pie; - la pérdida total e irreparable de la vista de ambos ojos. En estos casos la invalidez total y permanente del Asegurado se tendrá por suficientemente probada sin que este deba proveer más pruebas de ellas, ni someterse a exámenes futuros para demostrar que continúa en el estado de invalidez total y permanente. **2.d.- SUMA ASEGURADA.** La Suma Asegurada por la presente cobertura será la misma suma que se expresa en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro Colectivo de Vida y nunca será mayor que la suma asegurada de la cobertura de muerte natural en vigor al momento de discontinuar los pagos de prima del Asegurado. **2.e - EXCLUSIONES DE COBERTURA.** Las partes convienen en que la cobertura de exoneración de prima por invalidez total y permanente no liberará al Asegurado de hacer los pagos de primas correspondientes, por aquella invalidez total y permanente causada por alguno de los siguientes eventos o circunstancias: **2.e.i.** Suicidio o intento de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales; **2.e.ii.** Lesiones o heridas inferidas al asegurado por sí mismo o por una tercera persona de acuerdo con él; **2.e.iii.** Lesiones sufridas o enfermedades originadas en alguna condición pre-existente, desconocida como tal por la Aseguradora al momento de

emitir la Póliza, que afecten de modo material la evaluación de riesgo hecha por la Aseguradora; **2.e.iv.** Guerra declarada o no, hostilidades armadas, guerra civil, invasión, revolución, rebelión, insurrección, cualquier acción bélica, guerrilla, terrorismo; y todas las situaciones similares a las anteriormente descritas y las acciones dirigidas a evitarlas o contenerlas, huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares, riñas; **2.e.v.** Lesiones sufridas por el asegurado resultante del consumo de drogas, alcohol, veneno, gas o vapores tomados, administrados, absorbidos o inhalados voluntaria o accidentalmente; **2.e.vi.** La comisión o tentativa por parte de los Asegurados de cometer un delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto; **2.e.vii.** Lesiones sufridas por el Asegurado mientras participa en cualquiera prueba de velocidad o resistencia, o cuando se practica motociclismo, buceo, pesca submarina, montañismo, paracaidismo, boxeo, karate, judo, lucha libre y semejantes, ya sea por afición o profesionalmente; **2.e.viii.** Cualquier acto del Asegurado que lo involucre en actividades evidentemente peligrosas para su integridad física aunque el resultado sea accidental; y, **2.e.ix.** Utilización por parte del asegurado de medios de transporte aéreo, salvo en calidad de pasajero de líneas aéreas debidamente autorizadas para el público. **2.f.-**

**TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA.** La UTE y la Aseguradora acuerdan que se producirá la terminación automática de esta cobertura sin ser necesaria notificación previa para que surta efectos la terminación, al ocurrir alguno de los siguientes eventos: **2.f.i.-** El Asegurado cumpla la edad de sesenta (60) años; **2.f.ii.-** La Póliza de Seguro Colectivo de Vida se dé por terminada o sea cancelada por cualquier causa; **2.f.iii.-** Si el Asegurado deja de estar totalmente invalido, quedando esta cobertura sin efecto treinta (30) días después de la fecha en que el Asegurado dejó de estar total y permanentemente invalido; o **2.f.iv.-** Sin tomar en cuenta la continuación de la invalidez total y permanente, la Cobertura de Seguro Colectivo de Vida terminará automáticamente treinta (30) días después que un Asegurado no presente las pruebas satisfactorias de la continuación de invalidez total y permanente, o treinta (30) días después que un Asegurado rehúse ser examinado según lo estipulado anteriormente. **2.g- REHABILITACIÓN DE COBERTURA.** Si un Asegurado deja de estar total y permanentemente invalido y es elegible, la cobertura de Seguro Colectivo de Vida podrá ser rehabilitada únicamente si se reasumen los pagos de prima que al Asegurado le corresponde cancelar. **2.h.- RECLAMACIONES.** Para que la exoneración del pago de primas tenga efecto, es condición indispensable que se notifique por escrito a la Aseguradora que ha ocurrido tal invalidez, mientras dure esta y se presente prueba satisfactoria de que ocurrió estando este anexo en vigor, antes de que el Asegurado cumpliera 60 años de edad y de que ha continuado sin interrupción por un período de seis meses. La falta de dicho aviso no invalidará ninguna reclamación si se notifica de forma escrita que no fue razonablemente posible darlo y que se dio tan pronto como se pudo. En todo caso, se estará a lo dispuesto en el artículo 1374 del Código de Comercio. Para que la Aseguradora sea responsable por la exoneración de primas se requerirá que se presente en la oficina principal de la misma, aviso escrito de dicha reclamación dentro de un año a partir de la fecha de vencimiento de la prima siguiente al comienzo de la invalidez. **2.i.- JUSTIFICACION DE LA INVALIDEZ.** Para obtener el beneficio garantizado por el presente seguro complementario, es preciso que sea remitida a la Aseguradora la documentación mencionada a continuación: **2.i.i-** Informe detallado del

médico o médicos que hayan tratado al Asegurado, con indicación del origen, naturaleza, desarrollo y las consecuencias de la enfermedad o de las lesiones causantes de la invalidez, así como de la probable duración de la misma. **2.i.ii-** El Certificado Individual, que ampara al Asegurado. **2.i.iii-** Documento justificativo de la identidad del Asegurado si no hubiese sido entregado antes. La Aseguradora tendrá el derecho de requerir pruebas satisfactorias de la existencia y continuación de la invalidez total y permanente, y de someter a exámenes físicos al Asegurado invalido, en cualquier momento. **2.j- EXTENSIÓN DE BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO.** Si un Asegurado menor de sesenta (60) años de edad queda invalido total y permanentemente recibirá la siguiente cobertura especial, siempre que las pruebas requeridas por la Aseguradora sean presentadas dentro del período de noventa (90) días contados a partir de la fecha de fallecimiento del Asegurado: **2.j.i-** Si el Asegurado fallece antes de cumplir los sesenta (60) años de edad, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada de la Cobertura Básica de Muerte del Asegurado estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre y cuando no se haya interrumpido la invalidez total y permanente y la Póliza de Seguro Colectivo de Vida se encuentre en vigor; **2.j.ii-** Se reconocerá, para los efectos de la cobertura, el período de gracia aplicable a los pagos de prima; y **2.j.iii-** El pago de este beneficio se hará al beneficiario o beneficiarios designados por el Asegurado. Las pruebas de la invalidez correrán por cuenta de sus beneficiarios, quienes deberán ejercer su derecho dentro de los 90 días siguientes al fallecimiento.- **3 - PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA COBERTURA DE PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.**- Mediante el pago de la Prima Adicional correspondiente La UTE y la Aseguradora acuerdan adicionar a la Póliza de Seguro Colectivo de Vida la Cobertura del Pago Anticipado de la Suma Asegurada en caso de Invalidez Total y Permanente. Dicha cobertura se encuentra sujeta a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza y de las cláusulas que se detallan a continuación: **3.a.- COBERTURA.** Si un Asegurado durante la vigencia de la presente cobertura del pago anticipado de la suma asegurada en caso de invalidez total y permanente, es declarado total y permanentemente inválido, la Aseguradora le pagará a éste, en sesenta (60) mensualidades por cada mes que el Asegurado permanezca en estado de incapacidad total y permanente, el monto total equivalente a la suma asegurada de la cobertura básica de muerte expresada en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que la Aseguradora cuente con las pruebas satisfactorias de la existencia y de la duración de la incapacidad total y permanente. **3.b- DEFINICIÓN DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.** Para los efectos de esta cobertura se entenderá por invalidez total y permanente el estado en que se encuentra un Asegurado como consecuencia de haber sufrido una lesión o una enfermedad que le impida de forma total y absoluta generar o percibir ingresos a cambio de desempeñar cualquier trabajo, actividad, negocio, profesión u oficio por un periodo ininterrumpido no menor a seis (6) meses continuos, independientemente del trabajo, actividad, negocio, profesión u oficio que desempeñare anteriormente el Asegurado. Sin perjuicio de otras causas de invalidez total y permanente, se consideran como tal: **3.b.i** - La amputación total de ambas manos o de ambos pies o de toda una mano y de todo un pie; **3.b.ii** - La pérdida total e irreparable de la vista de ambos ojos. En estos últimos dos casos la invalidez total y permanente se tendrá por suficiente comprobada y no será necesario que se someta a exámenes médicos posteriores. **3.c - SUMA ASEGURADA.** La

suma asegurada por la presente cobertura de anticipo de suma asegurada por invalidez total y permanente es la que se detalla en las Condiciones Particulares de la Póliza para la cobertura básica de muerte, pero el pago de dicha suma se hará a razón de un sesentavo (1/60) de la Suma Asegurada por cada mes que el Asegurado permanezca en estado de incapacidad total y permanente. Los pagos que la Aseguradora efectúe en concepto de anticipo de suma asegurada por invalidez total y permanente serán restados a la suma asegurada de su cobertura básica de muerte. Al momento del fallecimiento del Asegurado, se pagará la diferencia, si la hubiere, a los beneficiarios designados.

**3.d- EXCLUSIONES DE COBERTURA.** La UTE y La ASEGURADORA, convienen en que la cobertura de anticipo de suma asegurada por invalidez total y permanente no pagará suma alguna por la incapacidad total y permanente causada por alguno de los siguientes eventos o circunstancias: **3.d.i.-** Suicidio o intento de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales; **3.d.ii.-** Lesiones o heridas inferidas al asegurado por sí mismo o por una tercera persona de acuerdo con él; **3.d.iii.** Lesiones sufridas o enfermedades originadas en alguna condición pre-existente, desconocida como tal por la Aseguradora al momento de emitir la Póliza, que afecten de modo material la evaluación de riesgo hecha por la Aseguradora; **3.d.iv.-** Guerra declarada o no, hostilidades armadas, guerra civil, invasión, revolución, rebelión, insurrección, cualquier acción bélica, guerrilla, terrorismo; y todas las situaciones similares a las anteriormente descritas y las acciones dirigidas a evitarlas o contenerlas, huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares, riñas; **3.d.v.-** Lesiones sufridas por el asegurado resultantes del consumo de drogas, alcohol, veneno, gas o vapores tomados, administrados, absorbidos o inhalados voluntaria o accidentalmente; **3.d.vi.-** La comisión o tentativa por parte de los Asegurados de cometer un delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto; **3.d.vii.-** Lesiones sufridas por el Asegurado mientras participa en cualquiera prueba de velocidad o resistencia, o cuando se practica motociclismo, buceo, pesca submarina, montañismo, paracaidismo, boxeo, karate, judo, lucha libre y semejantes, ya sea por afición o profesionalmente; **3.d.viii.-** Cualquier acto del Asegurado que lo involucre en actividades evidentemente peligrosas para su integridad física aunque el resultado sea accidental; y, **3.d.ix.-** Utilización por parte del asegurado de medios de transporte aéreo, salvo en calidad de pasajero de líneas aéreas debidamente autorizadas para el público.-

**3.e.- TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA.** LA UTE y la Aseguradora acuerdan que se producirá la terminación automática de esta Cobertura sin ser necesaria notificación previa, para que surta efectos la terminación, al ocurrir alguno de los siguientes eventos: **3.e.i.-** El Asegurado cumpla sesenta 60 años de edad; **3.e.ii.-** La Póliza de Seguro Colectivo de Vida se dé por terminada o sea cancelada por cualquier causal establecida en las Condiciones Generales de la Póliza; **3.e.iii.-** Si el Asegurado deja de estar totalmente incapacitado, quedando esta Cobertura terminada treinta (30) días después de la fecha en que el Asegurado deje de estar total y permanentemente incapacitado; **3.e.iv.-** Sin tomar en cuenta la continuación de la incapacidad total y permanente, la cobertura terminará automáticamente treinta (30) días después que un Asegurado no presente las pruebas satisfactorias de la continuación de incapacidad total y permanente, o treinta(30) días después que un Asegurado rehúse ser examinado según lo estipulado anteriormente. El

reconocimiento o aceptación de la incapacidad total y permanente por parte de la Aseguradora conlleva la terminación automática de todas las coberturas del Asegurado en la Póliza. **3.f.- RECLAMACIONES.** En caso de incapacidad total y permanente de un Asegurado, la Aseguradora al recibir el aviso de reclamación proporcionará los documentos necesarios para ser completados por el Asegurado o beneficiario y los médicos que atendieron el caso. A partir de ese momento, la Aseguradora iniciará el proceso de comprobar la legitimidad de la reclamación, habiendo concluido satisfactoriamente dicho proceso, iniciarán los pagos mensuales a que hace referencia la cláusula **3.C** del presente documento.- **3.g.- JUSTIFICACION DE LA INVALIDEZ.** La invalidez deberá ser probada por el Asegurado en forma fehaciente, inmediatamente después de haber dado la notificación a que se refiere la condición **3.f** será preciso remitir a la Aseguradora la siguiente documentación: **3.g.i.-** informe detallado del médico o médicos que hayan tratado al Asegurado, con indicación del origen, naturaleza, desarrollo y consecuencias de la enfermedad o de las lesiones causantes de la incapacidad, así como de la probable duración de la misma; **3.g.ii.** El certificado individual, que ampara al Asegurado;- **3.g.iii** El documento justificativo de identidad del Asegurado, si no hubiese sido entregado antes.- **3.h.- CONTINUACION DE LA INVALIDEZ.** Aceptada la invalidez por La Aseguradora, ésta puede comprobar previo acuerdo con el Asegurado la continuación de la misma las veces que considere necesario dentro de los primeros dos años de encontrarse invalido; y, en lo sucesivo, una vez por año, a cuyo efecto La Aseguradora le someterá a nuevos reconocimientos médicos que considere convenientes, estos serán practicados por los médicos que ella designe, siendo el costo de estos exámenes por cuenta de La Aseguradora. Si el Asegurado se negase a someterse a tales exámenes, perderá el derecho de las Rentas subsiguientes a que hubiere lugar.- **4.- POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO.-** Mediante el pago de la prima adicional correspondiente, LA UTE y la Aseguradora acuerdan adicionar a la póliza de Seguro Colectivo de Vida la Cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento. Dicha Cobertura se encuentra sujeta a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza y de las cláusulas que se expresan a continuación: **4.a.- COBERTURA.** Si un Asegurado de esta cobertura sufre la muerte o alguna lesión corporal como resultado directo y exclusivo de un accidente, durante la vigencia de la presente Cobertura, la Aseguradora pagará la Suma Asegurada expresada en las Condiciones Particulares de la póliza para la Cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento de acuerdo con la tabla de indemnización estipulada en el presente contrato y póliza respectiva. La muerte o pérdida de miembros están cubiertos toda vez que se produzcan dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente en que se ocasionaron las lesiones.**4.b.- DEFINICIONES E INTERPRETACIONES.** Para todos los efectos de esta Cobertura las expresiones siguientes tendrán la aceptación y el alcance que a continuación se les asigna: Accidente: Se considera accidente cubierto por el presente contrato y póliza respectiva, todo acontecimiento que produzca al Asegurado una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (salvo caso de ahogamiento o de lesiones ocasionadas por el Asegurado y reveladas por examen médico o autopsia) y que ocasione la muerte del Asegurado o la pérdida de alguno de sus miembros u órganos, siempre que dicho acontecimiento sea producido, independientemente de la voluntad del Asegurado,

por la acción súbita directa y violenta de causas externas y fortuitas. Pérdida de la Mano: Separación absoluta a nivel o sobre la articulación de la muñeca. Pérdida de un Pie: Separación absoluta a nivel o sobre la articulación del tobillo. Pérdida de la Visión: Pérdida completa e irreparable del sentido de la vista, es decir el estado de ceguera. Pérdida de un Dedo: la separación absoluta y completa de dos falanges. Pérdida: En todos los casos se entiende también por pérdida la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembro lesionado de manera tal que no pueda desarrollar ninguna de sus funciones.

**4.c.- SUMA ASEGURADA.** La cantidad total a pagar por todas las pérdidas sufridas por causas accidentales para la Cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento será llamada LA SUMA PRINCIPAL, se estipula en las Condiciones Particulares de la Póliza, tomando como base la Suma Asegurada de la Cobertura Básica de Muerte que se expresa en las Condiciones antes mencionadas. La indemnización por muerte se pagara a los Beneficiarios designados y por pérdidas de miembros, al propio Asegurado. En todo caso, la cantidad máxima a pagar por pérdidas en un solo accidente será la Suma Principal. En caso de varias pérdidas, causadas por el mismo accidente, el valor total de la indemnización será la suma de las proporciones correspondientes a cada una, sin exceder la Suma Principal. Mientras no se haya pagado la totalidad de la Suma Principal, este seguro continuará en vigor para el caso del fallecimiento por accidente hasta el vencimiento de la Póliza. Por la diferencia entre la Suma Principal y las indemnizaciones ya pagadas.

**4.d.- TABLA DE INDEMNIZACIÓN:**

N°	DAÑO SUFRIDO	% DE PAGO
1	Pérdida de la Vida	100%
2	Separación de ambas manos, por separación en, o arriba de las muñecas	100%
3	Pérdida de ambos pies por separación en, o arriba de los tobillos	100%
4	Pérdida completa e irreparable de la visión de ambos ojos	100%
5	Pérdida de una mano y un pie, por separación en, o arriba de la muñeca y el tobillo	100%
6	Pérdida completa e irreparable de la visión de un ojo y la pérdida de una mano por separación en, o arriba de la muñeca	100%
7	Pérdida completa e irreparable de la visión de un ojo y la pérdida de un pie por separación en, o arriba del tobillo	100%
8	Pérdida de una mano por separación en, o arriba de la muñeca	50%
9	Pérdida de un pie por separación en, o arriba del tobillo	50%
10	Pérdida completa e irreparable de la visión de	50%



	un ojo	
11	Pérdida de los dedos pulgar o índice de la misma mano, por separación en, o arriba de las articulaciones metacarpofalangianas	25%

**4.e.- DOBLE BENEFICIO.** El beneficio pagadero por cualquiera de las pérdidas especificadas en la Tabla de Beneficios que precede, será el DOBLE si tales lesiones corporales o muerte fueran sufridas: **4.e.i.-** Mientras el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en un vehículo público no aéreo, propulsado mecánicamente y operado por una empresa de transportes públicos que con regularidad preste servicio de pasajeros en una ruta establecida, a base de alquiler, pero no en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello, en cuyo caso se pagara solo la suma principal; o **4.e.ii.-** Mientras el Asegurado vaya viajando como pasajero dentro de un ascensor ordinario de pasajeros (con excepción de ascensores en minas); o **4.e.iii.-** Como consecuencia de incendio en un teatro, hotel o cualquier otro edificio público en el cual el Asegurado se encuentre al principio del incendio, pero que no sea donde el Asegurado trabaje. Todos los demás términos y condiciones especificadas en la parte relativa a **COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO, 4a, 4b, 4c y 4d** anteriores, de este Anexo, son también aplicables a esta Cláusula de Doble Beneficio. Sin embargo, la cantidad máxima pagadera bajo esta estipulación por pérdidas sufridas como resultado de un solo accidente, será el Doble de la Suma Principal. **4.f.- EXCLUSIONES DE COBERTURA.** Las partes convienen en que la cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento no pagará suma alguna por la ocurrencia de muerte o lesiones causadas por alguno de los siguientes eventos: **4.f.i.-** Suicidio o intento de suicidio, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales; **4.f.ii.-** Lesiones o heridas causadas intencionalmente por una o varias personas o por el propio asegurado; o por una tercera persona de acuerdo con él; **4.f.iii.-** Enfermedad corporal o mental, tratamiento médico quirúrgico, salvo si este es a consecuencia de un accidente; **4.f.iv.-** Abordaje, descenso o viaje en submarinos o en naves aéreas de combate o de guerra, de entrenamiento militar o de reconocimiento, aviones militares de cualquier tipo asignados a misiones de combate, socorro, emergencias, guerra declarada o no o cualquier acto atribuible a ésta, vuelos de carácter deportivo o acrobáticos o de aplicaciones publicitarias o de exploración o de investigación meteorológica; **4.f.v.-** Guerra declarada o no, hostilidades armadas, guerra civil, invasión, revolución, rebelión, insurrección, cualquier acción bélica, guerrilla, terrorismo y todas las situaciones similares a las anteriormente descritas y las acciones dirigidas a evitarlas o contenerlas, así como huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares, riñas; **4.f.vi.-** Toda lesión proveniente de la energía nuclear de cualquier forma; **4.f.vii.-** Toda lesión proveniente de accidentes ocurridos en periodos durante los cuales el Asegurado esté prestando servicio en la policía, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo; **4.f.viii.-** Lesiones sufridas mientras participa en cualquier prueba de velocidad o mientras practica motociclismo, buceo, pesca submarina,

montañismo, paracaidismo, boxeo, karate, judo, lucha libre y semejantes, ya sea por afición o profesionalmente; **4.f.ix.-** Circunstancias derivadas del consumo de drogas, alcohol, veneno, gas o vapores tomados, administrados, absorbido o inhalados voluntaria o accidentalmente o de alguna otra forma; **4.f.x.-** Infecciones bacterianas (excepto la infección piogénica, cuando ésta se presenta con y por una cortadura o herida recibida por un accidente). **4.f.xi.-** La comisión o tentativa por parte de los asegurados de cometer un delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto; **4.f.xii.-** Cualquier acto del asegurado que lo involucra en actividades evidentemente peligrosas para su integridad física y donde sólo el resultado es accidental; y **4.f.xiii.-** Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como huracanes, ciclones, tornados, vendavales, deslizamientos de tierra, erupciones volcánicas, terremotos, maremotos, inundaciones y similares. **4.f.xiv.-** Las consecuencias que pueda sufrir el Asegurado por arma cortante, corto-punzante, de fuego o artefactos explosivos o incendiarios cualesquiera que sean las circunstancias en que ocurran. **4.g.- TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DE LA COBERTURA** La UTE y la Aseguradora acuerdan que se producirá la terminación automática de esta cobertura sin ser necesaria notificación alguna para que surta efectos la terminación al ocurrir alguno de los siguientes eventos: **4.g.i.-** El Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad; **4.g.ii.-** Si el Asegurado recibe, en cualquier momento, el beneficio de Exoneración de Primas por Invalidez Total y Permanente; y **4.g.iii.-** La Póliza de Seguro Colectivo de Vida se dé por terminada o sea cancelada por cualquier causal establecida en las Condiciones Generales; **4.g.iv.-** Cuando el Asegurado deje de pertenecer al Grupo Asegurado. - **4.h. RECLAMACIONES.** En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado o alguna de las lesiones corporales enunciadas en la tabla de indemnización, la Aseguradora al recibir el aviso de reclamación proporcionará los documentos necesarios para ser completados por el Asegurado o beneficiario y los médicos que atendieron el caso. A partir de ese momento la Aseguradora iniciará el proceso de comprobar la legitimidad de la reclamación, iniciando posteriormente el pago al Asegurado o en su defecto a los beneficiarios de la suma asegurada de acuerdo con la tabla de indemnizaciones. Se procederá de la siguiente forma: **4.h.i.- Casos no fatales.** En caso de producirse un accidente cubierto por el presente contrato y la póliza respectiva, el Asegurado se obliga a: **4.h.i.a.-** Avisar por escrito a la Aseguradora dentro de los primeros cinco días siguientes de haberse producido, relacionando la hora, fecha, lugar y demás circunstancias en que se produjo el accidente; **4.h.i.b.-** Adjuntar al aviso que se refiere el literal anterior, una certificación médica que exprese la causa, naturaleza y consecuencias conocidas o presuntas de las lesiones sufridas por el Asegurado, así como la constancia de encontrarse sometido a un tratamiento médico; **4.h.i.c.-** Requerir al Médico que lo asista, que envíe al Director Médico de la Aseguradora, con la frecuencia que este indique, cuanto informe solicite sobre la evolución de las lesiones y actualización del pronóstico de curación.- **4.h.ii.- Casos Fatales.** En caso de muerte accidental cubierta por el presente contrato, los Beneficiarios o herederos deberán comunicarlo por escrito a la Aseguradora dentro de las primeras cuarenta y ocho horas siguientes de haberse producido, relacionando la hora, fecha, lugar y demás circunstancias en que se produjo el accidente. Los plazos mencionados en la presente Cláusula podrán ampliarse por la Aseguradora siempre que ante ella se demuestre la

imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado.- **4.h.iii.- Medidas que puede tomar la Aseguradora en caso de siniestro.** **4.h.iii.a.-** En los casos no fatales, la Aseguradora se reserva el derecho de hacer examinar al Asegurado por el o los médicos que ella estime convenientes. **4.h.iii.b.-** En los casos fatales, la Aseguradora se reserva el derecho de exigir la exhumación y/o autopsia del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los Beneficiarios o herederos prestar su conformidad y concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La exhumación y/o autopsia se efectuará con citación de los Beneficiarios o herederos, quienes podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos ocasionados por las gestiones a que se refiere este inciso serán por cuenta de la Aseguradora, exceptuando los honorarios y gastos del médico representante de los Beneficiarios o herederos.

**PERSONAL ASEGURADO:** El personal activo y al servicio de la Unidad Técnica Ejecutiva del Sector de Justicia (UTE), es el siguiente:

N°	Área	Suma Asegurada
1	Administrativo	\$ 15,000.00
2	Administrativo	\$ 15,000.00
3	Administrativo	\$ 15,000.00
4	Administrativo	\$ 15,000.00
5	Administrativo	\$ 15,000.00
6	Administrativo	\$ 15,000.00
7	Administrativo	\$ 15,000.00
8	Administrativo	\$ 15,000.00
9	Administrativo	\$ 15,000.00
10	Administrativo	\$ 15,000.00
11	Administrativo	\$ 15,000.00
12	Administrativo	\$ 15,000.00
13	Administrativo	\$ 15,000.00
14	Administrativo	\$ 15,000.00
15	Administrativo	\$ 15,000.00
16	Administrativo	\$ 10,000.00
17	Motorista	\$ 10,000.00
18	Administrativo	\$ 10,000.00
19	Administrativo	\$ 10,000.00
20	Administrativo	\$ 10,000.00
21	Administrativo	\$ 10,000.00
22	Administrativo	\$ 10,000.00
23	Administrativo	\$ 10,000.00
24	Motorista	\$ 10,000.00
25	Administrativo	\$ 10,000.00
26	Administrativo	\$ 10,000.00

27	Administrativo	\$ 10,000.00
28	Administrativo	\$ 10,000.00
29	Administrativo	\$ 10,000.00
30	Administrativo	\$ 10,000.00
31	Motorista	\$ 10,000.00
32	Administrativo	\$ 10,000.00
33	Administrativo	\$ 10,000.00
34	Administrativo	\$ 10,000.00
35	Administrativo	\$ 10,000.00
36	Administrativo	\$ 10,000.00
37	Administrativo	\$ 10,000.00
38	Administrativo	\$ 10,000.00
39	Administrativo	\$ 10,000.00
40	Administrativo	\$ 10,000.00
41	Administrativo	\$ 10,000.00
42	Administrativo	\$ 10,000.00
43	Administrativo	\$ 10,000.00
44	Administrativo	\$ 10,000.00
45	Administrativo	\$ 10,000.00
46	Administrativo	\$ 10,000.00
47	Administrativo	\$ 10,000.00
48	Administrativo	\$ 10,000.00
49	Administrativo	\$ 10,000.00
50	Administrativo	\$ 10,000.00
51	Administrativo	\$ 10,000.00
52	Administrativo	\$ 10,000.00
53	Administrativo	\$ 10,000.00
54	Administrativo	\$ 10,000.00
55	Motorista	\$ 10,000.00
56	Motorista	\$ 10,000.00
57	Motorista	\$ 10,000.00
58	Administrativo	\$ 10,000.00
59	Administrativo	\$ 10,000.00
60	Administrativo	\$ 10,000.00
61	Administrativo	\$ 10,000.00
62	Administrativo	\$ 10,000.00
63	Administrativo	\$ 10,000.00
64	Administrativo	\$ 10,000.00
65	Administrativo	\$ 10,000.00
66	Administrativo	\$ 10,000.00
67	Administrativo	\$ 10,000.00

68	Administrativo	\$ 10,000.00
69	Administrativo	\$ 10,000.00
70	Administrativo	\$ 10,000.00
71	Motorista	\$ 10,000.00
72	Administrativo	\$ 10,000.00
73	Administrativo	\$ 10,000.00
74	Administrativo	\$ 10,000.00
75	Administrativo	\$ 10,000.00
76	Administrativo	\$ 10,000.00
77	Administrativo	\$ 10,000.00
78	Administrativo	\$ 10,000.00
79	Administrativo	\$ 10,000.00
80	Administrativo	\$ 10,000.00
81	Motorista	\$ 10,000.00
82	Administrativo	\$ 10,000.00
83	Administrativo	\$ 10,000.00
84	Administrativo	\$ 10,000.00
85	Administrativo	\$ 10,000.00
86	Administrativo	\$ 10,000.00
87	Administrativo	\$ 10,000.00
88	Administrativo	\$ 10,000.00
89	Administrativo	\$ 10,000.00
90	Administrativo	\$ 10,000.00
91	Administrativo	\$ 10,000.00
92	Motorista	\$ 10,000.00
93	Administrativo	\$ 10,000.00
<b>\$ 1005,000.00</b>		

**SUMA ASEGURADA:** Para Setenta y ocho personas, empleadas de la UTE, aseguradas cada una por la suma de **DIEZ MIL DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US\$10,000.00)**; y quince personas empleadas de la UTE, aseguradas cada una por la suma de **QUINCE MIL DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US\$ 15,000.00)**.-

**(B) SEGURO COLECTIVO MÉDICO HOSPITALARIO,**

**POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS**

**CONDICIONES GENERALES**

**CLAUSULA PRIMERA.- DEFINICIONES.** Para los efectos de esta póliza, las expresiones siguientes, tendrán el significado y el alcance que a continuación se les asigna:

**TITULAR ASEGURADO:** Cualquier persona natural respecto de cuya existencia, integridad personal, salud o vigor vital se contrata la cobertura de este seguro y quien deberá estar inscrito en el registro de asegurados de esta póliza. Es el empleado Asegurado que tiene relación laboral activa con el Contratante quien a su vez es el responsable de pagar las primas de seguro si así se hubiese convenido. Es la única persona que puede autorizar cualquier cambio en los familiares dependientes y presentar los reclamos cubiertos por esta póliza.

**FAMILIAR DEPENDIENTE:** Se refiere al cónyuge legítimo o compañero(a) de vida de un empleado Asegurado. También se consideran como familiares dependientes los hijos solteros, hijastros o hijos adoptivos mientras estén entre los diez (10) días de nacido y los diecinueve (19) años de edad, que vivan en el hogar del Asegurado, que dependan económicamente de él, que sean estudiantes a tiempo completo y que estén registrados como dependientes en los archivos del Contratante. La Aseguradora podrá exigir las pruebas necesarias para demostrar dicha condición. No serán considerados como familiares dependientes:

- a) Aquellos hijos que se conviertan en padres, aunque no se encuentren legalmente casados, o acompañados aun cuando continúen viviendo en el hogar del Asegurado;
- b) Hijos que ya se encuentren con empleo remunerado de carácter permanente por medio de un contrato laboral de tiempo definido o indefinido.
- c) Los padres del Asegurado;
- d) Los dependientes que no residan permanentemente en El Salvador.

**VIGENCIA:** Se refiere al período comprendido entre la fecha de inicio y finalización de la cobertura del seguro (ambas fechas inclusive), la cual se menciona en la carátula y en las Condiciones Particulares de la póliza.

**COBERTURA:** Es el compromiso aceptado por la Aseguradora en virtud del cual se hace cargo y que aparece detallado en la cláusula Segunda- Gastos Cubiertos de estas Condiciones Generales y en las Condiciones Especiales de la póliza, hasta el límite del máximo reembolsable que se estipula en dichas condiciones y durante la vigencia del seguro el cual puede ser renovable por mutuo acuerdo entre la Aseguradora y el Contratante.

**CONTRATANTE:** Es aquella persona natural (mayor de 18 años) o jurídica que ha solicitado la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas.

**GASTOS ELEGIBLES:** Son los gastos aceptados por la Aseguradora y que han sido establecidos por la ciencia médica como necesarios para la atención de una enfermedad o accidente cubiertos por el seguro.

**GASTOS JUSTOS, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:** Se entenderán como tales los costos de los servicios médicos y hospitalarios ya sean por enfermedad o accidente, que se consideren razonables y hasta el límite acostumbrado, que no excedan el nivel general de los cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad en que son suministrados y/o cuando se comparen con tratamientos, servicios y abastecimientos a individuos del mismo sexo, edad e ingresos y en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios médico-hospitalarios y a las circunstancias de tiempo y costo de utilización. Dichos costos serán sometidos a consideración y/o evaluación de la Dirección Médica de la Aseguradora bajo los criterios anteriormente detallados y se excluirá todo gasto en exceso o no cubierto, el cual deberá ser absorbido por el Asegurado.

**MAXIMO REEMBOLSABLE:** Es el límite máximo que podrá ser reembolsado al Asegurado por enfermedades o accidentes sufridos por él o sus dependientes durante la vigencia de la póliza. Si la recuperación de una enfermedad o accidente agota el Máximo Reembolsable,

el Asegurado podrá presentar evidencia de perfecta salud y su beneficio máximo podrá ser restablecido para nuevos eventos a partir del día primero del mes calendario siguiente a la fecha en que la Aseguradora determine que la evidencia es satisfactoria y le sea notificado por escrito al Contratante. La reinstalación del Máximo Reembolsable servirá únicamente para cubrir enfermedades o accidentes diferentes a los que ocasionaron tal agotamiento.

**DEDUCIBLE:** Es la cantidad que deberá ser absorbida individualmente por el empleado Asegurado y/o cada uno de sus dependientes elegibles antes de que algún beneficio sea indemnizado por esta póliza.

El deducible será aplicado bajo la modalidad y en la cantidad indicada en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

**COASEGURO:** Es el porcentaje de participación del Asegurado y/o cada uno de sus dependientes elegibles que se aplica al total de gastos médicos hospitalarios incurridos y que están cubiertos por esta póliza en exceso del deducible para cada reclamación presentada.

El coaseguro será aplicado bajo la modalidad y en el porcentaje indicado en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares de la presente Póliza después de haber descontado el deducible correspondiente.

**PERIODO DE INCAPACIDAD O EVENTO:** Es el periodo de tratamiento de los casos que requieran o no hospitalización, por una enfermedad o lesión corporal por accidente. Se considerará como un solo evento o incapacidad el periodo de tratamiento con duración de hasta noventa (90) días contados a partir de la fecha en que ocurrió el evento que dio origen a los gastos por la primera consulta u hospitalización.

Todas las enfermedades o lesiones corporales que ocurran simultáneamente, que sean ocasionadas o debidas a la misma causa, serán consideradas como una sola incapacidad o evento, incluyendo las complicaciones que resulten de ella, siempre y cuando las complicaciones y tratamiento se den dentro de los noventa (90) días contados a partir de la fecha que dio origen a tal incapacidad o evento.

Las secuelas o continuación de tratamiento por enfermedad o accidente serán consideradas como una sola incapacidad o evento, siempre y cuando estén comprendidas dentro de los noventa (90) días contados a partir de la fecha que dio origen a dicha enfermedad o accidente; transcurrido este periodo, las secuelas o continuación de tratamiento se considerará como un nuevo evento.

Para el caso de reclusión hospitalaria, cuando ésta sea por un periodo de 90 días ininterrumpidos, se considerará como una sola incapacidad; transcurrido este periodo, se considerará como un nuevo evento.

**PERIODO DE INSCRIPCION:** Es el plazo fijado de común acuerdo por la Aseguradora y el Contratante para el registro de nuevos asegurados a la póliza. Dicho registro se hará mediante solicitud escrita del Contratante a la Aseguradora.

**PERIODO DE ELEGIBILIDAD:** Cada empleado activo con derecho a seguro de la Póliza, será elegible cuando haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Aseguradora. Cumplidos dichos requisitos, la Aseguradora procederá a notificar por escrito al Contratante sobre la cobertura, indicando las limitantes de cobertura si las hubiese.

**ENFERMEDAD:** Es toda alteración de la salud que resulta de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo en relación con el organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

**ACCIDENTE:** Es todo acontecimiento originado independientemente de la voluntad del Asegurado y por la acción directa y violenta, de causa externa, fortuita y súbita, produciendo en éste una lesión corporal.

**ACCIDENTE O ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Es toda enfermedad, lesión, condición o síntoma, congénito o no, que el empleado Asegurado y/o su(s) dependiente(s) elegibles bajo el

presente Seguro o en otro, hayan contraído o manifestado antes de la vigencia del seguro, las cuales:

- a) Fueron diagnosticadas por un médico y/o,
- b) fueron aparentes a la vista y/o,
- c) fueron de los que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas y/o,
- d) aquellas por las que se hayan erogado gastos antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura para cada Asegurado o dependiente. Con el fin de determinar cuando una enfermedad, lesión o condición es aparente a la vista o que por sus síntomas o signos no pudieron pasar desapercibidas, se tomarán en cuenta los siguientes criterios y definiciones:
  - a) que un médico haya determinado la preexistencia, mediante un diagnóstico, tratamiento o exista un gasto previo a la celebración del contrato de seguro o,
  - b) que por la historia clínica del padecimiento, un médico especializado así lo determine.

**ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Es la alteración del estado de salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, con independencia de que se haga evidente al momento o después del nacimiento. El conjunto de alteraciones que se presenten durante el período de gestación y dé origen a diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.

**EMERGENCIAS:** Para efectos de este seguro se consideraran emergencias únicamente los siguientes casos:

- a) Accidentes
- b) Convulsiones
- c) Pérdida del conocimiento
- d) Hemorragias
- e) Deshidratación Severa
- f) Intoxicación Severa
- g) Reacciones alérgicas severas
- h) Crisis súbitas de los sistemas circulatorios, respiratorios, gastrointestinal, renales o de vías urinarias.

**SIGNO:** Corresponde a cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica.

**SÍNTOMA:** Es un fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

**DOCTOR O MEDICO:** Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión médica. No puede ser pariente consanguíneo ni cónyuge del Asegurado.

**PERITO MEDICO:** Médico Especialista o Cirujano, certificado por la Junta de Vigilancia de la profesión médica o por la autoridad correspondiente.

**VISITA MEDICA:** Es la visita que haga el médico tratante al paciente asegurado en el hospital a razón de una (1) visita por día para tratamiento no quirúrgico y dos (2) visitas por día para tratamiento quirúrgico. En algunos casos se evaluará si son necesarias más visitas del médico tratante al paciente.

**HOSPITAL:** Es una institución legalmente autorizada y organizada de acuerdo con la ley, la cual se ocupa de prestar servicios médicos, de diagnóstico y quirúrgicos, para el cuidado y tratamiento de las personas enfermas o lesionadas que se encuentren hospitalizadas y que provee dichas facilidades bajo la supervisión de un cuerpo de médicos, las 24 horas del día y atendido por enfermeras graduadas. En ningún caso dicho término incluirá una institución que se considere una casa de reposo o convalecencia, una enfermería, un asilo de



ancianos o que se dedique al cuidado y tratamiento de adictos a las drogas y/o al alcohol.

**CUARTO Y ALIMENTACION:** El valor convenido por cada día de hospitalización incluyendo el derecho de habitación y alimentación del Asegurado o del familiar dependiente hospitalizado; y tiene como máximo de cobertura el número de días convenido para cada período de hospitalización, siempre y cuando el Asegurado o su familiar dependiente se vea obligado a ingresar en un hospital por prescripción médica.

**PERIODO DE HOSPITALIZACION:** Es el tiempo de la hospitalización del Asegurado o de su familiar dependiente, contado a partir del primer día de ingreso al hospital hasta la fecha del alta o salida, independientemente de la hora en la que se haya dado el ingreso.

**OPERACION QUIRURGICA:** Significará:

- a) Una operación con incisión;
- b) la sutura de una herida;
- c) el tratamiento de una fractura;
- d) la reducción de una luxación;
- e) radioterapia, excluyendo terapia con isótopos radioactivos si se utiliza en lugar de la extracción quirúrgica de un tumor (enfermedad terminal fuera del alcance quirúrgico);
- f) electrocauterización;
- g) el tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y venas trombosadas (varices en las que hay afectación de las safenas, de sus válvulas de drenaje o perforantes, que provocan la dilatación de grandes troncos y que están situados en la superficie de la fascia muscular).

**OPERACION PROGRAMADA:** En el caso que un Asegurado o dependiente necesite someterse a una operación quirúrgica, la cual se decida realizar en forma planificada y que no se considera una intervención de emergencia, el Asegurado deberá notificarlo por escrito a la Aseguradora y si el caso lo amerita, deberá presentar una segunda opinión médica del médico o los médicos que la Aseguradora indique, con el propósito principal de que el Asegurado tenga la seguridad de que la operación indicada por el médico tratante, es realmente necesaria. Por otra parte, el Asegurado deberá solicitar y someter anticipadamente a consideración de la Aseguradora, el presupuesto estimado que comprenderá el detalle de los costos de cirujano, asistente -en caso de ser estrictamente necesario-, anestesista, hospitalización entre otros, para conocer si los mismos están dentro de lo justo, razonable y acostumbrado para la intervención indicada y si la misma estará cubierta conforme a las condiciones y términos de la presente Póliza. Asimismo, el Asegurado deberá adjuntar el informe del médico tratante y en caso de que la Aseguradora lo requiera, el de sus asistentes.

1. El costo de la segunda opinión médica, en caso de ser requerida, correrá en su totalidad por cuenta de la Aseguradora.

2. La condición precedente es válida para los casos en los que la cobertura del seguro comprenda el área centroamericana (excluyendo Belice y Panamá). En los casos en que el Asegurado necesite obtener una cita para recibir atención programada en algún hospital fuera del área centroamericana, será requerido por la Aseguradora que el Asegurado proporcione la referencia de su médico tratante, adicional a la información anteriormente detallada.

**CLAUSULA SEGUNDA.- GASTOS CUBIERTOS.** La presente póliza cubre los gastos médico-hospitalarios que sean calificados como justos, razonables y acostumbrados para cada tratamiento que el Asegurado reciba con motivo de alguna enfermedad o accidente cubierto, originados durante la vigencia del seguro. La cobertura comprende los siguientes

gastos:

1. Servicios de hospital, que comprende el costo de la habitación y alimentos consumidos por el Asegurado o el dependiente asegurado hospitalizado y de acuerdo al valor reflejado en las Condiciones Particulares de la póliza.
2. Honorarios de médicos y cirujanos, que no tengan ningún grado de parentesco con el asegurado, autorizados para el ejercicio de la profesión, por servicios prestados al Asegurado o al familiar dependiente, mientras éste se encuentre en un hospital, clínica o por visita a domicilio.

Para tratamiento no quirúrgico, se procederá con el reembolso de los honorarios médicos por visita al hospital, a razón de una visita diaria.

En todo caso quedará a criterio de la Aseguradora la evaluación del número de visitas, según se requiera por la dificultad del tratamiento.

Los gastos por servicios médicos quirúrgicos cubiertos por ésta póliza estarán sujetos a reembolso hasta por el monto considerado por la Aseguradora como justos, razonables y acostumbrados, y sin exceder de los límites establecidos en la Póliza, según se indica:

- a) Cuando se efectúe una sola intervención, se reembolsará según el costo que corresponda a la cirugía realizada.
- b) Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al asegurado dos o más cirugías en la misma incisión, la Aseguradora pagará únicamente el importe de la cirugía mayor; si el Cirujano efectúa otra intervención diferente de la principal, en una región distinta del cuerpo del Asegurado y en la misma sesión quirúrgica, los honorarios de la segunda intervención quirúrgica se pagarán al 50% de los costos justos, razonables y acostumbrados y cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta.
- c) En los casos de intervenciones quirúrgicas que de acuerdo a su origen por enfermedad o accidente amparado por ésta Póliza, den lugar a procedimientos completos, para la aplicación de los incisos a) y b) anteriores, la Aseguradora evaluará el pago máximo por dicho procedimiento independientemente de que se efectúen una o más intervenciones; considerando siempre lo justo, razonable y acostumbrado.
- d) Si hubiese necesidad de una nueva intervención y la misma se practicase 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 Aseguradora pagará en los casos a), b), c) y d) anteriores, según los aranceles justos, razonables y acostumbrados, hasta por el máximo establecido en la póliza.

3. Servicios de sala de operación y cuidados intensivos; salas de curación, emergencias, pequeñas cirugías y recuperación. En el caso de uso de salas de emergencias, 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(la) mismo(a) no puede(a) ser tratado(a) como consulta externa.

No se cubrirán como emergencia, el importe de aquellos medicamentos que se entreguen al Asegurado para continuar su tratamiento ambulatorio, en exceso de los que le fueron administrados en el hospital.

4. Aplicación de anestesia suministrada por un médico o un anestesista autorizado para tal ejercicio, hasta un máximo equivalente al 35% sobre los honorarios del Cirujano Principal.
5. Medicamentos que sean necesarios para el tratamiento, prescritos por el médico tratante, siempre y cuando el Asegurado los adquiera

en una farmacia autorizada para la venta de tales medicinas.

En el caso de utilización de los servicios de emergencias o internamiento en un hospital, se cubrirán únicamente aquellos medicamentos que son proporcionados o suministrados durante la emergencia u hospitalización.

6. Tratamientos prescritos por el médico tratante para ser suministrados por un radiólogo o un fisioterapeuta y por exámenes de laboratorio hechos para diagnóstico o tratamiento. En ningún caso se pagará cualquier examen que no sea necesario para el diagnóstico de la enfermedad o de lesión corporal por accidente, así como cualquier examen dental por medio de rayos X que no sea hecho como consecuencia de lesión por accidente.

7. Servicio de ambulancia terrestre para viajar de y hacia un hospital local.

8. Atención suministrada por enfermeras tituladas, que no tengan ningún grado de parentesco con el Asegurado, que no vivan en la casa del asegurado y cuyo servicio haya sido indicado por el médico tratante debido a que el caso estrictamente lo amerite a causa de la imposibilidad del Asegurado de valerse por sí mismo, hasta por un período de tres (3) días consecutivos. Pasado este tiempo, si persiste la necesidad de continuar con los servicios de enfermera, deberá presentarse para aprobación de la Aseguradora la prescripción médica correspondiente.

9. Suministro de lo indicado a continuación: sangre o plasma; miembros y ojos artificiales; yeso; tablilla; braguero; oxígeno y alquiler de equipo necesario para su aplicación; alquiler de: muletas, silla de ruedas o cama especial de hospital, alquiler de pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria siempre y cuando sea proporcionado por un establecimiento legalmente autorizado y sea debidamente prescrito por el médico tratante.

10. Gastos de tratamientos de radio, terapia radioactiva, fisioterapia, quimioterapia, rayos láser y criocirugía.

11. Tratamiento médico o quirúrgico para enfermedades mentales, a cargo de Psiquiatra calificado, siempre y cuando el Asegurado o el familiar dependiente se encuentre hospitalizado y sea a consecuencia de una enfermedad cubierta por este seguro.

12. Tratamiento del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), por el cual se pagará hasta el 10% del máximo reembolsable.

**CLAUSULA TERCERA.- GASTOS EXCLUIDOS.** Salvo convenio expreso y por escrito esta póliza no ampara los costos de los siguientes servicios:

1. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo, para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratoconos, queratoplastia, queratotomía radiada, queratomíulesis, cataratas y cualquier procedimiento o corrección de los vicios de refracción 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.

2. Tratamientos o medicamentos no aceptados por la ciencia médica, tales como la Quiropráctica, Acupuntura, Naturistas, Homeópatas, Holística, Herbolaria, Medicina Alternativa, Hipnotismo, y cualquier tratamiento de auto-terapia, medicina biológica, o música terapia, medicina celular; procedimientos nuevos considerados experimentales o de investigación, así como gastos que surjan del tratamiento o materiales cuyas propiedades y/o necesidades médicas no hayan sido claramente definidas.

3. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para enfermedades o lesiones existentes y manifiestas antes de la vigencia del seguro.

4. Anomalías o enfermedades congénitas.

5. Servicios médicos y/o quirúrgicos para tratamientos dentales o maxilofaciales, excepto

para aquellos causados por un accidente y que ocasionen la pérdida de dientes naturales sanos y/o dislocación o fractura de la mandíbula, sufrida a través de medios externos e inesperados, y tratados dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente que le dio origen; siempre y cuando:

- a) el Asegurado haya estado cubierto por ésta Póliza en la fecha de dicho accidente;
- b) el tratamiento de reemplazo de los dientes naturales sea realizado antes de que finalice el período de vigencia de la Póliza dentro del cual se dio el accidente; y
- c) el tratamiento sea realizado por un médico dentista o cirujano dental autorizado para ejercer la profesión. La Aseguradora se reserva el derecho de someter el diagnóstico a una segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.

6. Cirugía plástica, estética, reconstructiva, correctiva o tratamiento cosmético, exceptuando los tratamientos de lesiones sufridas en un accidente, siempre que éste ocurra mientras la persona se encuentre asegurada bajo esta Póliza y que sean proporcionados dentro de los ciento ochenta (180) días después de tal accidente, por un cirujano autorizado para ejercer la profesión. El Asegurado deberá notificar y comprobar a la Aseguradora, que dicho tratamiento es estrictamente necesario. La Aseguradora se reserva el derecho de someter el diagnóstico a una segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.

7. Gastos por septumplastías, operación de cornetes, septorrinoplastías, xantomas o xantelasma, gigantomastías, asimetrías post reconstrucción mamaria, corrección de ptosis palpebrales.

8. Tratamientos suministrados al recién nacido antes de salir del hospital, excepto en los casos siguientes:

- a) por enfermedad contraída después del nacimiento,
- b) por condiciones congénitas anormales y que ocasionen una enfermedad y/o alteración de la salud, y
- c) por parto prematuro.

Las excepciones de los literales b) y c) aplicarán siempre y cuando la madre asegurada haya tenido al momento del parto al menos diez (10) meses de cobertura continua dentro de esta póliza.

9. Todo tratamiento relacionado con maternidad o embarazo y sus complicaciones, parto, puerperio y legrados de cualquier tipo, excepto en los casos de:

- a) Embarazo extrauterino o mola,
- b) Estados de preeclampsia y toxemia gravídica (eclampsia).

Esta excepción aplicará siempre y cuando la madre asegurada haya tenido al momento de la complicación al menos diez (10) meses de cobertura continua dentro de esta póliza, siempre y cuando no provenga de tratamientos de infertilidad o fecundación invitro.

10. Inmunizaciones, pruebas de sensibilidad, diagnóstico y tratamientos de alergias; medicamentos como vitaminas, minerales, reconstituyentes.

11. Compras de medicamentos que se efectúen en el consultorio médico u otro establecimiento que no sea una farmacia autorizada para la venta de los mismos.

En el caso de utilización de los servicios de emergencias o internamiento en un hospital, en el rubro de medicinas en ningún caso se cubrirán medicamentos que se entreguen al asegurado para continuar su tratamiento fuera del hospital.

12. Cualquier tratamiento relacionado con I menopáusia o andropáusia.

13. Cualquier tratamiento médico o quirúrgico ambulatorio por enfermedad nerviosa, psiquiátrica o psicológica; trastornos mentales, trastornos del sueño de origen nervioso, trastornos de conducta, estrés o surmenaje.
14. Tratamientos por mal funcionamiento o deficiencia del sistema endocrino que no causen detrimento o menoscabo de la salud, tales como deficiencia de la hormona del crecimiento, telarquía precoz, y otros padecimientos similares.
15. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir cifosis, lordosis o escoliosis; todos los padecimientos propios de la columna vertebral excepto en casos de lesión accidental.
16. Honorarios médicos por visitas a domicilio, excepto en los casos estrictamente necesarios.
17. 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.
18. Tratamientos de síndrome convulsivo, epilepsia y sus complicaciones.
19. Prostatéctomía efectuada después de que el Asegurado haya cumplido 55 años, la histerectomía antes de que la Asegurada cumpla los 50 años, excepto en casos de cáncer o algún padecimiento que lleve al mismo. La Aseguradora se reserva el derecho de someter el diagnóstico a segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.
20. Enfermedades originadas por epidemias declaradas o no como tales por el Gobierno.

#### **CLAUSULA CUARTA.- GASTOS NO CUBIERTOS.**

Queda entendido que este contrato en ninguna forma cubre los accidentes, enfermedades, padecimientos, lesiones y tratamientos causados por o derivados de:

1. Cualquier enfermedad, condición o proceso degenerativo o natural.
2. Honorarios médicos de rutina y exámenes generales que no sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad, incluyendo aquellos prescritos por el médico tratante y que resultasen normales o negativos.
3. Toda enfermedad o accidente proveniente de la ocupación del asegurado o dependiente afectado.
4. Condiciones geriátricas o seniles.
5. Insurrección, invasión, guerra declarada o no, guerra interna, revolución, rebelión, insurrección, levantamiento popular o militar, suspensión de garantías, paros laborales, huelgas o disturbios de carácter obrero, terrorismo.
6. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.
7. Servicio militar, naval, de seguridad, vigilancia o de policía
8. Pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo, mientras tomen parte en o práctica en eventos deportivos peligrosos competitivos, profesionales u organizados; tales como paracaidismo; deportes marítimos o fluviales como buceo, remo, esquí; vuelos en planeadores, vuelos delta o similares; artes marciales, boxeo, lucha libre, lucha greco-romana, u otras similares; cacería, tiro, tauromaquia, montadura; equitación; jockey; ciclismo en general; motociclismo; triatlón; bungee; alpinismo; espeleología y rapel; montañismo o escalamiento de rocas con ayuda de cuerdas o guías; entre otros.
9. Daños personales sufridos por el Asegurado bajo la influencia o efectos de alcohol o drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento.
10. Tratamientos médicos como curas de reposo, convalecencia o períodos de cuarentena o aislamiento por adicciones de cualquier tipo.
11. Trastornos o apneas del sueño sean estas central, obstructiva o idiopática; polisomnografías, y cualquier tratamiento relacionado con éste.
12. Gastos de sanatorios o clínicas por lesiones debidas a estados de trastornos mentales,

tales como: lesiones autoinflingidas o intento de suicidio.

13. Lesiones voluntarias estando el Asegurado en pleno uso de sus facultades mentales.

14. Consultas o tratamientos realizados por psicólogos, neurólogos o psiquiatras, a consecuencia de hiperactividad, déficit de atención, trastorno bipolar, autismo cualesquiera sean sus manifestaciones, parálisis cerebral o secuelas de ésta, síndrome de Down, retardo mental, y otros síndromes similares, incluyendo también las terapias fonoaudiológicas y ocupacionales para el tratamiento de estos padecimientos.

15. Auto prescripción de medicinas

16. Medicinas de venta popular no controlada por la autoridad de salud competente.

17. Servicios, medicamentos, equipos o artefactos que no tengan relación con la enfermedad o que no sean medicamentos necesarios para el tratamiento específico de la dolencia.

18. Todo medicamento en forma de anticonceptivos, incluyendo jaleas, cremas y otros derivados; además de dispositivos intrauterinos o diafragmas.

19. Medicamentos en experimentación; medicamentos no registrados o aprobados por la Dirección Nacional de Medicamentos.

20. Leches, alimentos especiales para prevenir alergias, y cualquier otro tipo de padecimientos como problemas de absorción, o desnutriciones.

21. Vendajes o materiales para tratamiento ambulatorio aun cuando sean ordenados por el médico tratante, excepto aquellos colocados por médico autorizado en un centro asistencial.

22. Gastos ocasionados por familiares o acompañantes de un Asegurado durante su internación en un hospital, tales como habitación, cama o alimentos extras.

23. Aparatos ortopédicos, mecánicos o bioeléctricos de cualquier clase, excepto lo descrito en la Cláusula Segunda – Gastos Cubiertos - de la presente póliza.

24. Todo hecho ilegal que el Asegurado cometa o trate de cometer, incluyendo las riñas provocadas por éste; o su participación en delitos, duelos o riñas provocadas por otros.

25. Cualquier lesión o enfermedad que sufra el asegurado cuando se exponga voluntariamente al riesgo que la provocó sabiendo que podía ocasionar daño, excepto en aquellos casos en los cuales esté en peligro su vida o la de algún miembro de su grupo familiar.

26. Lesiones que sufra el Asegurado mientras viaje en aeronaves de cualquier tipo, que no pertenezca a línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.

27. Tratamiento de alcoholismo crónico o toxicomanía y sus consecuencias, desintoxicación por el uso excesivo o abuso de sustancias prohibidas o de medicamentos de uso controlado.

28. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas contra la calvicie; obesidad, bajo peso, bulimia, anorexia; acné en cualquiera de sus manifestaciones, nevos, telangiectasias (várices cuya afección es prioritariamente estética), varicocele.

29. Tratamientos podiátricos relacionados con deformidades congénitas, callos, hallux valgus (juanete), pie plano, pie varo y similares, arcos débiles, pies débiles; zapatos ortopédicos, plantillas y soportes; cuidados de los pies y manos, de uñas, tratamientos por onicomycosis, onicocriptosis, y los daños que sean causados como consecuencia de un manicure o pedicure.

30. Los gastos incurridos por tratamiento de fecundación in vitro y sus complicaciones, así como el tratamiento de la infertilidad, la esterilidad, control natal, modificación del sexo; restablecimiento de la fertilidad; disfunción eréctil o impotencia, frigidez, tratamientos por transformaciones o mal funcionamiento sexual.

31. Gastos por padecimientos o malformaciones congénitas, nacimientos prematuros,

provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad o fecundación invitro.

32. Se considerará como una complicación del tratamiento de infertilidad o fecundación invitro el embarazo múltiple a consecuencia de este procedimiento, por lo tanto, los nacimientos prematuros a consecuencia de estos tratamientos no estarán cubiertos.

33. No estarán cubiertos los gastos originados por complicación del recién nacido como consecuencia de un padecimiento no cubierto para la madre asegurada.

34. Gastos por tratamientos médicos incurridos después de la fecha de vencimiento de la póliza, a causa de accidente o enfermedades que ocurrieron durante el período de vigencia de la póliza.

## **CONDICIONES RELACIONADAS A LOS ASEGURADOS**

### **CLAUSULA QUINTA.- EDAD.**

Para formar parte del grupo asegurado se requiere que en el momento de la inscripción, la edad del solicitante o de su cónyuge no sea mayor de 60 años; reduciéndose automáticamente y sin previo aviso el Máximo Reembolsable a un 50 % al cumplir los 65 años de edad y terminando la cobertura a los 70 años.

Si por error o dolo se inscribió en el grupo asegurado a individuos mayores de 60 años, la Aseguradora podrá pedir la nulidad de la respectiva inscripción, quedando ésta obligada únicamente a devolver las primas cobradas en relación con tal inscripción.

### **CLAUSULA SEXTA.- INSCRIPCION Y CANCELACIÓN DE ASEGURADOS.**

Las personas que reúnan las condiciones necesarias para formar parte del grupo asegurado, serán inscritas por la Aseguradora en un registro de asegurados que forma parte de esta póliza, la cual será renovable anualmente.

Durante la vigencia de esta póliza el Contratante deberá enviar a la Aseguradora las solicitudes de inscripción y las declaraciones de salud correspondientes a todas las personas que lleguen a reunir las condiciones necesarias para formar parte del grupo asegurado. La Aseguradora al aceptar la inscripción de los nuevos Asegurados, lo hará constar en Cédulas de Inscripción que formarán parte del registro antes mencionado.

Cuando uno o varios asegurados dejen de reunir las condiciones necesarias para formar parte del grupo asegurado, el Contratante deberá notificarlo a la Aseguradora, solicitando cancelar las inscripciones correspondientes. La Aseguradora, al recibir las solicitudes mencionadas cancelará las inscripciones haciéndolo constar en Cédulas de Cancelación que formarán parte del registro de Asegurados.

Terminación del seguro para Titular Asegurado. La cobertura de seguro del Titular Asegurado podrá terminar por las siguientes razones:

- a. Por falta de pago de primas.
- b. Cuando pierde la relación laboral con el Contratante asegurado.
- c. Por vencimiento o caducidad de la póliza.
- d. Por muerte del Titular Asegurado.
- e. Cuando cumpla la edad límite establecida para cobertura del Titular asegurado.
- f. Por vencimiento o caducidad de la Póliza principal a la cual se encuentre anexa esta cobertura de Gastos Médico Hospitalaria.

Terminación del seguro para Dependientes. La ocurrencia de cualesquiera de las siguientes situaciones terminará la cobertura de seguro de los Dependientes:

- a. Cuando cumpla la edad límite establecida en esta póliza para la cobertura a Dependientes.

- b. Cuando deje de cumplir alguno de los requisitos establecidos para formar parte de esta póliza.
- c. Cuando termine la relación de parentesco con el Titular Asegurado.
- d. Cuando el Titular Asegurado pierda la calidad de asegurado.
- e. Cuando se emita un endoso que elimine la cobertura para Dependientes.

#### **CONDICIONES APLICABLES EN CASO DE SINIESTRO**

##### **CLAUSULA SÉPTIMA.- PROCEDIMIENTO PARA EL REEMBOLSO DE GASTOS.**

Para obtener el reembolso del importe de los gastos médico-hospitalarios a consecuencia de enfermedad o accidente en que incurran las personas que formen parte del grupo asegurado por esta póliza y que se encuentren cubiertos por la misma, el Titular Asegurado deberá:

- a) Avisar por escrito a la Aseguradora dentro de los cinco (5) días siguientes de haberse producido el hecho, completando el formulario que, para tal efecto, será proporcionado por la Aseguradora, expresando la naturaleza, sitio donde se encuentra recibiendo tratamiento, fecha de ingreso al hospital y cualquier otro dato importante para su calificación.
- b) Presentar a la Aseguradora los recibos, facturas o estados de cuenta respectivos, a más tardar treinta (30) días después de la salida del hospital o de terminado el servicio médico que dé lugar al pago de algún beneficio.
- c) Rendir a la Aseguradora todas las informaciones que ésta requiera en relación con el siniestro, así como concederle autorización para obtenerlas de otras fuentes. La Aseguradora queda facultada para practicar las inspecciones que sean necesarias en los registros del Contratante y solicitar informes de los proveedores que hayan prestado sus servicios médico-hospitalarios al Asegurado.
- d) El Contratante informará a la Aseguradora todos los datos relativos al empleado, como nombre, fecha de nacimiento, fecha de ingreso y demás circunstancias necesarias según le sea solicitado.
- e) La Aseguradora podrá nombrar un Médico para comprobar la enfermedad o las lesiones del Asegurado, verificar y ajustar los gastos cuyo reembolso se solicite.

El incumplimiento de las obligaciones antes indicadas dará derecho a la Aseguradora para rechazar el reembolso de gastos, lo que comunicará por escrito al Contratante.

##### **CLAUSULA OCTAVA.- REEMBOLSO DE LA INDEMNIZACIÓN.**

Las cantidades que la Aseguradora tenga que pagar en concepto de indemnización, podrán ser entregadas al Contratante o al Afiliado. La indemnización será exigible treinta (30) días después de la fecha en que la Aseguradora haya recibido los documentos completos e información necesaria que le permitan conocer y evaluar el fundamento de la reclamación.

##### **CLAUSULA NOVENA.- RESPONSABILIDAD MAXIMA DE LA ASEGURADORA.**

La responsabilidad máxima de la Aseguradora para uno o varios accidentes o enfermedades, durante cada año de vigencia de esta póliza, no podrá exceder al Máximo Reembolsable o sub-límites que se indican en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de esta póliza.

Todo gasto en exceso o no cubierto por la presente póliza deberá ser absorbido por el Asegurado.

##### **CLAUSULA DÉCIMA.- OTROS SEGUROS.**



Si el Asegurado o sus familiares estuviesen amparados en todo o en parte por otros seguros de este u otro ramo, que cubra los mismos riesgos, tomados bien en la misma fecha o antes o después de la fecha de esta póliza, el Asegurado deberá declararlo inmediatamente a la Aseguradora por escrito, para que ésta lo haga constar en la póliza o en endoso que forme parte de la misma. En igual forma el Asegurado deberá declarar cualquier modificación que se produzca en tales seguros.

Si al momento de ocurrir un siniestro existiesen otros seguros declarados a la Aseguradora, la responsabilidad de ésta quedará limitada a la proporción que exista entre la suma asegurada de esta póliza y la suma total de los seguros contratados.

**CLAUSULA DECIMA PRIMERA.- REEMBOLSO POR PARTE DEL ASEGURADO Y/O EL CONTRATANTE.**

La persona asegurada y/o el Contratante se obliga a reembolsar a la Aseguradora las sumas que ésta hubiese pagado en relación con un siniestro, que posteriormente se descubra no haber estado cubierto, de conformidad a lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza.

**CONDICIONES RELACIONADAS A LA FORMA DEL CONTRATO.**

**CLAUSULA DECIMA SEGUNDA.- CONSTITUCION DEL CONTRATO.**

El Contrato de seguro queda constituido por la solicitud del Contratante a la Aseguradora, que es la base de este contrato, por la presente Póliza y por los anexos o endosos que formen parte de la misma, si los hubiere, y además por las solicitudes del Contratante para la inscripción de los Asegurados y por las declaraciones de éstos.

El contrato de seguro se perfecciona por la aceptación por escrito del Asegurador, sin que pueda supeditarse su vigencia al pago de la prima inicial, o a la entrega de la Póliza o de un documento equivalente.

**CLAUSULA DECIMA TERCERA.- CERTIFICADO DE SEGURO.**

La Aseguradora emitirá un Certificado de Seguro por cada Afiliado que sea inscrito, en el cual se harán constar los datos relativos al seguro. Los certificados serán entregados a los afiliados por intermedio del Contratante.

Los Asegurados podrán solicitar a la Aseguradora, por intermedio del Contratante, la anotación en sus respectivos certificados de cualquier circunstancia que modifique los datos contenidos en ellos.

**CLAUSULA DECIMA CUARTA.- MODIFICACION DEL CONTRATO.**

Toda solicitud de modificación del Contrato deberá hacerse por escrito a la Aseguradora, entendiéndose que ésta las resolverá mediante comunicación por escrito al Contratante.

**CLAUSULA DECIMA QUINTA.- CAMBIO DE CONTRATANTE.**

Si el Contratante fuese sustituido por otro, deberá comunicarse por escrito esta circunstancia a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya ocurrido tal sustitución; y si ésta la acepta lo hará constar en endoso que forme parte de la póliza. En caso contrario, la Aseguradora tendrá acción para dar por terminado el contrato y devolverá al Contratante la prima no devengada, si la hubiera.

**CLAUSULA DECIMA SEXTA.- CADUCIDAD DEL CONTRATO.**

El Contratante podrá dar por terminado este contrato, mediante aviso por escrito a la Aseguradora, indicando la fecha en que la presente póliza deba cancelarse.

#### **CLAUSULA DECIMA SÉPTIMA.- RENOVACIÓN.**

El Contrato podrá renovarse por mutuo consentimiento de las partes, por periodos anuales consecutivos, siempre que el Contratante pague las primas correspondientes.

La renovación podrá hacerse mientras el grupo se encuentre integrado por lo menos con el setenta y cinco por ciento (75%) de las personas que reúnan las condiciones para formar parte del grupo y como mínimo, por veinte (20) personas en categoría de Titular Empleado del Contratante.

#### **CLAUSULA DECIMA OCTAVA.- PRIMA.**

a) Monto y Condiciones de pago.- El monto y las condiciones de pago de la prima se establecen en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

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

c) Rehabilitación y Caducidad.- Vencido el período de gracia, los efectos del contrato quedarán en suspenso, sin embargo, el Contratante dispondrá de tres (3) meses para rehabilitarlo pagando la totalidad de las primas vencidas y las que estén por vencer, y los beneficios del seguro se rehabilitarán a partir de la fecha en que se efectúe el pago respectivo, si pasado este período las primas no fueren pagadas en su totalidad, la póliza será cancelada automáticamente.

d) Prima No Devengada.-

Por cancelación anticipada de la Póliza: Cuando el Contratante decide cancelar la póliza antes de terminar la vigencia, la Aseguradora al aceptar la cancelación procederá a reembolsar al Contratante la prima no devengada por el tiempo que falte por transcurrir para el vencimiento natural de la póliza. En caso de existir en dicha póliza asegurados titulares o dependientes por los cuales se hayan efectuado pago de reclamaciones, el Contratante estará obligado a pagar la prima anual completa correspondiente a dichos empleados independientemente del tiempo que estuvo asegurado durante la vigencia, y en caso de que la prima ya estuviese pagada en su totalidad no aplicará devolución.

Por exclusión de asegurado titular o dependiente: Al solicitar el Contratante la exclusión de un asegurado titular por cualquier causa, la Aseguradora procederá a efectuar el cálculo de la prima por el tiempo que el Asegurado Titular estuvo asegurado y se devolverá la prima no devengada por el tiempo que faltase por transcurrir para el vencimiento natural de la póliza.

Si se tratase de un asegurado por el cual se hayan efectuado pagos de reclamaciones, el Contratante estará obligado a pagar la prima anual completa correspondiente a dicho empleado independientemente del tiempo que estuvo asegurado durante la vigencia, y en caso de que la prima ya estuviese pagada en su totalidad no aplicará devolución.

Por exclusiones de dependientes no existen devoluciones de prima.

Por sustitución de Póliza: Si la cancelación fuese debido a la sustitución de la presente póliza por otra de esta Aseguradora, la prima no devengada se calculará a prorrata y será aplicada al pago de la prima correspondiente a la nueva póliza.

#### **CLAUSULA DECIMA NOVENA.- LUGAR DE PAGO.**

Todo pago que el Contratante o la Aseguradora tengan que efectuar con motivo de la póliza, lo harán en la Oficina Principal de la Aseguradora en la ciudad de San Salvador, o en cualquier otro lugar que por mutuo acuerdo se establezca en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

**CLAUSULA VIGÉSIMA.- MONEDA.**

Toda prima o indemnización resultante de la aplicación de ésta póliza será pagadera en moneda de curso legal al momento de efectuar dicho pago.

Cuando los gastos médicos y/o hospitalarios se incurran fuera del área centroamericana incluyendo Panamá y Belice, el deducible y el coaseguro serán deducidos de la indemnización en Dólares de los Estados Unidos de América (US\$) y serán reembolsados en Dólares de los Estados Unidos de América (US\$) al tipo de cambio vigente a la fecha en la localidad en donde ocurrió el siniestro.

**CLAUSULA VIGÉSIMA PRIMERA.- CESION.**

Los derechos concedidos por la póliza no podrán ser objeto de cesión.

**CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA.- DOLO O FRAUDE.**

El dolo o culpa grave en las declaraciones del Asegurado o del Contratante o la omisión dolosa o culposa en ellas, respecto a hechos importantes para la apreciación del riesgo, da derecho a la Aseguradora para pedir la rescisión del Contrato, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o culpable, quedando a favor de la misma la prima correspondiente al período de seguro en curso en el momento en que se conozca el dolo o culpa grave, y en todo caso, la prima convenida por el primer año.

Si la inexactitud u omisión de las declaraciones no se debiera a dolo o culpa grave, el Contratante o Asegurado estara obligado en ponerlo en conocimiento a la Aseguradora tan pronto como advierta estas circunstancias, bajo pena que se le considere responsable de dolo.

Dado el aviso correspondiente por el Contratante o Asegurado la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación, a menos que las partes convengan en aumentar las primas. Si el riesgo no fuera asegurable, la Aseguradora tendrá derecho a rescindir el contrato.

**CLAUSULA VIGESIMA TERCERA.- COMUNICACIONES.**

Toda declaración o comunicación a la Aseguradora, relacionada con la Póliza, deberá hacerse por escrito dirigida a la oficina principal de la misma. Los Intermediarios no tienen facultad para recibir comunicaciones o declaraciones en nombre de la Aseguradora.

Las comunicaciones que la Aseguradora, deba hacer al Contratante o al Asegurado o a sus causahabientes, las enviará por escrito a la última dirección conocida por ella.

**CLAUSULA VIGESIMA CUARTA.- REPOSICIÓN.**

En caso de destrucción, robo o extravío de la Póliza, será repuesta por la Aseguradora, previa solicitud escrita del Contratante, siguiéndose los trámites que señala el Código de Comercio en lo que fuese aplicable. Los gastos de reposición de la Póliza serán por cuenta de quien lo solicite.

**CLAUSULA VIGESIMA QUINTA.- PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO.**

En caso de discrepancia del Asegurado o beneficiario con la Aseguradora, en el pago de

un siniestro, el interesado acudirá ante la Superintendencia del Sistema Financiero y solicitará por escrito que se cite a la Aseguradora a una audiencia conciliatoria. El reclamante presentará un escrito acompañado de una copia, en el cual expondrá las razones que motivan su discrepancia. Recibido el mismo, la Superintendencia enviará una copia a la Aseguradora en el término de cinco días hábiles después de recibida, para que ésta, mediante su representante legal o apoderado especialmente autorizado, y dentro del término de cinco (5) días hábiles contados a partir del día que la reciba, rinda información detallando cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación.

La Superintendencia citará a las partes a una audiencia conciliatoria que se realizará dentro de quince días hábiles, a partir de la fecha en que reciba el informe de la Aseguradora respecto a la reclamación. Si por cualquier circunstancia la audiencia conciliatoria no se pudiere celebrar se señalará nueva fecha para verificarla dentro de los ocho días hábiles siguientes.

A la audiencia conciliatoria, el reclamante y la Aseguradora, podrán comparecer personalmente, por medio de su representante legal o por apoderado especial designado al efecto.

En la audiencia se exhortará a las partes a que, se concilien sus intereses; y si se llegare a un arreglo, el compromiso se hará constar en acta que al efecto se levantará en la audiencia conciliatoria y su cumplimiento será verificado por la Superintendencia. En todo caso las partes podrán alegar en la audiencia la imposibilidad de conciliar.

En caso de que el reclamante no comparezca a ninguna de las citas de la audiencia conciliatoria, se entenderá que no desea la conciliación.

Agotado el procedimiento anterior, la Superintendencia ordenará que se cancele la reserva que se hubiere constituido en el momento de tener conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

La presentación de la reclamación ante la Superintendencia interrumpirá el término de la prescripción.

#### **CLAUSULA VIGESIMA SEXTA.- PERITAJE.**

En caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora acerca del importe de cualquier siniestro cubierto por esta Póliza, la cuestión será sometida, exclusivamente para ese objeto, a dictamen de un Perito nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes; pero si no se pusieren de acuerdo en el nombramiento de un solo Perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de un mes a partir de la fecha en que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciere. Antes de empezar sus labores, los dos Peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia.

Si una de las partes se negare a nombrar su Perito o simplemente no lo hiciere cuando sea requerida por la otra, o si los Peritos no se pusieren de acuerdo en el nombramiento del tercero, será la autoridad judicial correspondiente la que a petición de cualquiera de las partes hará el nombramiento del Perito, el Perito tercero, o de ambos, si así fuere necesario.

El fallecimiento de una de las partes, cuando fuere persona física, o su disolución si fuere una Sociedad, ocurridos mientras se esté realizando el peritaje, no anulará ni afectará los poderes o atribuciones de los Peritos. Si alguno de los Peritos de las partes o el tercero falleciere antes del dictamen, será designado otro por quien corresponda (las partes, los Peritos o la autoridad judicial), para que lo sustituya.

Los gastos y costas que se originen con motivo del peritaje, serán a cargo de la Aseguradora y del Asegurado por partes iguales, pero cada parte cubrirá los honorarios de su propio Perito, en su caso.

El peritaje a que esta condición se refiere, no significa aceptación de la reclamación por

parte de la Aseguradora; solamente determinará el importe de la pérdida, quedando las partes en libertad de ejercer las acciones y oponer las excepciones correspondientes.

#### **CLAUSULA VIGÉSIMA SEPTIMA.- PRESCRIPCION.**

Salvo lo estipulado en los artículos 1383 y 1384 del Código de Comercio, los beneficios del presente contrato prescribirán a los treinta (30) días posteriores a la fecha de terminación del contrato.

#### **CLAUSULA VIGESIMA OCTAVA.- COMPETENCIA.**

En caso de controversia en relación con la presente Póliza, y ya agotado el procedimiento conciliatorio ante la Superintendencia del Sistema Financiero, previa certificación de la misma, las partes podrán ocurrir ante los Tribunales de San Salvador, a cuya jurisdicción quedan expresamente sometidas.

## **SEGURO DE GASTOS MÉDICOS**

### **Condiciones especiales:**

#### **Grupo Familiar:**

Empleado Asegurado, su cónyuge o compañero(a) de vida, hijos, hijastros, e hijos adoptivos, que vivan en el hogar del Asegurado, que dependan económicamente de él, que sean estudiantes a tiempo completo y que estén registrados como dependientes en los archivos del Contratante.

#### **Cobertura:**

La póliza cubre los gastos médicos hospitalarios que sean calificados como justos, razonables y acostumbrados para cada tratamiento que el asegurado reciba con motivo de alguna enfermedad o accidente cubierto, originados durante la vigencia del seguro.

#### **Edad Término de Cobertura:**

##### Empleado y Cónyuge:

Para formar parte del grupo asegurado se requiere que al inicio de la póliza o en el momento de la inscripción, la edad del solicitante o de su cónyuge no sea mayor de 69 años; reduciéndose el Máximo Reembolsable de forma automática y sin previo aviso un 50% al cumplir los 65 años de edad y terminando la cobertura a los 75 años.

##### Hijos, Hijastros e Hijos Adoptivos:

Desde el primer día de nacidos, hasta los 19 años de edad, si son solteros, estudiantes a tiempo completo y que sean dependientes económicamente del asegurado; esta edad puede ampliarse hasta los 25 años de edad siempre y cuando se demuestre que es estudiante a tiempo completo, soltero y que económicamente dependa del asegurado.

#### **Beneficios y Limites del Seguro:**

##### **Clase 1:**

- Límite Geográfico: Centroamericana, incluyendo Belice y Panamá.
- Máximo vitalicio: \$20,000.00
- Cuarto y Alimentación: Dentro del Área Centroamericana \$40.00
- Deducible: Dentro del Área Centroamérica \$100.00 año póliza, máximo 3 por grupo familiar.
- Porcentaje de Reembolso: Dentro del Área Centroamericana 80%
- Porcentaje de Coaseguro: Dentro del Área Centroamericana 20%

##### **Clase 2:**

- Límite Geográfico: Centroamericana, incluyendo Belice y Panamá.

- Máximo vitalicio: \$15,000.00
- Cuarto y Alimentación: Dentro del Área Centroamericana \$40.00
- Deducible: Dentro del Área Centroamérica \$100.00 año póliza, máximo 3 por grupo familiar.
- Porcentaje de Reembolso: Dentro del Área Centroamericana 80%
- Porcentaje de Coaseguro: Dentro del Área Centroamericana 20%

### **Coberturas Especiales:**

- 1) Servicios de hospital que comprende el costo de la habitación y alimentos consumidos por el Asegurado o el dependiente asegurado hospitalizado y de acuerdo al valor reflejado en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 2) Servicios de Sala de operación y cuidados intensivos de acuerdo a las condiciones generales de la póliza.
- 3) Honorarios de médicos y cirujanos autorizados para el ejercicio de la profesión, por servicios prestados al asegurado en relación a una enfermedad o accidente, en un hospital, clínica o en su consultorio particular.
- 4) Aplicación de anestesia suministrada por un médico o un anestesista autorizado para el ejercicio, hasta un máximo equivalente al 35% sobre los honorarios del Cirujano principal.
- 5) Medicamentos que sean necesarios para el tratamiento, prescritos por el médico tratante, de acuerdo a Condiciones Generales de la póliza.
- 6) Gastos de análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isotopos radioactivos, de electrocardiografía, encefalografía, tomografía axial computarizada, "scan" o cualesquiera otro, indispensable para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente, practicando en un hospital o clínica.
- 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; cuando estén indicados por el médico tratante.
- 9) Gastos de consumo de oxígeno; terapia respiratoria y nebulizaciones
- 10) Gastos por alquiler de muletas, sillas de ruedas, camas especiales para enfermo y otros aparatos semejantes; así como el alquiler de órganos mecánicos (pulmón artificial, riñón artificial, etc.) siempre y cuando estén indicados por el médico tratante.
- 11) Gastos por tratamientos de radio o terapias, radioterapias, fisioterapias, quimioterapia, rayos laser, criocirugía y cualquier otro avance tecnológico.
- 12) Únicamente en caso de accidentes los gastos por aparatos de prótesis dental, ojos o miembros artificiales necesarios.
- 13) Gastos de transporte de ambulancia hacia o desde un hospital o clínica, cuando se justifique este servicio y sean necesarios por la gravedad de la enfermedad o lesiones corporales. Ambulancia Terrestre de acuerdo a lo razonable y acostumbrado, Ambulancia Aérea hasta por \$20,000.00
- 14) Honorarios de enfermera, siempre que no tengan ningún grado de parentesco con el asegurado, que no resida en casa del asegurado y que el médico tratante determine y justifique la necesidad clínica.
- 15) Tratamiento dental, alveolar, gingival originados por causa accidentales comprobadas que ocasionen pérdida de dientes naturales y dislocación o fractura de mandíbula, mientras las personas se encuentre asegurada y que el tratamiento sea suministrado dentro de los 90 días siguientes al accidente, por un cirujano dentista autorizado para ejercer la profesión.
- 16) Tratamiento de una fisioterapeuta, siempre que sea recomendado expresamente por el médico tratante y que no sea miembro de la familia del asegurado.
- 17) Extracción de terceras molares o cordales impactadas, incluyendo rayos X y medicamentos, sin límite de edad.
- 18) Tratamiento de desórdenes mentales y nerviosos con hospitalización, con cobertura hasta la suma asegurada. Sin hospitalización, cualquier enfermedad psiquiátrica o psicológica: trastornos mentales, nerviosos, psiconeurosis, histerias, cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas, igualmente,

trastornos de conducta, lenguaje y el aprendizaje, todos ellos por enfermedad o accidente, hasta la suma de \$3,000.00 por grupo familiar año póliza.

- 19) Gastos por litotripsia por ultrasonido, imágenes por resonancia magnética y cirugía laparoscópica con láser o sin él.
- 20) Tratamiento de alergias de cualquier tipo, incluyendo pruebas de alergias.
- 21) Gastos por circuncisiones por enfermedad.
- 22) Consulta general externa y por especialidades de acuerdo a lo usual, razonable y acostumbrado
- 23) Gastos de cirugía plástica que resulte de: Lesiones o deformaciones producidas por un accidente cubierto y ocurrido en la vigencia de la póliza y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente.
- 24) Prostectomía e histerectomía sin límite de edad.
- 25) Lesiones derivadas de fenómenos de la naturaleza de carácter catastróficos.
- 26) Gastos por tratamiento del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones, hasta el 25% del máximo vitalicio.
- 27) Vacunas preventivas sin límite de edad, y al 100%.
- 28) Cobertura para la compra de aros y lentes, prescritos por el medico oftalmólogo por primera vez o por cambio de graduación, hasta un máximo de \$100.00 solo para el titular, sin aplicación de deducible ni coaseguro.
- 29) Exámenes con avances tecnológicos con fines de diagnóstico.
- 30) Tratamientos por inyecciones esclerosantes y venas varicosas sintomáticas, siempre y cuando no sea cosmético.
- 31) Tratamiento de epilepsia y sus complicaciones.
- 32) Cobertura para hernias de cualquier tipo.
- 33) Cobertura para trasplante de órganos mayores, tales como corazón, riñón, pulmón, hígado o medula ósea de acuerdo al límite máximo no reducido, no cubre los gastos de donante.
- 34) Zapatos ortopédicos un par por año póliza, para hijos dependientes menores de 14 años de edad, hasta un límite de \$60.00 por grupo familiar por año póliza.
- 35) Cobertura de epidemias declaradas o no dentro de la Republica de El Salvador.
- 36) Cirugías oftalmológicas incluyendo la corrección de los vicios de refracción a partir de los 5º de dioptrías, pterigion y cataratas sin límite de edad.
- 37) Vitaminas y complementos vitamínicos y minerales que tengan relación directa con el tratamiento de una enfermedad o diagnóstico cubierto.
- 38) Cobertura para andropausia y menopausia, se excluyen tratamientos hormonales, sin límite de edad.
- 39) Honorarios por ayudantía medica cuando sea requerida, de acuerdo a lo razonable y acostumbrado.
- 40) Esterilización para ambos sexos, por prescripción médica.

#### **Concesiones Especiales:**

- Periodo de presentación de reclamos hasta por 12 meses.
- Reinstalación de la suma asegurada hasta un 100% del máximo vitalicio.
- Toda indemnización se realizara a base de reembolso.
  
- **Seguro Automático:** Toda persona que llegue a reunir las condiciones necesarias para formar parte del grupo asegurado quedará automáticamente asegurado durante un período de 60 días, contados a partir de la fecha en que reunió tales condiciones.
- Preexistencias
  - Para el grupo inicial, sin periodo de espera, con continuidad de cobertura para aquellas enfermedades que no están consideradas como enfermedades graves y/o terminales.
  - Preexistencias para nuevos asegurados después de 3 meses.

- Periodo de 15 días hábiles, para reembolso de reclamos, mediante abono electrónico a cuenta bancaria.
- Se podrá adicionar a empleados con familia, dentro de la misma póliza, de acuerdo a la prima indicada en las condiciones especiales, siempre y cuando el pago se realice a través de planilla de la UTE.
- **Privilegio de conversión:** Los asegurados (titulares) que dejen de reunir las condiciones necesarias para seguir cubiertos en el seguro colectivo, podrán optar, sin presentar pruebas de salud, a un plan individual gozando de continuidad de cobertura sin aplicar preexistencias.
- Se podrá mantener asegurado al titular hasta que finalice la vigencia de la póliza, aun si deja de laborar en la Unidad Técnica Ejecutiva del Sector de Justicia.

**Plan Dental:**

Suma Asegurada: dentro del máximo vitalicio indicado en la póliza.

Deducible: dentro del indicado en la póliza.

Porcentajes de Reembolso: 80%

Coberturas:

- 1. Tipo I: Tratamiento Preventivo:
  - A) Limpieza.
- 2. Tipo II: Tratamiento Restaurativo:
  - A) Extracciones simples.
  - B) Restauración, rellenos de amalgama o proceso sintético.

**POLIZA DE SEGUROS DE GASTOS MEDICOS  
70BC29**

**CONTRATANTE:** Unidad Tecnica Ejecutiva del Sector de Justicia

**VIGENCIA:** Desde el 31 de Diciembre de 2014 hasta el 31 de Diciembre de 2015.

Ambas fechas a las 12 horas del día.

N°	Nombre	Fecha nacimiento	Maximo Vitalicio	Prima Anual
<b>Clase 1</b>				
1	[...]	[...]	\$ 20,000.00	\$ 301.00
2	[...]	[...]	\$ 20,000.00	\$ 301.00
3	[...]	[...]	\$ 20,000.00	\$ 301.00
4	[...]	[...]	\$ 20,000.00	\$ 301.00
5	[...]	[...]	\$ 20,000.00	\$ 301.00
6	[...]	[...]	\$ 20,000.00	\$ 301.00
7	[...]	[...]	\$ 20,000.00	\$ 301.00
8	[...]	[...]	\$ 20,000.00	\$ 301.00
9	[...]	[...]	\$ 20,000.00	\$ 301.00



10	[...]	[...]	\$ 20,000.00	\$ 301.00
11	[...]	[...]	\$ 20,000.00	\$ 301.00
12	[...]	[...]	\$ 20,000.00	\$ 301.00
13	[...]	[...]	\$ 20,000.00	\$ 301.00
14	[...]	[...]	\$ 20,000.00	\$ 301.00
15	[...]	[...]	\$ 20,000.00	\$ 301.00
<b>Clase 2</b>				
1	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
2	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
3	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
4	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
5	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
6	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
7	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
8	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
9	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
10	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
11	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
12	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
13	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
14	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
15	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
16	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
17	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00

18	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
19	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
20	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
21	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
22	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
23	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
24	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
25	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
26	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
27	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
28	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
29	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
30	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
31	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
32	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
33	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
34	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
35	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
36	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
37	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
38	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
39	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
40	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
41	[...]	[...]	\$	\$

			15,000.00	298.00
42	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
43	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
44	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
45	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
46	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
47	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
48	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
49	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
50	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
51	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
52	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
53	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
54	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
55	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
56	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
57	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
58	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
59	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
60	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
61	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
62	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
63	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
64	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00

65	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
66	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
67	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
68	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
69	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
70	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
71	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
72	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
73	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
74	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
75	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
76	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
77	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
78	[...]	[...]	\$ 15,000.00	\$ 298.00
<b>TOTAL SUMA ASEGURADA</b>			<b>\$ 1470,000.00</b>	<b>\$ 27,759.00</b>

**SEGUNDA: PLAZO.** El plazo de vigencia de las obligaciones comprendidas en este contrato de: **SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y SEGURO COLECTIVO MÉDICO HOSPITALARIO**, será del treinta y uno de diciembre de dos mil catorce al treinta y uno de diciembre de dos mil quince, ambas fechas hasta las doce horas del día. **TERCERA: PRECIO Y FORMA DE PAGO.** La UTE pagará a la contratista por el servicio de los Seguro antes enunciados la cantidad total de **TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA (US\$33,789.00)**, que incluye el Impuesto a la Transferencia de Bienes Muebles y a la Prestación de Servicios. Dicho monto será cancelado por medio de doce cuotas mensuales, fijas y sucesivas de **DOS MIL OCHOCIENTOS QUINCE DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA CON SETENTA Y CINCO CENTAVOS DE DÓLAR (US\$2,815.75)** durante el plazo de vigencia del presente contrato y la respectiva póliza de seguro, según detalle:

N°	PROGRAMA DE SEGUROS	MONTO A PAGAR MENSUAL	MONTO ANUAL
1	SEGURO COLECTIVO DE	\$502.50	\$6,030.00

	VIDA		
2	SEGURO COLECTIVO MÉDICO HOSPITALARIO	\$2,313.25	\$27,759.00
TOTAL A PAGAR		<b>\$2,815.75</b>	<b>\$33,789.00</b>

**CUARTA: ENTREGA DE FACTURAS Y QUEDAN.** La Aseguradora entregará a la UTE a más tardar el día veinte de cada uno de los meses comprendidos dentro del plazo del contrato y 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. Contra entrega de la respectiva factura, la UTE dará a la Aseguradora, un quedán que perderá todo valor, de pleno derecho, al hacerse efectivo el pago respectivo.

**QUINTA: GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO.** Para garantizar las obligaciones contraídas en este instrumento La Aseguradora presentará, en el plazo de ocho días hábiles contados a partir de la firma de este contrato, una garantía de cumplimiento de contrato a favor de la UTE por la cantidad de TRES MIL TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA CON NOVENTA CENTAVOS DE DÓLAR (US\$3,378.90), para asegurar que cumplirá con todas las cláusulas establecidas y que los servicios contratados deberán prestarse, a entera satisfacción de la UTE. 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 garantía deberá tener una vigencia mínima de noventa días hábiles, contados a partir de la firma del contrato. 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. **SEXTA: ESTIPULACIONES ESPECIALES.-**

La Aseguradora se compromete a: **(1) Beneficio adicional de accidente:** Pagar doble Indemnización por desmembramiento o pérdida de funciones y pérdida de la vista, incluyendo muerte por arma cortante, cortopunzante, de fuego o artefactos explosivos, y para efectos de esta cobertura, se considerarán también incluidos los casos siguientes : a) Desastres de la Naturaleza; b) Cuando el Asegurado esté practicando cualquier tipo de deporte; c) Motociclistas en el desempeño de sus funciones o no; d) Cuando el Asegurado se somete a riesgos innecesarios; e) Homicidio, (El Homicidio se indemnizará solo como cobertura básica); f) Fallecimiento del Asegurado a consecuencia de intoxicación por inhalación, absorción o ingestión de venenos o sustancias tóxicas o alimentos en mal estado; **(2)** A pagar Triple Indemnización por muerte accidental especial; **(3)** A reconocer exención de pago de primas por incapacidad total y permanente; **(4)** A reconocer gastos para auxilios funerarios: 15% de la Suma Asegurada adicional a dicha suma. **(5)** Pago anticipado de la suma asegurada básica de Vida por incapacidad total y permanente, este beneficio será pagadero en una cuota equivalente al 50% de la suma asegurada contratada y el 50% restante lo hará en 12 cuotas mensuales fijas y sucesivas, siempre que la Aseguradora cuente con las pruebas satisfactorias de la existencia y de la duración de la Incapacidad Total y Permanente; **(6)** La suma asegurada será siempre del 100%, indistintamente de la edad alcanzada por el asegurado, pero la suma se reducirá al 50% al cumplimiento de los 70 años; **(7)** Opción al Asegurado para convertir esta cobertura a un plan individual, Los

asegurados (titulares) que dejen de reunir las condiciones necesarias para seguir cubiertos en el seguro colectivo, podrán optar, sin presentar pruebas de salud, a un plan individual gozando de continuidad de cobertura; **(8)** A aceptar sin límite de edad la inscripción de asegurados dentro del presente seguro; para las inscripciones se requiere que la edad de las personas a asegurar, esté comprendida entre los límites siguientes: **a)** Entre los 15 y 65 años de edad, (100% de la suma asegurada); **b)** Al cumplimiento de los 65 años de edad (50% de la suma asegurada); **(9)** A dar cobertura sin límite de edad, para la terminación del seguro de Vida: **a)** Para el Beneficio Adicional de Accidentes, terminará al cumplir los 70 años de edad. **b)** Para los beneficios de exoneración y anticipación de capital, por invalidez total y permanente, terminará al cumplir los 70 años de edad;

**SEPTIEMA: 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 y se ejecutaran las gestiones legales pertinentes a fin de reclamar la indemnización por los daños y perjuicios ocasionados por el incumplimiento. **OCTAVA: 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 Aseguradora 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. **NOVENA: 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 derivada del presente contrato; d) Por no responder el contrato a 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 originare por la causa comprendida en el literal c), la UTE hará efectiva la garantía de cumplimiento de contrato rendida y procederá judicialmente a la reclamación de los daños y perjuicios correspondientes ocasionados por el incumplimiento. **DECIMA: 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 acepta expresamente esta disposición y se obliga a dar estricto cumplimiento a las obligaciones establecidas en el presente instrumento, 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. **DÉCIMA PRIMERA: MODIFICACIONES Y PRÓRROGA** El presente contrato podrá modificarse y prorrogarse por acuerdo entre las partes, cumpliendo las formalidades legales para tal efecto. **DÉCIMA SEGUNDA: 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. **DÉCIMA TERCERA: DOMICILIO ESPECIAL** 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. **DÉCIMO CUARTA: 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. **DÉCIMA QUINTA: 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 contratista en Edificio ASSA, Calle Cortez Blanco, Pasaje "L", número Dieciocho, Urbanización Madre Selva, Tercera Etapa, Antiguo Cuscatlán, departamento de La Libertad. **DÉCIMA SEXTA: 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 contratista y sus documentos anexos; c) La autorización de adjudicación; d) La garantía de cumplimiento de contrato; y e) Cualquier otro documento que emane de este instrumento. Es entendido y aceptado que este contrato se antepone 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 sus anexos, el texto del contrato tiene prevalencia. **DÉCIMO SÉPTIMA: 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 2015-2402-2-0101-21-1-55601, 2015-2402-2-0102-21-1-55601, 2015-2402-2-0103-21-1-55601, 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; 2015-2402-2-0201-21-1-55601, 2015-2402-2-0202-21-1-55601, 2015-2402-2-0203-21-1-55601, 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. EN FE DE LO CUAL, firmamos el presente contrato en tres ejemplares de igual tenor y valor, en la ciudad de San Salvador, al día siete de enero de dos mil quince.

*NOTA: El documento original ha sido modificado, elaborándose 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 (LAIP).*