# POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONDICIONES GENERALES

**PRIMERA.- CONSTITUCIÓN DEL CONTRATO.-** El Contrato de Seguro queda constituido por la solicitud del Contratante para la emisión de la presente póliza, las solicitudes del mismo para la Inscripción de Asegurados, las declaraciones de los Asegurados, la presente Póliza y los Anexos que formen parte de la misma, si los hubiere.

El Contrato de Seguro se encuentra constituido por la solicitud del Asegurado (o del Contratante en su caso) a la Aseguradora, la cual es la base de dicho contrato, por la Póliza, las Condiciones Generales, Particulares y/o Especiales, y otros documentos que sean Anexos del mismo. Además el Contrato de Seguro se perfecciona por la aceptación por escrito de la Aseguradora, sin que pueda supeditarse su vigencia al pago de la prima inicial, o la entrega de la Póliza, o de un documento equivalente.

Todas las declaraciones hechas por el Contratante y por los Asegurados cubiertos bajo la Póliza deberán ser hechas de buena fe, estando obligados a declarar por escrito todos los hechos tal como los conozcan o deban conocer en el momento de formular la respectiva solicitud.

La Aseguradora no será responsable, ni contraerá obligación alguna, por cualquier promesa o representación hecha o efectuada antes o después de firmarse la Póliza por cualquier persona natural o jurídica o funcionario que no sea uno de los representantes autorizados de la Aseguradora.

Ningún Intermediario de Seguros tiene autoridad para modificar los términos y condiciones del Contrato de Seguro o renunciar a cualquiera de sus estipulaciones, aceptar primas atrasadas, extender la fecha de vencimiento de cualquier prima, renunciar a cualquier requisito de notificación o prueba de reclamo requerido por la Póliza, extender el período dentro del cual tales notificaciones o pruebas tienen que ser sometidas, o renunciar a cualquier derecho o requisito de la Aseguradora, o en cualquier otra forma, alterar los derechos y obligaciones de las partes de este contrato.

**SEGUNDA.- MODIFICACIÓN DEL CONTRATO.-** Los términos y condiciones de la Póliza, pueden ser modificados en cualquier momento durante su vigencia, mediante convenio expreso entre la Aseguradora y el Contratante, sin requerir del consentimiento de los Asegurados bajo la misma, pero tal modificación no perjudicará reclamación alguna que haya ocurrido con anterioridad a la fecha de vigencia de esa modificación.

Toda solicitud de modificación del Contrato deberá hacerse por escrito a la Aseguradora, entendiéndose que ésta las acepta en virtud de comunicación por escrito al Contratante, debido a que ninguna modificación hecha o convenida a la Póliza será válida a menos que tal modificación conste por escrito en un endoso firmado por un Representante Autorizado para firmar Pólizas de la Aseguradora, o mediante notificación escrita a ese efecto, firmada por el Contratante y por el Representante Autorizado de la Aseguradora en señal de aceptación.

**TERCERA.- RENOVACIÓN.-** El Contrato podrá renovarse por mutuo consentimiento de las partes, por períodos anuales consecutivos y bajo las mismas condiciones, siempre que el Contratante lo solicite y 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 el Grupo deberá contar con diez (10) personas.

**CUARTA.- CAMBIO DE CONTRATANTE.-** Si el Contratante indicado en la carátula de esta póliza fuere sustituido por otro, deberá comunicarse

por escrito esta circunstancia a la Aseguradora dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que haya ocurrido tal situación. Si ésta lo acepta lo hará constar en anexo que formará parte de la póliza; en caso contrario, la Aseguradora tendrá acción para dar por terminado el Contrato y devolverá la prima no devengada que corresponda.

**QUINTA.- PRIMA.-**

a) **Condiciones de Pago**.- Las condiciones de pago de la prima, se establecen en las Condiciones Especiales de la presente Póliza.
b) **Período de Gracia.-** El Asegurado tendrá un mes de gracia para el pago de las primas, contando a partir de la fecha de iniciación del período convenido.
   Si durante el período de gracia ocurriere el siniestro, la prima vencida se deducirá de la indemnización.
c) **Rehabilitación y Caducidad**.- Vencido el mes de gracia, los efectos del contrato quedarán en suspenso, pero el Asegurado dispondrá de tres meses para rehabilitarlo, pagando las primas vencidas.
   Al finalizar este último plazo caducará automáticamente el contrato si no fuere rehabilitado.

**SEXTA.- CÁLCULO DE LA PRIMA.-** En la fecha de emisión de esta póliza y en cada aniversario de la misma, se establecerá el importe total de la prima anual correspondiente al Grupo Asegurado, de acuerdo con las tarifas vigentes de la Aseguradora en la fecha de emisión o aniversario, aplicando el tipo de prima anual a la edad de cada Asegurado en su cumpleaños más próximo y sobre la respectiva suma asegurada.

El importe total de la prima así obtenido se dividirá entre el monto total de las sumas aseguradas y el cociente será el tipo de prima anual promedio aplicable en todo lo relativo a ésta póliza durante el año siguiente a la fecha en que sea determinado.

Igual procedimiento se aplicará en el caso de que el pago de la prima se hubiese establecido en forma semestral, trimestral o mensual.

Cuando se produzcan inscripciones o cancelaciones de asegurados de la misma póliza, entre dos fechas de vencimiento de primas, se efectuará la liquidación proporcional basándose en meses completos, por el tiempo que falte por transcurrir entre la fecha del cambio y el próximo vencimiento de la prima.

**SEPTIMA.- COBERTURA.-** Este seguro será indemnizable al ocurrir el fallecimiento del Asegurado por cualquier causa, incluyendo el homicidio y el suicidio.

**OCTAVA.- SUICIDIO.-** En caso que el fallecimiento de un Asegurado ocurriese por suicidio, cualquiera que sea su estado mental o el móvil del suicidio, la Aseguradora pagará la suma asegurada correspondiente en cualquier momento en que ocurra.

**NOVENA.- CARENCIA DE RESTRICCIONES.-** La presente póliza está exenta de restricciones respecto a la residencia, ocupación, viajes y género de vida de los Asegurados.

**DECIMA.- DOLO O CULPA GRAVE.-** El dolo o culpa grave en la declaraciones del Contratante o del Asegurado, 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 meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o culposa, quedando a favor de la misma la prima correspondiente al período del Seguro en curso en el momento en que se conozca el dolo o culpa grave, y en todo caso, a las primas convenidas por el primer año.

Si la inexactitud u omisión en las declaraciones no se debiera a dolo o culpa grave, el Contratante o Asegurado estará obligado a ponerlo en conocimiento de la Aseguradora, tan pronto como advierta esta circunstancia, bajo pena de 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 habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación, a menos que las partes convengan en aumentar las primas. Si el riesgo no fuere asegurable, la Aseguradora tendrá derecho a rescindir el contrato.

**DECIMA PRIMERA.- AGRAVACION DEL RIESGO.-** Habiendo sido fijada la prima de acuerdo con las características del riesgo que consta en las Condiciones Especiales de esta Póliza, el Contratante o Asegurado deberá comunicar a la Aseguradora las agravaciones esenciales del riesgo durante la vigencia de la presente póliza, dentro de los ocho días siguientes al momento en que tenga conocimiento de ellas.

Se entiende por agravación esencial todo hecho importante para la apreciación del riesgo, de tal suerte que la Aseguradora habría contratado en condiciones diferentes si hubiere conocido una situación análoga.

Se considera agravación esencial del riesgo, especialmente, todo cambio que afecte la naturaleza de la profesión, empleo u ocupación que constan en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Si el Asegurado omitiere el aviso de la agravación, la indemnización en caso de siniestro se reducirá en proporción al aumento del riesgo.

La agravación esencial del riesgo da derecho a la Aseguradora a la acción contemplada en el artículo 1360 del Código de Comercio para pedir la rescisión del contrato, sin perjuicio de que puedan pactarse nuevas condiciones.

**DECIMA SEGUNDA.- INDISPUTABILIDAD.-** No obstante lo establecido en la Condición General Decima, la Aseguradora no podrá impugnar el seguro después de que éste haya estado en vigor durante la vida de cada Asegurado, por un período ininterrumpido de dos años contados desde su última inscripción.

**DECIMA TERCERA.- PRUEBA DEL SINIESTRO.-** Tan pronto el Beneficiario tuviere conocimiento del siniestro, deberá comunicarlo por escrito a la Aseguradora dentro de los cinco días siguientes. Este plazo sólo correrá en contra de quienes tuvieren conocimiento del derecho constituido a su favor. La comprobación del fallecimiento del Asegurado se hará presentando a la Aseguradora la información correspondiente, en los formularios que ésta proporciona para tal fin, de conformidad con las instrucciones contenidas en ellos.

**DECIMA CUARTA.- INSPECCIÓN.-** La Aseguradora queda facultada para practicar inspecciones relacionadas con el presente Contrato, durante el curso del seguro en caso de siniestro.

Si el Contratante, el Asegurado o Beneficiarios impidieran el ejercicio de esta facultad con fines fraudulentos, la Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones. Se entenderán como fraudulentos la actuación conscientemente engañosa e inexacta, realizada en perjuicio de la Aseguradora con ánimo de conseguir un enriquecimiento injusto a través de la indemnización que esperan lograr del Asegurador.

**DECIMA QUINTA.- INDEMNIZACIÓN.-** La indemnización será exigible treinta días después de la fecha en que la Aseguradora haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Para reclamar el pago de cualquier indemnización con cargo a esta póliza, el Contratante deberá remitir a la Aseguradora la solicitud del Beneficiario, junto con las pruebas de siniestro correspondientes, de acuerdo con los formularios e instrucciones que la Aseguradora proporcione para tal fin. La Aseguradora podrá, a sus expensas, recabar informaciones o pruebas complementarias.

**DÉCIMA SEXTA PERITAJE.-** En caso de desacuerdo entre el Asegurado y la Asegurada 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 pusieran 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 en caso de discordia.

Si una de las partes se negara 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.

**DÉCIMA SEPTIMA.- 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.

**DECIMA 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 competentes, a cuya jurisdicción respectiva quedan expresamente sometidas.

**DECIMA NOVENA.- EDAD.-** Para formar parte del Grupo Asegurado se requiere que en el momento de la inscripción la edad del Asegurado, en su cumpleaños más próximo, esté comprendida entre los 15 y los 65 años de edad; sin embargo, la Aseguradora podrá admitir a personas mayores de 65 años pero menores de 70 años, con una suma asegurada equivalente al cincuenta por ciento (50%) de la que le correspondería de acuerdo con las bases para determinar la suma asegurada de cada miembro del grupo.

Una vez inscrito, la renovación del seguro podrá hacerse sin límites de edad, siempre que se mantengan las condiciones para pertenecer al Grupo Asegurado, por la suma asegurada inicial, o por la que corresponda según las bases establecidas; pero en ningún caso podrá aumentarse la suma asegurada de una persona que tuviese más de 65 años en el momento del aumento.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse en forma fehaciente, antes de efectuarse cualquier pago con motivo de este seguro. Si el Asegurado hiciese la comprobación en vida, la Aseguradora le extenderá una constancia de ello y no exigirá nuevas pruebas de edad para hacer el pago.

Si por error o dolo del Contratante o del Asegurado, se hubiese incluido en el Grupo Asegurado a individuos menores de 15 años o mayores de 69 años en la fecha de su primera inscripción, la Aseguradora podrá pedir la nulidad del respectivo seguro, quedando ésta obligada únicamente a devolver las primas cobradas en relación con tal seguro, deducida la primera prima anual.

Si la edad verdadera fuere mayor de la declarada, pero estuviese comprendida entre los 15 y los 69 años, se aplicarán las siguientes reglas:

1a.) Si la comprobación se hiciese en vida del Asegurado, se ajustará la prima individual de acuerdo con la edad verdadera, liquidándose la diferencia que resulte a favor o en contra de la Aseguradora desde el último aniversario del Contrato hasta el próximo vencimiento de prima, sobre la base de meses completos.

2a.) Si la comprobación se hiciese después del fallecimiento del Asegurado, la Aseguradora pagará a los Beneficiarios la cantidad que resulte de multiplicar la suma asegurada por el cociente obtenido de dividir la prima correspondiente a la edad inexacta entre la prima que corresponda a la edad real, en el último aniversario de la póliza.

Los cálculos que deban efectuarse conforme a esta Cláusula se harán aplicando las tarifas que la Aseguradora tenga en vigor al momento de la operación.

**VIGÉSIMA.- INSCRIPCIÓN 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 integrante de la Póliza.

Durante la vigencia de esta Póliza, el Contratante deberá enviar a la Aseguradora antes de que expire el término del Seguro Automático a que se refiere la Condición Vigésima Primera y en los formularios proporcionados por la misma, las Solicitudes de Inscripción 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 a su vez formarán parte integrante del Registro de Asegurados.

Las inscripciones podrán ser canceladas en cualquier momento a solicitud escrita del Contratante, indicando la fecha y causa de la cancelación. Cuando un Asegurado deje de reunir las condiciones necesarias para formar parte del Grupo Asegurado, el Contratante deberá avisarlo a la Aseguradora solicitando cancelar la inscripción correspondiente. La Aseguradora, al recibir las solicitudes mencionadas, cancelará las inscripciones haciéndolo constar en Cédulas de Cancelación que a su vez formarán parte integrante del Registro de Asegurados.

Si la suma asegurada correspondiente a un Asegurado debe ser modificada de acuerdo con las bases que se detallan en las Condiciones Particulares de ésta póliza, el Contratante deberá comunicarlo a la Aseguradora dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se cumplió el requisito establecido en las bases para determinar la suma asegurada, para que ésta efectúe la correspondiente modificación en el Registro de Asegurados haciéndola constar en las cédulas respectivas, sin cuyo requisito no será válido ningún cambio en las sumas aseguradas. Sin embargo, la modificación de suma asegurada será automática desde la fecha en que se operó el cambio, siempre que la comunicación del Contratante sea recibida dentro del plazo indicado en este párrafo.

La Aseguradora se reserva el derecho de no aceptar los riesgos que considere inoportuno cubrir por la presente póliza, o de reducir el monto de seguro de dicho riesgo o riesgos, o de exigir pruebas adicionales de asegurabilidad; pero si no efectúa la exclusión o reducción, o no solicita las pruebas adicionales de asegurabilidad dentro de los quince días siguientes a la fecha en que recibió la

solicitud de inscripción respectiva, caducará su derecho.

**VIGÉSIMA PRIMERA.- SEGURO AUTOMÁTICO.-** Toda persona que llegue a reunir las condiciones necesarias para formar parte del Grupo Asegurado, quedará automáticamente asegurada por ésta póliza durante un período de sesenta (60) días contados a partir de la fecha en que reunió tales condiciones.

Transcurrido este período, el seguro continuará en vigor siempre que el Asegurado hubiese sido inscrito en el Registro de Asegurados de ésta póliza.

Si la inscripción de un Asegurado fuera solicitada después de transcurrir el periodo de sesenta (60) días antes indicados, cualquiera que sea la causa, la Aseguradora podrá exigir las pruebas de asegurabilidad que estime convenientes para aceptar la inscripción.

**VIGESIMA SEGUNDA.- CERTIFICADOS DE SEGURO.-** La Aseguradora emitirá un Certificado de Seguro por cada Asegurado que sea inscrito, en el cual se harán constar los datos relativos a su respectivo seguro individual así como la Cobertura y la forma de hacer efectivo el pago en caso de siniestro, incluyendo la Cláusula Novena-Carencia de Restricciones-. Los certificados serán entregados a los asegurados por intermedio del Contratante, pero no forman parte del contrato.

Los asegurados podrán solicitar a la Aseguradora la anotación en los respectivos Certificados, de cualquier circunstancia que modifique los datos contenidos en ellos, especialmente los cambios de Beneficiarios y la comprobación de edad.

**VIGÉSIMA TERCERA- BENEFICIARIO.-** Al momento del fallecimiento del Asegurado, la suma asegurada de la cobertura según se expresa en las Condiciones Particulares será pagada a la persona designada por el Asegurado como su beneficiario, en un formulario suministrado por la Aseguradora o aprobado por la misma.

El Asegurado puede, en cualquier momento y sin el consentimiento del beneficiario, cambiar el beneficiario mediante la presentación de aviso escrito del cambio a través del Contratante en un formulario proporcionado o aprobado por la Aseguradora, siempre que no haya restricción legal alguna. La designación así hecha tendrá efecto en la fecha en que el aviso sea firmado, tanto si el Asegurado vive o no cuando el cambio se registre, pero sin perjuicio para la Aseguradora con respecto a cualquier pago realizado por la Aseguradora fundamentado en sus registros al momento de efectuar dicho pago.

Si se designa más de un beneficiario y en tal designación el Asegurado ha dejado de especificar los porcentajes de participación de cada beneficiario, los beneficiarios tendrán una participación igual. Si cualquier beneficiario designado fallece antes que el Asegurado, el derecho del mencionado beneficiario terminará y su proporción acrecerá por partes iguales a la de los demás beneficiarios que sobrevivan al Asegurado, a menos que el Asegurado haya dispuesto de otro modo en su designación de beneficiario.

Cualquier cantidad para la que no haya beneficiario designado al fallecimiento del Asegurado será pagada a los herederos legales del Asegurado.

**VIGESIMA CUARTA. - REGISTROS E INFORMES.-** El Contratante tendrá un registro actualizado de los Asegurados por la Póliza, el cual contendrá las generales esenciales de cada Asegurado. El

Contratante estará obligado a enviar periódicamente a la Aseguradora, a través de los medios y en los formatos indicados por la Aseguradora, la información que pueda considerarse razonablemente necesaria para la administración de la Póliza y para la determinación de las tarifas y montos de primas. Todos los registros del Contratante que puedan ser relacionados con esta Póliza estarán sujetos a inspección por parte de la Aseguradora en cualquier momento, y el Contratante está obligado a cooperar con las inspecciones que realice la Aseguradora y a facilitar cualquier información adicional relacionada con la Póliza que la Aseguradora solicite y que el Contratante pueda razonablemente obtener o facilitar.

Cualquier error cometido por el Contratante al mantener y actualizar estos registros no invalidará aquel seguro que estuviere legalmente en vigor, ni continuará aquel seguro que legalmente hubiese terminado de acuerdo a las condiciones de elegibilidad, pero al conocerse el error se hará el ajuste de primas correspondiente.

El error cometido por la Aseguradora de no proceder con las instrucciones del Contratante de dar por terminada la cobertura de un Asegurado en la fecha que exprese tal instrucción, ocasionará un ajuste y devolución de primas, correspondiente al período que se mantuvo la vigencia de la cobertura en exceso de la fecha señalada en tal instrucción. Igualmente, si la Aseguradora mantuviera vigente la cobertura de un Asegurado que haya dejado de ser elegible por haber alcanzado la edad máxima conforme a lo estipulado en las Condiciones Particulares, ocasionará que la Aseguradora efectúe un ajuste y devolución de prima no devengada correspondiente al período en que el Asegurado no fue elegible.

**VIGESIMA QUINTA - TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.-** El Contratante y la Aseguradora acuerdan que se producirá la terminación de la Póliza, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

1. A solicitud de Contratante mediante notificación por escrito a la Aseguradora.
2. Si la vigencia natural de la Póliza llega a su fin y no es renovada.
3. Por incumplimiento en el pago de la prima, al finalizar el período de rehabilitación indicado en el literal c) de la condición Quinta.
4. Cuando la cantidad de Asegurados sea menor de diez (10) personas o inferior al setenta y cinco por ciento (75%) de los Empleados o Miembros elegibles del grupo al que pertenecen los Asegurados.

En los eventos establecidos en los numerales tercero y cuarto, será necesaria notificación previa y escrita de la Aseguradora al Contratante con al menos treinta (30) días de antelación a la fecha efectiva de la terminación.

**VIGESIMA SEXTA. - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO.-** El Contratante y la Aseguradora acuerdan que se producirá la terminación automática de la cobertura del Asegurado, sin ser necesaria notificación previa para que surta efectos la terminación, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

1. Por incumplimiento en el pago de la prima, al finalizar el período de rehabilitación indicado en el literal c) de la condición Quinta.
2. Si la Póliza es cancelada o su vigencia natural llega a su fin y no es renovada.
3. Al terminar su empleo con el Contratante según se define más adelante.

4. Cuando el Asegurado cumpla la edad máxima estipulada en las Condiciones Particulares.

La terminación automática de la cobertura por los anteriores eventos se hará constar en el Certificado Individual para que sean del conocimiento del Asegurado.

La terminación del empleo, para todos los efectos de esta Póliza, se considerará efectiva en el momento en que un empleado deje de trabajar activamente a tiempo completo con el Contratante, independientemente de la causa de la terminación.

**VIGÉSIMA SEPTIMA.- DERECHO DE LOS ASEGURADOS AL SEPARARSE DEL GRUPO.-** Cualquier Asegurado que deje de pertenecer al Grupo Asegurado, y siempre que hubiese pertenecido a él ininterrumpidamente durante por lo menos un año, tendrá derecho a que la Aseguradora le expida, sin necesidad de pruebas de asegurabilidad, una póliza en cualquiera de los planes permanentes de seguro individual que ésta emita, con una suma asegurada igual o menor a la última suma asegurada de que gozaba en ésta póliza, pero sin beneficios adicionales.

Para ejercer este derecho, la presente póliza habrá de estar en vigor y el interesado deberá:

a) Ser menor de 60 años de edad, a su cumpleaños más próximo;

b) Solicitar el seguro por escrito a la Aseguradora, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que deje de formar parte del Grupo Asegurado; y

c) Pagar la prima que corresponda conforme a su edad alcanzada y a su ocupación en la fecha que ejerce el derecho, según las tarifas vigentes en la Aseguradora.

**VIGÉSIMA OCTAVA.- CESIÓN.-** Los derechos concedidos por esta póliza no podrán ser objeto de cesión.

**VIGESIMA NOVENA.- LUGAR DE PAGO.-** Todo pago que el Contratante o la Aseguradora tengan que efectuar con motivo de la presente Póliza, lo harán en la Oficina Principal de la Aseguradora, a menos que se disponga algo distinto en las Condiciones Particulares de ésta póliza.

**TRIGESIMA.- COMUNICACIONES.-** Toda declaración o comunicación a la Aseguradora, relacionada con la presente póliza, deberá hacerse por escrito a la Oficina Principal de la misma. Los Intermediarios de Seguros no tienen facultad para recibir comunicaciones o declaraciones a 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.

**TRIGESIMA PRIMERA.- REPOSICIÓN.-** En caso de destrucción, robo o extravío de ésta póliza o de algún Certificado de Seguro, serán repuestos por la Aseguradora, previa solicitud escrita del Contratante o del Asegurado, siguiendo los trámites que señala el Código de Comercio en lo que fuere aplicable. Los gastos de reposición correrán por cuenta de quien lo solicite.

**TRIGESIMA SEGUNDA.- PRESCRIPCIÓN.-** Todas las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescriben en tres años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Se estará además a lo que disponga el Código de Comercio.

**TRIGESIMA TERCERA. - DEFINICIONES E INTERPRETACIONES.-** Todos los términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales son aplicables a todo el contrato de seguro incluyendo los endosos que se le adhieran eventualmente. En los casos en que las Condiciones Particulares o endosos que se adhieran a la Póliza modifiquen las Condiciones Generales aquí contenidas, prevalecerán las estipulaciones de las Condiciones Particulares o endosos.

Para todos los efectos del contrato, las expresiones siguientes tendrán el significado y el alcance que a continuación se les asigna. Todo término en singular incluye su plural, y viceversa. Siempre que en la Póliza se use o aparezca un pronombre personal en el género masculino se considerará que incluye también el género femenino y viceversa, a menos que en el contexto se indique claramente lo contrario o que resulte imposible o contrario al sentido común.

1. **Asegurado:** Es toda persona natural elegible, cuya solicitud ha sido aprobada por la Aseguradora y a favor de quien se ha emitido un Certificado Individual o se ha extendido cobertura de seguros según el método convenido entre la Aseguradora y el Contratante, siempre que su cobertura se mantenga en plena vigencia.

2. **Accidente:** Es la acción repentina, súbita, inesperada y violenta de una fuerza externa al Asegurado, que se origina de modo independiente de la voluntad y de las acciones del Asegurado o de terceras personas, que usualmente causa un efecto no deseado a la integridad física de las personas.

3. **Beneficiario:** Es la persona natural o jurídica designada por el Asegurado a quien la Aseguradora hará el pago de las sumas aseguradas de los beneficios estipulados en la Póliza al fallecimiento del Asegurado, sujeto a los términos y condiciones de la misma.

4. **Certificado Individual**: Documento expedido por la Aseguradora que contiene la información establecida en la Condición Vigésima Segunda.

5. **Condición Preexistente:** Es aquella enfermedad o condición física o mental del Asegurado que se manifiesta antes del inicio de cualquier cobertura de esta Póliza.

6. **Contratante:** Es la persona natural o jurídica que aparece en las Condiciones Particulares y que establece la relación contractual con la Aseguradora con el objetivo de celebrar el presente contrato de seguro, asumiendo los derechos y obligaciones correspondientes en nombre propio y en nombre de sus Empleados o Miembros Asegurados.

7. **Elegible**: Es la condición que hace a una persona apta para ser Asegurado por la Póliza, por reunir las características que se encuentran detalladas en la cláusula de elegibilidad y demás aplicables bajo el contrato de seguro.

8. **Empleado:** Es cualquier trabajador a tiempo completo del Contratante, que de modo regular y permanente ejecuta una obra o presta un servicio en relación de dependencia económica y subordinación jurídica frente al Contratante, en un territorio designado por éste y aceptado por la Aseguradora. La Aseguradora y el Contratante podrán extender esta definición de empleado para incluir

otras modalidades de empleo, las cuales deberán constar por escrito en un endoso adherido a la Póliza.

9. **Empresas Asociadas:** Son las empresas, sociedades, corporaciones y firmas afiliadas al Contratante y cuyos empleados se considerarán como empleados del mismo.

10. **Lesión Corporal:** Es aquel menoscabo, disminución o pérdida ocasionada a la integridad física de un Asegurado, que ocurre dentro de un plazo no mayor de noventa (90) días posteriores a la ocurrencia de un accidente, mismo que es causa exclusiva y directa de tal menoscabo, disminución o pérdida.

11. **Miembro:** Es cualquier persona natural que forma parte de un grupo o colectividad que ha sido creada porque sus miembros se vinculan entre sí, a través de relaciones, características, fines o intereses de cualquier tipo, distintos a la contratación de una Póliza de seguro de vida. La Aseguradora y el Contratante podrán establecer nuevos significados de Miembro, mediante acuerdo expresado por escrito y adherido a la Póliza mediante endoso.

12. **Periodo de Gracia:** Es el plazo no mayor de un mes que se concede al Asegurado para el pago de las primas en cualquier fecha de vencimiento con excepción de la primera.

13. **Póliza:** Es el documento que la Aseguradora está obligada a entregar al Contratante conteniendo en ella los términos, condiciones de riesgo, parámetros económicos, derechos y obligaciones de las partes, y demás requisitos establecidos en la Ley.

14. **Suma Asegurada:** Es el monto especificado para cada cobertura contratada por el Contratante de la Póliza.