

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

Cláusula 1. CONSTITUCION DEL CONTRATO

SEGUROS AMERICA, S.A., (en adelante denominada “La Compañía”) y El Solicitante (en adelante denominado “El Asegurado”), acuerdan que formen parte del Contrato de Seguro: la Solicitud de Seguro firmada por el Asegurado, el Cuestionario Médico y cualquier documento suscrito por el Asegurado que hubiere sido tomado en cuenta para su celebración o modificación, las presentes Condiciones Generales y las Condiciones Particulares de la Póliza que prevalecen sobre las Generales y las Adendas a las mismas, si las hubiere.

Es entendido y convenido que la validez del presente contrato queda sujeta a la veracidad de las declaraciones vertidas en los documentos mencionados en el párrafo anterior.

Cláusula 2. DEFINICIONES

Para todos los efectos de la póliza, las siguientes palabras y frases tendrán el significado que a continuación se indica:

2.1 ADENDA

Documento que se une a una póliza de seguros en el que se establecen ciertas modificaciones o declaraciones en el contenido anterior de esta, dejándola a un nuevo tenor.

Toda modificación que haya de hacerse al presente Contrato por La Compañía de Seguros se efectuará mediante la emisión de la correspondiente Adenda debidamente suscrita por las partes. Solamente los funcionarios autorizados por La Compañía de Seguros tendrán facultad para extender Adendas de modificación al presente Contrato. Para que tengan validez y puedan considerarse parte integrante del Contrato, las Adendas a que se hace referencia en el mismo deben ser emitidas por la oficina de La Compañía de Seguros en formularios impresos debidamente sellados y firmados por uno de sus funcionarios autorizados. El Contratante debe pagar la correspondiente Prima, si fuere el caso.

2.2 AÑO CONTRATO

Período de doce (12) meses consecutivos, que comienza en la fecha de inicio de vigencia del Contrato.

2.3 ASEGURADO

Persona física con edades comprendidas entre dieciocho (18) y sesenta y cuatro (64) años cumplidos, que reside en el territorio nacional, cumple con los requisitos de elegibilidad establecidos y ha sido aceptado por la Compañía quedando amparada bajo las coberturas

estipuladas. Así mismo, tiene la obligación de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo objeto de este Contrato de seguro y de firmar como responsable en la solicitud.

2.4 BENEFICIARIO

Es la persona o las personas designadas en la solicitud del seguro por el Asegurado, como titular del derecho a la indemnización que en ella se establece. Su designación debe ser expresa y de libre nombramiento, aunque siempre debe existir un interés asegurable.

2.5 CANCER IN SITU

Es un grupo de células anormales que permanecen en el mismo lugar en el que se formaron, que no han roto la capa basal y que no se han extendido. Este concepto tiene un interés especial ya que se considera que los cánceres in situ son susceptibles de ser curados con una simple extirpación tumoral.

2.6 CONTRATANTE

Persona natural o jurídica cuya solicitud sirve de base para la expedición de esta póliza y a quien corresponde la obligación de pagar las primas estipuladas en ella.

2.7 CONTRATO

Este Contrato de seguro está constituido por:

- a) Condiciones Particulares
- b) Condiciones Generales.
- c) Las cláusulas adicionales o Adendas, los cuales son documentos que, debidamente firmados por un funcionario autorizado de La Compañía, modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del Contrato.
- d) Las declaraciones del Asegurado proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro y en el cuestionario médico.
- e) Historia clínica, exámenes médicos y estudios de laboratorio solicitados por La Compañía.
- f) Cualquier otro documento que hubiere sido materia para la celebración del mismo.

2.8 ENFERMEDAD

Toda alteración en la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

2.9 ENFERMEDAD GRAVE

A cualquier condición médica de las especificadas en la solicitud y en las Condiciones Generales de la Póliza, cuyo diagnóstico se haya realizado en una fecha posterior al período de espera.

2.10 ENFERMEDADES PREEXISTENTES

Enfermedades que con anterioridad a la fecha de inicio y/o ingreso a la póliza, hayan sido diagnosticadas al Asegurado por un médico o sobre las cuales se haya efectuado un gasto comprobable.

Se consideran enfermedades preexistentes aquellas:

- a. Que previamente a la celebración del Contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b. Que previamente a la celebración del Contrato, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Para efectos de esta definición se entenderá lo siguiente:

Criterio de Preexistencia: El criterio para determinar que una enfermedad es preexistente se fundamentará mediante historia clínica, pruebas de laboratorio o gabinete, o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, que se haya practicado el Asegurado.

2.11 MEDICO

Persona legalmente autorizada para ejercer la profesión de médico, designada para proporcionar atención médica al Asegurado, teniéndolo bajo su cargo y atención directa. El médico no puede ser familiar directo del Asegurado (padre, madre, hermano(a) o hijo(a)) ni el Asegurado mismo.

2.12 MEDICO ESPECIALISTA

Médico que posee los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para ejercer una especialidad determinada de la ciencia médica, avalada por el colegio de la especialidad.

2.13 EXCLUSIONES

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubierta por la Póliza expresamente indicada en el contrato o en la documentación contractual.

2.14 PAIS DE RESIDENCIA

País de residencia permanente de “El Asegurado”, el cual debe ser Nicaragua teniendo que dejarlo así indicado en la Solicitud. Este Seguro solo está disponible para personas que residen en el territorio Nicaragüense.

2.15 PAIS DE RESIDENCIA DE FACTO

Es el País declarado en la Solicitud de Ingreso, pero si “El Asegurado”, se encontrare en otro País, por al menos ciento ochenta (180) días o más consecutivos, el País de residencia más reciente, se convertirá en su País de Residencia de hecho.

2.16 PERIODO AL DESCUBIERTO

Es aquel intervalo de tiempo durante el cual se cancela este Contrato. Se genera por la falta de pago de Primas o por no haber realizado la Renovación de la póliza.

2.17 PERIODO DE ESPERA

Es el lapso de tiempo que debe transcurrir ininterrumpidamente a partir del inicio de vigencia de la póliza o de la fecha de ingreso del Asegurado a la póliza, para que las coberturas contratadas puedan ser reclamadas. Se establece un período de espera de noventa (90) días calendarios. Este período no tendrá efecto cuando el seguro se renueve ininterrumpidamente.

2.18 COMPAÑIA DE SEGUROS

Es SEGUROS AMÉRICA, S.A., y constituye la persona jurídica que se obliga frente al Asegurado, al recibir una prima por concepto de pago, a indemnizarle según lo pactado al verificarse la eventualidad prevista en el contrato. Toda mención en adelante de La Compañía de Seguros o simplemente La Compañía, se referirá a la misma persona jurídica antes señalada.

2.19 PRIMA

Es la contraprestación monetaria prevista en el Contrato de Seguros a cargo del Contratante y a favor de La Compañía.

2.20 RECLAMACION

Es el trámite que realiza el Asegurado ante La Compañía, para obtener los beneficios del Contrato a consecuencia del diagnóstico de una enfermedad grave cubierta. La Compañía define si es o no procedente de acuerdo a las coberturas de la póliza.

2.21 RENOVACION

Emisión consecutiva de la póliza por un período establecido de tiempo, con el objeto de mantenerla en vigor.

2.22 SINIESTRO

Es la actualización del riesgo que genera el diagnóstico de una enfermedad grave cubierta bajo este Contrato y que está sujeto a indemnización en caso de estar cubierto por esta Póliza.

2.23 SUMA ASEGURADA

Es el límite máximo de responsabilidad que pagará La Compañía al Asegurado por habersele diagnosticado una enfermedad grave cubierta en la póliza, siempre y cuando ocurra durante la vigencia de la misma.

Cláusula 3. OBJETO DEL SEGURO

La Compañía indemnizará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, si encontrándose vigente ésta y después de haber transcurrido el período de espera de 90 días contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación, se presenta alguno de los siguientes eventos:

1. Que se le practique al Asegurado, un trasplante de Órganos Vitales como consecuencia de un accidente o enfermedad que le ocurra durante la vigencia de la cobertura. Serán considerados como ÓRGANOS VITALES los siguientes: corazón, pulmón, hígado, médula ósea o páncreas total (por lo mismo se excluye el trasplante de islote de Langerhans) como consecuencia de su deterioro funcional severo, por otro órgano similar obtenido de un donador.
2. Que le sea diagnosticada clínicamente por primera vez, alguna de las siguientes Enfermedades Graves:
 - a) Cáncer
 - b) Infarto al Miocardio
 - c) Derrame e infarto cerebral
 - d) Insuficiencia renal Crónica
 - e) Cirugía arterio coronaria (By Pass – 2 o más arterias)
 - f) Trasplante de órganos vitales
 - g) Esclerosis Múltiple

Cláusula 4. DESCRIPCION DE LAS ENFERMEDADES GRAVES CUBIERTAS

4.1 CANCER

La presencia de un tumor maligno caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolada de estas células y la invasión del tejido. Este incluye leucemia (que no sea la leucemia crónica linfática), pero excluye cáncer no-invasivos in situ, tumores como consecuencia del virus de inmunodeficiencia humana, y cualquier tipo de cáncer a la piel que no sea melanoma maligno.

El diagnóstico clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmada por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un informe histopatológico por escrito para la confirmación del diagnóstico en todos los casos.

Un diagnóstico de cáncer solamente será considerado como maligno después de un estudio de la arquitectura histopatológica o patrón del tumor, tejido o espécimen sospechoso.

Exclusiones:

- Carcinoma “in situ”, displasia cervical, CIN-1, CIN-2, CIN-3, así como todas las lesiones premalignas y cánceres no invasivos.
- Cáncer incipiente de próstata clasificado en TNM como T1 (incluyendo T1a y T1b) o sus equivalentes en otras clasificaciones.
- Melanomas de la piel con grosor de Breslow menor de 1.5 milímetros o menor de nivel 3 de Clark.
- Hiperqueratosis, cánceres de piel de células basales y escamosas.
- Todos los tumores en presencia de infección por VIH.
- Leucemia linfocítica crónica, a menos de que exista evidencia histológica de progresión como mínimo a un Estadio A de Binet.

4.2 INFARTO AL MIOCARDIO

La muerte de una porción del músculo cardíaco como consecuencia de una inadecuada irrigación sanguínea hacia una zona relevante. El diagnóstico debe estar basado en todas las siguientes situaciones:

- Un historial del típico dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.
- Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma ECG
- Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales
- Estudio radioisotópico del músculo cardíaco

Exclusiones:

- El infarto subendocárdico.
- La angina de pecho.
- El infarto “No Q”.
- Microinfartos con una elevación mínima de las troponinas T o I.

4.3 DERRAME E INFARTO CEREBRAL

La enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o suaracnoidea y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y deberá registrar un déficit neurológico ya sea reversible o irreversible.

Exclusiones:

- Se excluye de esta cobertura las causas traumáticas accidentales, los episodios de Isquemia Cerebral Transitoria y los hallazgos incidentales en estudios rutinarios de imágenes cerebrales.
- Tiene que quedar comprobada una deficiencia neurológica significativa, de una duración de por lo menos tres (3) meses.

4.4 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

La falla total, crónica e irreversible, de ambos riñones, que exija la diálisis o riñón artificial permanente o trasplante renal.

El diagnóstico debe incluir historia de enfermedad renal crónica con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre, que hace necesario diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica a largo plazo.

Exclusiones:

- Diálisis temporal por falla renal considerada como reversible después de algunas semanas de tratamiento.

4.5 CIRUGÍA ARTERIO CORONARIA (BY PASS – 2 O MÁS ARTERIAS)

Es la cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho. Se excluye de esta definición, la angioplastía de globo y otras técnicas que no requieran cirugía.

Exclusiones:

- Angioplastia con balón.
- Otras técnicas basadas en catéteres.
- Procedimientos con rayos láser.

Requisitos:

- Contar con las imágenes de la angiografía coronaria.

4.6 TRASPLANTE DE ORGANOS VITALES

La realización actual de un trasplante de órganos en que el Asegurado participa como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, médula ósea o páncreas total (por lo mismo se excluye el trasplante de islote de Langerhans) como consecuencia de su deterioro funcional severo, por otro órgano similar obtenido de un donador.

El trasplante debe tener una indicación médica, y ésta deberá estar basada en la historia de enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así la documentación hospitalaria del trasplante efectuado.

Únicamente queda cubierto el receptor y no el donador.

Exclusiones:

- Trasplante de islotes de Langerhans únicamente.
- No aplicará la indemnización para el trasplante de órganos en el caso de la insuficiencia renal, cuando ya se hubiere cubierto la indemnización por esta causa, así como en el caso del trasplante de corazón cuando ya se hubiere cubierto el infarto del miocardio.
- Trasplante de cualquier otro órgano, partes de órganos, tejidos o células.

4.7 ESCLEROSIS MULTIPLES

La enfermedad cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo confirma al menos anomalías moderadas neurológicas persistentes, consistentes con la impariedad de función, pero las que no lleven necesariamente al Asegurado a una silla de ruedas en forma permanente.

Esta enfermedad se caracteriza por zonas de tejidos endurecidos del cerebro o de la médula espinal manifestada por parálisis parcial o completa, parestesia, y/o neuritis óptica. Se caracteriza más allá por episodios de exacerbación o remisión.

El diagnóstico radica en el historial y exámenes físicos y el análisis del líquido cerebro-espinal; un episodio anterior o un episodio único de Esclerosis Múltiple no será una Esclerosis Múltiple para efectos de esta definición. En ningún caso la Compañía pagará una pérdida bajo este beneficio si el primer episodio ocurrió antes de la fecha efectividad de la Póliza.

Cláusula 5. LIMITACION DE COBERTURA

Sólo habrá cobertura para la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado de una y sólo una de las Enfermedades Graves de las anteriormente mencionadas, siempre que se comuniquen a La Compañía, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.

Si la Enfermedad Grave o Trasplante de Órganos ocurre dentro del Plazo de Espera transcurrido a partir de la fecha de inicio de vigencia, La Compañía no efectuará ninguna indemnización y su obligación se limitará a reembolsar al Asegurado la prima pagada.

La Suma Asegurada se paga una sola vez durante la vigencia de la póliza.

5.1 EXCLUSIONES

Para la cobertura de Enfermedades Graves, esta póliza no ampara los siniestros ocurridos a consecuencia de:

Enfermedades desarrolladas como consecuencia de lesiones pigmentarias de la piel, tumores considerados como pre-malignos y cualquier clase de cáncer no-invasivo (quedan cubiertos los melanomas malignos).

- a. Enfermedades desarrolladas como consecuencia de lesiones pigmentarias de la piel, tumores considerados como pre-malignos y cualquier clase de cáncer no-invasivo (quedan cubiertos los melanomas malignos).
- b. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida y/o cualquier síndrome o enfermedad similar. El virus del S.I.D.A. y cualquier otra enfermedad derivada de lo anterior.
- c. Enfermedades provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva y sus complicaciones.
- d. Padecimientos y/o enfermedades preexistentes, cuando se cuente con las pruebas que se señalan a continuación:
 - Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad o; que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

- Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente o en su caso el resumen clínico para resolver la procedencia de la reclamación.
- e. Diagnóstico que ocurra durante el período de espera.
- f. No se pagará ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa que el Asegurado, sin importar si la persona es un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.
- g. Enfermedades que no sean las descritas en enfermedades cubiertas de acuerdo a su definición.
- h. Enfermedades congénitas y prematurez.
- i. Padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías, o enfermedades desarrolladas a consecuencia de accidentes que resulten por culpa grave del Asegurado al encontrarse en estado de ebriedad o bajo la influencia de estupefacientes o enervantes (salvo aquellas que hayan sido prescritas por un médico).
- j. Enfermedades desarrolladas por accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia inmediata de la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales, por consumo de drogas sin prescripción médica.
- k. Enfermedades desarrolladas como consecuencia de lesiones o alteraciones originadas por intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- l. No se cubrirá cuando se trate de Síndromes coronarios agudos menores, insuficiencia coronaria aguda, todas las anginas pectoris, incluyendo angina estable e inestable y la angina de decúbito, infarto del miocardio sin electrocardiograma, así como angioplastia sin infarto.

Cláusula 6. AGRAVACION DEL RIESGO

Si el Asegurado cambia de ocupación, inicia la práctica de algún deporte o inicia la exposición a un riesgo modificando las condiciones de su Contrato inicial, deberá avisar por escrito a La Compañía, quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se exponga.

Si el Asegurado no avisa por escrito a La Compañía sobre los cambios mencionados anteriormente y si dicha agravación influye en el Siniestro, La Compañía no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive del nuevo riesgo.

Cláusula 7. CONTRATO

Para fines de prueba, las declaraciones proporcionadas por escrito a La Compañía en la solicitud de seguro, cuestionarios llenados y firmados, así como el contrato de seguro, sus adicciones y reformas asentadas por escrito, así como Adendas, serán admisibles para probar la existencia del presente contrato de seguro.

La Compañía se reserva el derecho de excluir mediante Adendas, la cobertura de determinados tipos de enfermedades graves que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo. Esto se hará en el momento de la contratación del seguro o por cambio de ocupación.

Cláusula 8. COOPERACION DEL ASEGURADO

El Asegurado deberá cooperar diligentemente y se esforzará para que se tomen todas las medidas que fuese posible adoptar para que se reduzcan al máximo las consecuencias que motivaron la atención médica o intervención quirúrgica. Asimismo, se obliga a certificar la exactitud de las reclamaciones y autoriza en forma plena y suficiente a los médicos, autoridades e instituciones a proporcionar a La Compañía cualquier información acerca de su estado físico y demás circunstancias que originaron reclamaciones anteriormente.

Cláusula 9. DEDUCCIONES

Cualquier Prima no pagada será deducida de cualquier indemnización.

Cláusula 10. EDAD

La edad máxima de aceptación es de 64 años, con cancelación a los 65 años, siempre que cumpla con los requisitos de asegurabilidad y tenga cobertura continua e ininterrumpida con La Compañía de Seguros.

La Compañía se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento del Asegurado y una vez comprobada, La Compañía deberá anotarla en la propia póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado, y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar indemnización, salvo que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real del Asegurado se estuviera pagando Prima inferior a la que correspondería por la edad real, la indemnización de La Compañía de Seguros, para ese Asegurado, se reducirá en la proporción que exista entre la Prima pagada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de la celebración del Contrato. Sí a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se estuviera pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, La Compañía de Seguros está obligada a reembolsar la diferencia entre la Prima pagada y la Prima de tarifa para la edad real en la

fecha de celebración del Contrato, las Primas ulteriores deberán ajustarse de acuerdo con esta edad.

Si La Compañía de Seguros, hubiera pagado alguna indemnización, al descubrirse la edad del Asegurado, tendrá derecho a recuperar lo que hubiere pagado de más conforme el cálculo mencionado en el tercer párrafo de este punto, incluyendo los intereses respectivos.

Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad real del Asegurado, al tiempo de la celebración o en su caso la Renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la póliza quedarán rescindidos para el Asegurado y La Compañía de Seguros quedará obligada únicamente al reintegro de la Prima no devengada correspondiente al periodo no transcurrido de la vigencia.

Cláusula 11. FORMA DE PAGO DE LA PRIMA

El Contratante se obliga a pagar la prima de acuerdo con la tarifa en vigor a la fecha de inicio de la póliza de acuerdo con su edad, género, ocupación, actividad y coberturas contratadas. Asimismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por gastos de emisión de la póliza y financiamiento por pago fraccionado de la prima, indicados en las Condiciones Particulares.

En cada renovación, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada del Asegurado aplicando las tarifas en vigor a esa fecha.

La periodicidad para el pago de la prima de la vigencia del seguro, es anual; sin embargo, podrá convenirse que el Contratante la pague de manera fraccionada, en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración, no inferiores a un mes, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que determine La Compañía.

Cláusula 12. EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

El incumplimiento del pago de la prima en la fecha convenida ocasiona la mora del asegurado; en consecuencia dicho estado será causal de cancelación del contrato, sin perjuicio de que las partes puedan convenir una nueva relación contractual.

La aseguradora estará obligada a indemnizar al asegurado por los siniestros que ocurran, cuando la prima pagada a la fecha sea igual o superior a la prima devengada al momento de ocurrir el siniestro. En caso contrario, es decir, que las primas en mora correspondan a un periodo ya devengado, la aseguradora no estará obligada a indemnizar al asegurado en caso de que se produzca el siniestro.

Cláusula 13. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE LA PRIMA

Excepto para la prima inicial, que debe pagarse contra entrega de la Póliza, los efectos de la presente Póliza cesarán automáticamente treinta (30) días después de la fecha de

vencimiento de la prima no pagada. Si dentro del plazo mencionado ocurriere un siniestro, la Compañía, después de haber percibido la prima total adeudada a la fecha del siniestro, pagará el importe del seguro convenido. Este período de gracia se aplicará únicamente para los casos de prima fraccionada.

Cláusula 14. NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación relacionada con este seguro deberá presentarse por escrito a La Compañía en cualquiera de sus sucursales u oficina principal.

Los comunicados que La Compañía deba hacer al Asegurado o al Contratante, los realizará en el último domicilio del que haya tenido conocimiento.

Cláusula 15. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Contratante y el Asegurado están obligados a declarar por escrito a La Compañía, de acuerdo con la solicitud y los cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato.

En caso de que alguno de los Asegurados que formen parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisión, facultará a La Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, devolviendo al Contratante la Prima pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza.

Asimismo, queda entendido que surtirá el mismo efecto anterior, cuando el Asegurado o su representante legal o quien haya proporcionado los servicios Médicos, en colusión con el Asegurado, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en este Contrato, cláusulas y sus anexos.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de La Compañía a causa de omisión o inexacta declaración o negligencia por parte del reclamante, deberá ser reintegrado a La Compañía por el Contratante.

La Compañía comunicará por escrito en el último domicilio declarado al Contratante, la rescisión del Contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que conozca las omisiones o inexactas declaraciones.

También se podrá rescindir el Contrato por falta de pago de la Prima o su fracción en caso de pago en parcialidades

Cláusula 16. PRESENTACION DE SINIESTROS

Para solicitar el pago de cualquier indemnización, el Asegurado deberá presentar los requisitos para el trámite en las oficinas de la Aseguradora con la cual adquirió la Póliza. La

Aseguradora, revisará que los requisitos estén completos con el fin de que se proceda con el análisis respectivo. En caso de que la información presentada a la Aseguradora se encuentre incompleta para la presentación de un reclamo, la Compañía le comunicará el requerimiento al Asegurado.

Para el trámite de reclamos, el Beneficiario deberá presentar a la Aseguradora dentro de los primeros diez (10) días de haber ocurrido el siniestro y suministrar los siguientes documentos:

- Formulario de Reclamación suministrado por la Aseguradora.
- Copia de Cedula de Identidad del Asegurado y/o Cedula de residencia, en su defecto se deberá presentar partida de nacimiento original del Asegurado.
- Diagnóstico escrito de la Enfermedad Grave y firmado por el Médico tratante.
- Documentación complementaria que confirme el diagnóstico de la Enfermedad Grave.

La Aseguradora queda facultada para solicitar documentos adicionales que estime del caso a efectos de aclarar satisfactoriamente la ocurrencia de un siniestro. Además, la Aseguradora queda facultada practicar a su costa exámenes médicos al Asegurado respecto del cual se refiera la solicitud de indemnización.

La indemnización se hará una vez presentada la documentación correspondiente a la Aseguradora y a satisfacción de ésta, en un plazo máximo de quince 15 días hábiles.

Cláusula 17. PAGO DE LAS RECLAMACIONES

Tan pronto La Compañía disponga de la información completa relacionada y solicitada de una reclamación, procederá al pago de la indemnización cubierto de acuerdo con las Condiciones Generales, cláusulas y Adendas que conforman este Contrato, mediante la emisión de cheque o transferencia bancaria electrónica a favor del Asegurado o de sus Beneficiarios o un representante legal, según sea el caso, entregándole La Compañía el finiquito correspondiente el cual deberá ser firmado en señal de aceptación.

Por otra parte, si posterior al pago de una Reclamación La Compañía llegara a comprobar que la misma era improcedente, de acuerdo con las Condiciones Generales y particulares de este contrato, cláusulas y sus Adendas, La Compañía podrá solicitar del Asegurado o de la persona que solicitó tal reclamación, el reintegro total o parcial de dicho pago mediante la vía legal.

Cláusula 18. PRESCRIPCION

Cumpliendo el plazo de tres (3) año después de la fecha del siniestro, la compañía quedará libre de la obligación de pagar la indemnización por el mismo, a menos que esté en trámite un arbitraje o gestión judicial o extrajudicial relacionada con la reclamación.

Cláusula 19. REHABILITACION

Cuando la póliza cese en sus efectos por falta de pago de primas, el contratante podrá solicitar la rehabilitación de la misma dentro de los quince días naturales siguientes al vencimiento del periodo de gracia y en su caso, La Compañía la podrá rehabilitar respetando la vigencia originalmente pactada, de conformidad con sus políticas de aceptación y de rehabilitación vigentes, además de llenar el formato autorizado adjuntando los documentos establecidos, ambos por La Compañía y no haber sufrido un accidente dentro del término mencionado.

La póliza se considerará rehabilitada a partir de la fecha en que La Compañía de Seguros lo autorice, debiendo notificarlo por escrito al contratante.

La Compañía, en ningún caso responderá por enfermedades o accidentes ocurridos durante el periodo comprendido entre el día en que cesaron los efectos de la vigencia de la póliza y la fecha en que La Compañía emitió la respectiva autorización de rehabilitación. La Compañía de Seguros se reserva el derecho de aceptar o no la rehabilitación de la póliza.

Cláusula 20. RENOVACIONES

Este seguro es de renovación automática, salvo pacto expreso en contrario, éste derecho de renovación no procederá si la edad alcanzada del titular se encuentra fuera de los límites de aceptación vigentes.

La Compañía de Seguros aplicará las condiciones de cobertura vigente, asimismo el incremento de Prima en cada renovación será el que resulte de calcular y actualizar los parámetros de la Prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica, con información estadística que sea suficiente, homogénea y confiable.

Cláusula 21. TERMINACION ANTICIPADA DEL CONTRATO

El Contratante podrá dar por terminado el presente Contrato con anterioridad a la fecha de su vencimiento mediante aviso por escrito a La Compañía de Seguros, dentro de los 15 días previos a la fecha en que cesará el Contrato. Dado el caso, el contratante, tendrá derecho a recuperar la prima pagada no devengada, sin incluir derechos de póliza. En caso de existir algún siniestro ocurrido durante la vigencia de la póliza no habrá devolución de primas al contratante.

Cláusula 22. ALCANCE TERRITORIAL

Salvo pacto expreso en contrario, la presente póliza sólo será aplicable al diagnóstico realizado dentro de los límites territoriales de la República de Nicaragua.

Cláusula 23. VIGENCIA

La cobertura se inicia a partir de la fecha y hora establecidas en las Condiciones Particulares y el pago de la prima, y concluye en la fecha convenida entre las partes, establecida también en las mismas.

Cláusula 24. FUNCIONES Y DEBERES DE LOS INTERMEDIARIOS DE SEGUROS

De acuerdo a lo indicado en el artículo 119 de la Ley General de Seguros Reaseguros y Fianzas, son funciones y deberes de los intermediarios de seguros:

- Prestar el asesoramiento técnico a los usuarios o clientes para que obtengan la cobertura de riesgos adecuada a sus intereses;
- Informar a sus usuarios o clientes sobre las condiciones del contrato , sobre los riesgos, beneficios y exclusiones de las pólizas observando el alcance de los deducibles de la misma, regla proporcional, forma y plazos de pago, efecto de su incumplimiento, y en general toda la información necesaria para ilustrar mejor su decisión;
- Los intermediarios proporcionaran a las sociedades de seguro toda la información que sea de su conocimiento sobre el riesgo o la responsabilidad a asumir, a fin de que puedan formarse un juicio sobre las características que les permita determinar las condiciones bajo las cuales deban suscribir las pólizas;
- Proteger los intereses del asegurado y de la aseguradora en un grado de igualdad;
- Comunicar de inmediato y por escrito a los tomadores o contratantes y/o asegurados, el rechazo o las modificaciones de cobertura del riesgo propuesto, realizadas por las sociedades de seguros;
- Entregar al asegurado la póliza de seguro contratada, dentro de los tres (3) días siguientes a su fecha de recepción, verificando que ésta se encuentre conforme con lo solicitado a la sociedad de seguros, debiendo devolver a esta última las copias, las adendas y demás documentaciones que requiera la firma del asegurado dentro de un plazo no mayor a tres (3) días, siguientes a las fecha de recepción por parte del asegurado;

- Comunicar de inmediato y por escrito a las sociedades de seguros, cualquier modificación de riesgo asegurado que signifique una agravación o disminución del mismo, que pudiera repercutir en sus condiciones de aseguramiento;
- Asistir al asegurado, con la debida diligencia y prontitud, en caso de siniestro, gestionando el reclamo correspondiente ante la sociedad de seguros y haciendo un seguimiento del mismo hasta su conclusión,
- Enterar a las sociedades aseguradoras, en un plazo no mayor de tres (3) días, las sumas recibidas de los clientes en concepto de primas.

Cláusula 25. RESOLUCION O MODIFICACION DEL CONTRATO POR EL ASEGURADO

Si el asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por la sociedad de seguro, podrá resolverlo dentro de los treinta (30) días siguientes de haber recibido el contrato o póliza, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la modificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con la póliza o contrato.

En caso de ocurrir un siniestro antes de solicitada y/o aceptada por la sociedad de seguros cualquier rectificación o modificación durante el tiempo establecido en el párrafo anterior, ambas partes se sujetaran a lo establecido en la póliza. Se sujetaran a lo establecido en la solicitud cuando, las condiciones de la póliza de seguros no concuerden con la solicitud del asegurado, habiendo este pagado la prima correspondiente a lo solicitado.

Cláusula 26. OTROS SEGUROS

En caso que el Asegurado este cubierto bajo más de una póliza de este tipo emitida por la Aseguradora, se considerara asegurado a esta persona únicamente por la póliza que provea la mayor suma asegurada. Cuando los beneficios sean idénticos, la Aseguradora, considerara que la persona está asegurada bajo la póliza que se haya emitido primero.

En cualquiera de las situaciones descritas, la Aseguradora devolverá íntegramente el monto que haya pagado el Asegurado por concepto de primas correspondientes de las otras pólizas de este tipo que la Aseguradora haya emitido.

Cláusula 27. CONCILIACION Y ARBITRAJE

Ante cualquier controversia que surgiere de este contrato, las partes acuerdan de manera voluntaria someterla para su solución, a un proceso arbitral institucional, en base al Arto. 186 de la Ley No. 733, Ley General de Seguros, Reaseguros y Fianzas y al procedimiento señalado en la Ley 540 de Mediación y Arbitraje.

El Idioma a utilizar será el español.

El lugar será la Ciudad de Managua.

El procedimiento será el vigente en cualquier entidad acreditada ante la Dirección de Resolución Alternativa de Conflictos, adscrito a la Corte Suprema de Justicia y que el tribunal arbitral determine.

El tribunal se constituirá por un árbitro que decidirá conforme a equidad y calificado en materia de seguro.

El pago de los honorarios será asumido por la parte perdedora. No obstante, según el Arto. 45 de la Ley de Mediación y Arbitraje, el Tribunal Arbitral podrá decidir quién asumirá el pago de los honorarios.

Cláusula 28. NORMAS SUPLETORIAS

En todo lo que no estuviere previsto en esta Póliza, se aplicarán las leyes vigentes de la República de Nicaragua.

FIRMA AUTORIZADA