



## SEGURO DE VIDA | SEGURO INFARTO

### Con cobertura por Infarto

#### PRINCIPALES CONDICIONES GENERALES Y ESPECIALES DEL SEGURO

#### FORMA DE PAGAR LAS PRIMAS

El contratante pagará las primas por adelantado dentro del término estipulado en las oficinas de la Aseguradora. Las primas se pagarán de forma anual y, mediante petición por escrito del contratante, podrá cambiarse la forma de pago en cualquier aniversario o al inicio de la vigencia de la póliza.

#### PRIMA

El Asegurado tendrá un mes de gracia para el pago de la prima contado a partir de la fecha de vencimiento de los plazos convencionales o legales. Mientras no haya transcurrido el periodo de gracia, los efectos del seguro no podrán suspenderse.

Vencido el mes de gracia, los efectos del contrato quedarán en suspenso, pero el Asegurado dispondrá de tres (3) meses para rehabilitarlo, pagando las primas vencidas. Al finalizar este último plazo, caducará automáticamente el contrato si no fuere rehabilitado.

#### TRÁMITE CONCILIATORIO

Todos los derechos y obligaciones de esta póliza están sometidos a las leyes de la República de El Salvador.

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, de conformidad a lo regulado en el Título Sexto, Capítulo Único Conciliación, de la Ley de Sociedades de Seguros.

El reclamante presentará un escrito acompañado de una copia, en el cual expondrá las razones que motivan su discrepancia. Recibido el mismo, la Superintendencia enviara una copia a la Aseguradora en el término de cinco (5) días hábiles después de recibida, para que esta, 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.

Al recibir el informe la Superintendencia del Sistema Financiero si lo estimare procedente, ordenara a la Aseguradora que dentro del término de ocho (8) días hábiles, constituya una reserva específica para el cumplimiento de la obligación objeto del reclamo.

La Superintendencia citara a las partes a una audiencia conciliatoria que se realizara 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 pudiese 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.

Si la Aseguradora no comparece a la segunda cita, la Superintendencia podrá aplicarle una multa de conformidad a lo regulado en el artículo 103 de la Ley de Sociedades de Seguros.

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 ordenara 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.

## **INDISPUTABILIDAD**

La apreciación del riesgo se ha basado en las declaraciones del Contratante o del Asegurado, hechas estas últimas, en la Solicitud-Certificado que constituye parte de este Contrato. En consecuencia, el dolo o culpa grave en tales declaraciones o la omisión dolosa o culposa de ellas, 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.

Si la inexactitud u omisión en las declaraciones del Contratante o Asegurado no se debiera a dolo o culpa grave, el Contratante o Asegurado estará obligado a ponerlo en conocimiento de la Aseguradora tan pronto como adviertan esta circunstancia, bajo pena de que se les considere responsables de dolo.

En caso de inexactitud en la edad declarada por el Asegurado, se estará a lo dispuesto en la Cláusula General Novena- EDAD de estas Condiciones Generales.

Sin embargo, la Aseguradora renuncia a impugnar el seguro de cada Asegurado, después de que haya estado en vigor durante su vida por un periodo de dos años contados desde la fecha de su última inscripción ininterrumpida.

## **SUICIDIO**

Si el Asegurado falleciere por suicidio o a consecuencia del intento de suicidio durante los primeros dos (2) años de vigencia del seguro o de la última rehabilitación de la póliza, la Aseguradora queda exonerada del pago de la indemnización; en tal caso, se limitará a reembolsar a los Beneficiarios el importe de las primas pagadas a la fecha del fallecimiento, correspondientes estas a la vigencia dentro de la cual se da el fallecimiento.

## **DOLO O FRAUDE**

El dolo o culpa grave en las declaraciones del Asegurado o del Contratante y la omisión en ellas, respecto a hechos importantes para la apreciación del riesgo, da derecho a la Aseguradora para la rescisión del Contrato, quedando a favor de la misma la prima correspondiente al periodo del seguro en curso en el momento en que se conozca el dolo o culpa grave. Si el riesgo no fuere asegurable, la Aseguradora tendrá acción para rescindir el Contrato.

## **GRUPO ASEGURADO**

Quedan amparados bajo este seguro aquellas personas que, siendo clientes del Contratante, soliciten expresamente su inclusión a la Póliza.

La Solicitud-Certificado individual del Seguro Colectivo de Vida - Seguro contra Infarto, no tendrá ninguna validez respecto de personas no indicadas en el Grupo Asegurado o que no reúnan los requisitos establecidos para optar por la cobertura de seguro. En uno u otro caso la Aseguradora quedará exonerada del pago de la indemnización y se limitará a reembolsar el valor neto de las primas pagadas por el Asegurado.

## CAMBIO DE BENEFICIARIO

El Asegurado podrá cambiar en cualquier momento los nombres y/o las cuotas de indemnización de los Beneficiarios de su seguro, notificándolo por escrito a la Aseguradora a través del Contratante, siempre que no haya restricción legal alguna. El cambio surtirá efecto a partir de la fecha en que dicho cambio sea registrado por la Aseguradora.

## CESIÓN

Los derechos concedidos por esta póliza no podrán ser objetos de cesión.

## COBERTURAS

Si al asegurado le ocurre un Infarto al Miocardio por primera vez en su vida, ASEGURADORA ABANK, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, pagará al asegurado o a los beneficiarios designados la Suma Asegurada por una sola vez.

Para que este beneficio se haga efectivo se requiere lo siguiente: Que la cobertura de seguro del cliente haya estado vigente por un periodo mayor o igual a 60 días para el primer diagnóstico de infarto al miocardio.

## EDAD

Este seguro podrá ser contratando por personas naturales cuyas edades se encuentren comprendidas entre los dieciocho (18) y los sesenta y cuatro (64) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

No existirá periodo de espera para formar parte del grupo asegurado.

## RENOVACIÓN

El seguro podrá renovarse siempre y cuando el cliente compre nuevamente el seguro con 30 días de anticipación a la terminación de la vigencia de su certificado anterior.

Los seguros de renovación mantendrán el número del certificado de origen y se elimina la preexistencia de diagnóstico de infarto al miocardio. La edad máxima de renovación será hasta los sesenta y cuatro (64) años y trescientos sesenta y cuatro (364) días.

## RIESGO NO CUBIERTO

No están cubiertos en este seguro y, por tanto, su diagnóstico no derivará en indemnización alguna:

- Quando el Asegurado haya tenido conocimiento de padecer o haber padecido cualquier tipo de cardiopatía (infarto, isquemia, angina de pecho o arritmia) al momento de contratar este seguro.
- Quando el infarto ocurra dentro del periodo al descubierto, el cual es de 60 días a partir de la activación del seguro en su primer año de vigencia.
- Quando el Asegurado sufra un infarto previo a la contratación del seguro, no se cubrirá un segundo infarto del miocardio.
- Quando el Asegurado haya tenido una intervención quirúrgica del corazón previa a la contratación de este seguro.
- Cualquier manifestación u ocurrencia de infarto al miocardio posterior a la primera reclamación realizada a la Aseguradora.

## CANCELACIÓN DEL SEGURO

Este seguro solo puede ser cancelado a petición del Asegurado:

- Si el Asegurado solicita la cancelación dentro de los 30 días siguientes de emitida la Solicitud-Certificado, la Aseguradora devolverá el 100% de la prima del seguro.
- Si la cancelación se realiza después de los primeros 30 días del inicio de vigencia de la Solicitud- Certificado, la Aseguradora devolverá al cliente la parte de la prima no devengada que corresponda.

Quando se solicite la cancelación, en el sistema se deberá imprimir la "Carta de Cancelación". Este documento deberá imprimirse en dos copias, una para el expediente y la otra para el cliente. Ambos documentos deben ser firmados por el asegurado.

## PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

### En caso de Fallecimiento

El Beneficiario o familiar del Asegurado deberá dar aviso por escrito a Banco ABANK, S.A. inmediatamente después de la fecha de ocurrencia del siniestro que pudiera dar lugar a una indemnización bajo las condiciones de la póliza.

La notificación por escrito del Diagnóstico de la enfermedad cubierta por el seguro en que se base la reclamación debe ser presentada a la Aseguradora, inmediatamente o dentro de los noventa (90) días después de la fecha del diagnóstico de la enfermedad.

Al recibir la Compañía notificación de la reclamación, esta suministrará al beneficiario o familiar del Asegurado a través del Contratante, los correspondientes formularios para que le sean presentadas las pruebas del siniestro o reclamación. Si tales formularios son suministrados dentro de los quince (15) días después de recibirse la notificación del siniestro de un Asegurado, se considerará que el beneficiario o familiar del Asegurado ha cumplido con los requisitos de esta póliza para tal fin.

El dejar de enviar tal notificación o prueba dentro del tiempo estipulado en este documento no invalidará la reclamación, siempre que se demuestre que no fue factible hacerlo dentro de ese periodo de tiempo y que tal aviso o prueba fue presentado tan pronto como fue razonablemente posible.

La Aseguradora tendrá el derecho y deberá tener la oportunidad de que un médico designado por esta examine a cualquier reclamante conforme a este contrato cuando y cuantas veces así lo requiera, en forma razonable.

### **En caso de Diagnóstico de Infarto al Miocardio**

Para proceder con la indemnización el Asegurado deberá presentar evidencia médica, informes que sustenten el diagnóstico o condición cubierta por la Póliza; tales como:

- a) Copia de historia clínica (foliado y fechado) .
- b) Informes de electrocardiogramas (EKG), marcadores cardiacos, ecodoppler cardiovascular, ecocardiograma.
- c) Copia de CD del cateterismo realizado (si es que fue efectuado).
- d) Fotocopias de DUI y NIT del asegurado.

### **En caso de Fallecimiento**

- a) Fotocopias de DUI y NIT de los beneficiarios.
- b) Partida de Defunción Original.
- c) Partida de Nacimiento Original.
- d) Certificado de Seguro Original.
- e) Certificado o constancia del médico asistente.

Todos los documentos no deben tener una antigüedad mayor a 3 meses. La Aseguradora podrá requerir cualquier otro documento que en el análisis de la reclamación lo considere necesario para validación del siniestro.

## **ENTREGA DE DOCUMENTOS**

Cuando el reclamante haya reunido los requisitos deberá hacer la entrega de todos los documentos en el punto de venta con el vendedor especializado o gerente de la sucursal, quien revisará que esté completa la documentación y llenado del formulario de reclamación, indicándole en ese momento si hay algún documento o dato faltante.

## **TIEMPO DE RESPUESTA**

ASEGURADORA ABANK, S.A., SEGUROS DE PERSONAS, considerará un tiempo de respuesta no mayor a 30 días, una vez recibida la documentación completa y sin observaciones. Este plazo no se aplicará en caso de que aparezcan observaciones puntuales por ASEGURADORA ABANK en el momento de evaluación, debiendo ser subsanadas por el reclamante.

## **DERECHO DE RETRACTO**

Para los contratos celebrados a distancia, de acuerdo a lo establecido en el artículo 13-A de la Ley de Protección al Consumidor, el derecho de retracto de un contrato es la facultad del asegurado de dejar sin efecto el contrato unilateralmente, sin necesidad de justificar su decisión y sin penalización alguna, siempre y cuando no se hubiere perfeccionado por no haber transcurrido el plazo de ocho días, o no se hubiere empezado a hacer uso del seguro.

## **DESISTIMIENTO**

El asegurado podrá desistir del contrato de seguro en el plazo de los quince días siguientes a aquel en que recibiere la Solicitud-Certificado, si no concordare con los términos convenidos. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto.