

Pan American Life S.A., Seguros de Personas (en adelante llamada la Compañía), se compromete a pagar los beneficios que constan en esta Póliza, en lo que respecta a cada Asegurado afiliado de:

AGP ASISTENCIAS S.A. DE C.V.
(En adelante llamado el Contratante)

Esta póliza No.33864 es expedida al Contratante en consideración a su Solicitud y a las solicitudes individuales de sus clientes Asegurados. La primera prima vence en la Fecha Efectiva de la Póliza, el día 3 DE DICIEMBRE DE 2021, A LAS 12 M. y las primas subsiguientes, durante la continuación de la Póliza, vencerán de acuerdo a la forma de pago pactada.

Esta Póliza estará vigente durante el período de seguro pactado y será renovable anualmente. Al vencimiento de cada período de vigencia podrá ser renovada con iguales o diferentes condiciones y deberá ser comunicado por escrito a la Compañía. Si la Compañía no recibe confirmación de la aceptación de las condiciones de renovación se procederá a dar por terminada esta Póliza. Todos los pagos relativos a esta Póliza, ya sean por parte de la Compañía o del Contratante se verificarán en la ciudad de San Salvador, en la moneda de curso legal de La Republica de El Salvador.

Cobertura Básica:

Seguro de Vida INCLUIDO

Cobertura Adicional: INCLUIDO
Indemnización por Incapacidad Total Temporal
Indemnización por Desempleo Involuntario

Modalidad de pago: Contributiva

Suma Asegurada: Saldo Insoluto + Intereses normales y en mora a la fecha de fallecimiento del asegurado

Fecha de inicio de la vigencia:

Lugar y fecha de emisión:

3 DE DICIEMBRE DE 2021

San Salvador, 15 de Diciembre de 2021



REPRESENTANTE LEGAL



SUMARIO

I. DEFINICIONES

II. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

A. Cobertura Básica

1. Descripción de la cobertura
2. Exclusiones de la cobertura

B. Cobertura Adicional

1. Descripción de la cobertura
2. Exclusiones de la cobertura

C. Riesgos bajo estipulación expresa

D. Indisputabilidad

E. Vigencia de la Póliza

F. Vigencia de la Cobertura

G. Modificaciones

III. CLÁUSULAS GENERALES

A. De los Asegurados

1. Elegibilidad
2. Incorporación de Asegurados
3. Baja de Asegurados
4. Registro de Asegurados
5. Edad de Aceptación

B. De la Prima

1. Pago de la Prima
2. Periodo de Gracia
3. Renovación de la Póliza
4. Modificación de la Prima
5. Rehabilitación

C. De la Reclamación de Siniestros

1. Conocimiento del Siniestro
2. Pago de Indemnizaciones
3. Revisión de Reclamos
4. Pérdida del derecho a recibir la Indemnización

D. De la Terminación de la Póliza

1. Terminación del Seguro
2. Declaraciones Falsas e Inexactas

E. Disposiciones Legales

1. Moneda
2. Prescripción
3. Confidencialidad
4. Comunicaciones
5. Jurisdicción y Competencia

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO DE SALDOS DEUDORES

Pan American Life, S.A., Seguros de Personas, (denominada en adelante "*la Compañía*") es la Compañía de Seguros legalmente constituida de conformidad con la Ley de Sociedades de Seguros de El Salvador, se responsabiliza de pagar las indemnizaciones reguladas en este Contrato de Seguro y los demás elementos de la Póliza.

I. DEFINICIONES

Accidente: Se refiere a un suceso imprevisto, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afectan el organismo del Asegurado provocándole lesiones manifiestas por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo el ahogamiento y la asfixia, torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, estados septicémicos e infecciones que sean a consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo, o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

Addendum: Documento que forma parte de la Póliza, que modifica, adiciona y/o excluye alguna de sus Condiciones Generales, coberturas o algún elemento contractual. Se estipula que lo indicado en un addendum siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga a ellas.

Asegurado: Es la persona natural o jurídica de cualquier género residente legalmente en la República de El Salvador e inscrita en el Registro de Asegurados de la Póliza, que obtiene el beneficio de las coberturas amparadas.

Beneficiario: Es la persona natural o jurídica designada por el Asegurado que recibirá los beneficios del Seguro de Vida y de la cobertura de Indemnización por Invalidez Total y Permanente que se contrataren en esta Póliza de seguro. El Contratante de esta Póliza será siempre el Beneficiario principal de la misma. En caso de que el monto Asegurado elegido sea el Monto Original de la Deuda a favor del Contratante, el Asegurado podrá designar Beneficiarios de la diferencia entre el Monto Original y el saldo de la deuda al momento de un eventual siniestro.

Certificado de Seguro: La Compañía emitirá un certificado/solicitud por cada asegurado el cual quedará en poder del Contratante y en dicho documento deberá hacerse constar: el número del certificado y de la Póliza, el plazo de vigencia de la Póliza, el monto Asegurado, la fecha de vigencia de la Cobertura del Asegurado y la descripción y monto de las coberturas incluidas.

Certificación Médica: Documento emitido por un Medico o un Tribunal de Médicos autorizados legalmente para el ejercicio de su profesión y con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente al Siniestro reclamado, en el cual se incluye un Diagnóstico susceptible de ser utilizado como fundamento para la Reclamación de un Siniestro.

Condición o situación Preexistente: Cualquier enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia, padecimiento o problema de salud en general que afecte al Asegurado y que haya sido conocido o diagnosticado, con anterioridad a la fecha de incorporación del mismo a la póliza.

Contratante: Es la persona natural o jurídica cuya Solicitud de Seguro ha aceptado la Compañía en los términos consignados en la Póliza, con base en los datos e informes proporcionados a la Compañía en conjunto con los Asegurados, teniendo a su cargo la obligación legal del pago de las primas correspondientes. Los actos propios del Contratante para incorporar a los Asegurados dentro de la Póliza no constituyen intermediación de seguros.

Deuda: Préstamo mercantil otorgado por el Contratante al Asegurado.

Diagnóstico: Dictamen sobre un padecimiento o condición que efectúa un Médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la enfermedad, apoyándose para ello en evaluación directa, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio.

Edad: Para los efectos de este Contrato, se entenderá que las coberturas estipuladas hasta el cumplimiento de una edad específica, cubrirán al Asegurado durante todo el día de su cumpleaños y hasta la medianoche (24:00 hrs.) de ese día.

Evento: Hecho imprevisto que sufre el Asegurado, a consecuencia de la ocurrencia de un Accidente o su fallecimiento por otras causas no contenidas en el capítulo de Exclusiones de la Cobertura Básica de esta Póliza.

Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza: Es la fecha indicada en la carátula de la Póliza y se refiere a la fecha en la que comienza la cobertura de seguro bajo esta Póliza. Todos los vencimientos, renovaciones, rehabilitaciones o aniversarios de la Póliza se calcularán a partir de la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza.

Fecha de Vigencia de la Cobertura: Es la fecha a partir de la cual entra en vigencia la cobertura de un Asegurado en particular y comunicada a este a través del Contratante.

Solicitud de Aceptación y Aprobación de la Cobertura del Asegurado: Todo Deudor y Co-Deudor completará la solicitud/certificado de incorporación a la Póliza de Seguro Colectivo de Saldos Deudores de acuerdo con los requisitos establecidos en las Condiciones Especiales de la póliza, y además deberá completar la Prueba de Asegurabilidad (Declaración de Salud) correspondiente. Una vez aceptada la Solicitud por la Compañía, el Contratante podrá registrarlos como Deudores-Asegurados.

Invalidez Total y Permanente: Imposibilidad de una persona para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, siempre que dicha imposibilidad haya sido continua por un periodo no menor a seis (6) meses y que la probabilidad de recuperación, desde el punto de vista médico, sea nula. Se incluye bajo esta definición la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o la de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o de un pie junto con la vista de un ojo.

Se entenderá por pérdida de una mano o de un pie la anquilosis total, es decir la pérdida de su funcionalidad motriz total desde la articulación de la muñeca hasta la falange distal de los dedos de la mano o desde la articulación tibiotarsiana hasta la falange distal de los dedos del pie y/o su

separación al nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella en el caso de una mano, y a nivel de la articulación tibiotarsiana o arriba de ella en el caso de un pie.

Médico: Es aquella persona que posee licencia legal para ejercer la medicina y/o cirugía y que no sea el Asegurado, ni ningún miembro de la familia del Asegurado dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.

Médico tratante: Médico principalmente responsable de la valoración, tratamiento y diagnóstico del Asegurado que ha sufrido un Accidente, con la capacidad ética y técnica suficiente para emitir una declaratoria oficial de las causas de la muerte, desmembramiento o incapacidad del Asegurado, que sea susceptible de ser certificada por un Tribunal Médico.

Modalidad De Pago Contributiva: Cuando el pago de la Prima es efectuado en parte o totalmente por el Asegurado.

Monto Original de la Deuda: Corresponde al monto inicial e invariable de la Deuda contraída por el Asegurado con el Contratante.

Periodo de Disputabilidad: Plazo durante el cual la Compañía está legitimada para rescindir en forma inmediata, unilateral y de pleno derecho esta Póliza con respecto a uno o varios Asegurados, en caso de que se compruebe falsedad o inexactitud de la información suministrada a la Compañía, y con base en la cual ésta aceptó incluir al Asegurado dentro de la Póliza. Sin embargo si la inexactitud u omisión fuese cometido sin dolo o culpa grave de su parte, estará obligado a ponerlo en conocimiento del Asegurador tan pronto como advierta esta circunstancia bajo pena que se le considere responsable de dolo. Dado el aviso correspondiente por el Asegurado, la indemnización (si ese fuere el caso), se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se había cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación del riesgo, a menos que las partes convengan en aumentar las primas. Si el riesgo no fuese asegurable, el Asegurador tendrá acción para rescindir el Contrato.

Periodo de Gracia: Es el período de tiempo que tiene el Asegurado Principal para realizar el pago de las primas correspondientes a partir de la fecha de vencimiento del pago.

Perito Médico: Médico Especialista certificado por La Junta de Vigilancia de la Profesión Médica que acredite documentalmente su conocimiento y experiencia en el campo específico de la Medicina en que se le solicite Diagnóstico.

Plan de Seguro Colectivo o Colectividad: Define la cobertura de beneficios otorgada a grupos de personas afines amparadas bajo un mismo vínculo de tipo comercial, laboral, escolar, cooperativo, entre otros. Estos planes tienen un diseño especial de acuerdo al colectivo que los adquiere.

Póliza: Documento que detalla las condiciones generales y particulares del contrato pactado entre una entidad contratante y la Compañía.

Prima: Es la suma de dinero que el Contratante debe abonar a la Compañía como pago del servicio contratado para que ésta atienda la cobertura de los riesgos Asegurados.

Prueba de Asegurabilidad: Es un formulario requerido por la Compañía para ser completado por los candidatos a Asegurados, para comprobar su elegibilidad a los beneficios de la póliza solicitada. Por el término “Prueba de Asegurabilidad” se entiende la Declaración de Salud, que detalla las enfermedades y tratamientos médicos realizados durante la vida del Asegurado propuesto.

Registro de Asegurados: Es la relación de nombres y datos de las personas inscritas como parte de la Colectividad y a las que la Compañía les ha acreditado la protección de las coberturas contratadas e indicadas en la Póliza. Este registro deberá contener la información mínima siguiente: Nombre y fecha de nacimiento del Deudor Asegurado, monto Asegurado, número de crédito y fecha de otorgamiento. Así mismo deberá informar los créditos cancelados en el mes anterior.

Esta información deberá ser enviada mensualmente a la compañía dentro de los primeros cinco (5) días de cada mes.

Saldo Insoluto de la Deuda: El monto de la Deuda que no ha sido cubierto por el Asegurado, que incluye el capital y los intereses corrientes adeudados al Contratante al momento de ocurrir un Siniestro de conformidad con lo estipulado en esta Póliza. Este saldo deberá ser confirmado por el Contratante mediante un reporte que coincida con el monto registrado en sus libros contables. Esta cobertura no cubrirá el pago de intereses moratorios, comisiones o gastos en concepto por cobro administrativo o judicial asociados a la deuda, excepto cuando esté incluido en el reporte mensual del saldo insoluto de la deuda.

Seguro: Se refiere al beneficio provisto por la Póliza, de acuerdo a las Condiciones Generales y Especiales de la póliza.

Suma Asegurada: Es el monto que deberá pagar la Compañía al Asegurado o a los Beneficiarios, según corresponda de acuerdo al último registro de asegurados. Ese monto podrá corresponder al Monto Original de la Deuda o al Saldo Insoluto de la Deuda según se haya pactado entre las partes y se indique en las Condiciones Especiales de la Póliza.

II. DESCRIPCION DE LA COBERTURA

A. Cobertura Básica (Seguro de Vida):

A.1. Descripción de la cobertura: La Compañía pagará en un único pago a los beneficiarios que correspondan, el Saldo Insoluto de la Deuda o el Monto Original de la Deuda, según se indique en las condiciones especiales de la póliza, si durante la vigencia del Seguro y de acuerdo a sus términos y condiciones, el Asegurado fallece por cualquier causa no descrita en las Exclusiones de esta cobertura.

En el caso que la Suma Asegurada sea el Saldo Insoluto de la Deuda, el importe de la indemnización de esta cobertura disminuirá conforme disminuya el saldo original de la Deuda

descrita en el último registro de Asegurados. El monto máximo, independientemente del número de créditos que tenga un mismo deudor, se estipulará en las Condiciones Especiales de la póliza.

A.2. Exclusiones de la Cobertura: La Cobertura contratada bajo esta Póliza no surtirá efecto cuando las causas que originaron el Siniestro se encuentren entre las listadas a continuación:

1. Suicidio, automutilación, o lesión autoinflingida por el Asegurado, independientemente del estado mental del Asegurado, si éste ocurre dentro de los primeros dos años de vigencia de la Póliza;
2. Muerte por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo.
3. Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por quien pudiere verse beneficiado por el pago de la cantidad asegurada.
4. Actos ilegales por parte del Asegurado o por los albaceas, herederos o representantes legales del Asegurado, que estén relacionados con la reclamación del beneficio.
5. Actos de guerra o guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, huelga o tumulto popular, duelos y riñas, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo;
6. Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, salto con sujetaciones elásticas (bungee jumping), parapente, carreras de auto y moto, entre otros.
7. Condición o situación preexistente entendiéndose por tales las definidas en el punto I de estas Condiciones Generales.
8. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o sus complicaciones durante los primeros dos (2) años del Seguro;
9. Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos de alucinógenos o drogas no prescritas médicamente;
10. La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas;
11. Por falsas declaraciones, omisión o reticencia del Asegurado que pueden influir en la comprobación del siniestro.

De ocurrir el fallecimiento debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura para el caso en particular, y producirá el término del seguro para dicho Asegurado, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la Compañía Aseguradora. Conforme a lo anterior, y por su naturaleza, la póliza seguirá vigente para todos los efectos con respecto a los demás Asegurados.

B. Cobertura Adicional (Indemnización por Invalidez Total y Permanente):

B.1. Descripción de la Cobertura: El Asegurado podrá contratar en esta misma póliza, en aquellos casos en que la Compañía así lo ofrezca, y con el condicionante de que el Asegurado haya

contratado la cobertura básica de fallecimiento, la cobertura de Invalidez Total y Permanente. La Compañía pagará en un único pago a los beneficiarios designados, o al Asegurado cuando corresponda el Saldo Insoluto de la Deuda o el Monto Original de la Deuda, según se indique en las condiciones especiales de la póliza, si durante la vigencia del Seguro y de acuerdo a sus términos y condiciones, se diagnostica al Asegurado como imposibilitado para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos y aptitudes, siempre que dicha imposibilidad haya sido continua por un periodo no menor a seis (6) meses y que cumpla con la condición de que la probabilidad de recuperación, desde el punto de vista médico, sea nula.

También será considerada como invalidez total y permanente la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o la de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie junto con la vista de un ojo.

La Invalidez Total y Permanente deberá ser dictaminada por el médico tratante del Asegurado, y avalada por un Perito Médico nombrado por la Compañía.

En el caso que la Suma Asegurada se defina como el Saldo Insoluto de la Deuda, el importe de la indemnización de esta cobertura disminuirá conforme disminuya el saldo de la Deuda descrito en el último registro de asegurados. Bajo ninguna circunstancia esta cobertura cubrirá el pago de intereses moratorios, comisiones o gastos por concepto de cobro administrativo o judicial asociados a la Deuda, excepto cuando vaya incluido en el reporte mensual del saldo insoluto de la deuda.

B.2. Exclusiones de la Cobertura Adicional: Se entiende que para esta Cobertura Adicional de Invalidez Total y Permanente rigen las exclusiones establecidas para la cobertura básica de Vida enunciadas en el inciso **A.2** de esta póliza.

De ocurrir la Invalidez Total y Permanente debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura para el caso en particular, y producirá el término del seguro para dicho Asegurado, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la Compañía Aseguradora. Conforme a lo anterior, y por su naturaleza, la póliza seguirá vigente para todos los efectos con respecto a los demás Asegurados

C. Riesgos Cubiertos bajo Estipulación Expresa

La Compañía Aseguradora cubrirá la muerte o la Invalidez Total y Permanente, esta última en caso de que haya sido contratada su cobertura; que afecte al Asegurado como consecuencia directa de la realización o participación en actividades o deportes riesgosos, excluidas en el punto **A.2**, punto número 6) cuando hayan sido declaradas por el Asegurado y aceptadas por la Compañía Aseguradora con el pago de la sobreprima respectiva, si es del caso, dejándose constancia de ello en las Condiciones Especiales de la póliza y en el correspondiente Certificado de Cobertura.

D. Indisputabilidad

Transcurridos dos (2) años de cobertura continua, contado desde la incorporación del Asegurado, la Compañía Aseguradora no podrá invocar la reticencia o inexactitud de las declaraciones que influyan en la estimación del riesgo, excepto cuando hubieren sido efectuadas en forma dolosa.

E. Vigencia de la Póliza: La duración de ésta póliza colectiva es de un (1) año, contado desde la fecha inicial de vigencia, salvo que en Addendum se señale un periodo diferente. Sin embargo, si

alguna de las partes no manifestare su decisión en contrario antes de 60 días de la fecha de vencimiento, la póliza se renovará automáticamente.

LA COMPAÑÍA otorgará un Período de Gracia de un (1) mes después de la fecha de vencimiento de la Póliza para que el Asegurado realice el pago de las primas correspondientes. El no pago de la prima correspondiente dentro del período de gracia hará que el contrato quede en suspenso, vencido este plazo el Contratante dispondrá aún de tres meses más para rehabilitar el seguro, pagando las primas vencidas. Al final de este último plazo la póliza quedará terminada y para el reingreso o rehabilitación del Seguro, La Compañía podrá solicitar que se completen pruebas de asegurabilidad que permitan determinar si existe agravación esencial del riesgo.

Lo anterior será sin perjuicio de la vigencia de las coberturas individuales de cada Asegurado, conforme a lo que se expresará en el siguiente artículo. De tal manera, la terminación de la presente póliza tendrá el efecto de no poder seguir incorporándose nuevos Asegurados a ella, desde la fecha de terminación.

F. Vigencia de las Coberturas: La vigencia de la cobertura Básica y de la cobertura adicional en caso de ser ofrecida por la compañía, será la que se especifique en el respectivo certificado de cobertura para cada uno de los Asegurados en particular. Si la vigencia contratada es superior a la vigencia final de la póliza, los Asegurados seguirán cubiertos hasta la fecha definida en su cobertura individual, en las mismas condiciones señaladas inicialmente.

Por tanto, terminada la vigencia de la póliza, los Asegurados seguirán con sus coberturas individuales vigentes hasta el término de los respectivos plazos de vigencia originales de cada uno de ellos, en los mismos términos contratados, y siempre que se haya pagado o se permanezca pagando la prima correspondiente.

G. Modificaciones: Solamente el Representante Legal de la Compañía tendrán autoridad para cambiar, modificar o hacer exención de las estipulaciones particulares de esta Póliza, en cuyo caso tal acto, para ser válido, deberá constar en un *addendum* firmado que contenga el consentimiento del Contratante. La Compañía no quedará obligada con ninguna promesa o manifestación hecha antes o después de esta fecha por ningún Corredor, Sociedad Corredora, Sociedad Agencia o Agente de Seguros o ninguna otra persona que no sea el mencionado en esta cláusula. En virtud de lo anterior, ni los Corredores o Sociedades Corredoras ni las Sociedades Agencias o Agentes de Seguros actuarán en nombre de la Compañía, sino únicamente por cuenta de ésta.

III. CLAUSULAS GENERALES

A. De los Asegurados:

1. Elegibilidad: Serán elegibles para ser incluidos en la póliza de Seguro Colectivo de Saldos Deudores las personas naturales de cualquier género, residentes en El Salvador y vinculadas al Contratante, que se encuentren en los siguientes rangos de edad:

a) Cobertura Básica (Seguro de Vida):

El rango de edad de ingreso al Seguro de Vida es desde los dieciocho (18) años de edad hasta el cumplimiento de los sesenta y cinco (65) años de edad, y la permanencia cesa al cumplimiento del plazo del crédito o de los setenta (70) años de edad, lo que ocurra primero.

b) Cobertura Adicional (Invalidez Total y Permanente):

El rango de edad de ingreso es desde los dieciocho (18) años hasta el cumplimiento de los sesenta (60) años de edad, y la permanencia cesa al cumplimiento del plazo del crédito o de los sesenta y cinco (65) años de edad, lo que ocurra primero.

2. Incorporación de Asegurados: En cualquier momento durante la vigencia de esta Póliza, el Contratante podrá incorporar nuevos Asegurados a la colectividad mediante la presentación de su solicitud debidamente sustentada con el Formulario de la aprobación del crédito y la aceptación respectiva del Asegurado, así como el pago de la prima adicional correspondiente. Los nuevos Asegurados tendrán cobertura a partir de la fecha en que hayan sido aceptados por la Compañía y en los términos que se expresen en dicha aceptación. La Compañía notificará al Contratante y al Asegurado la aceptación o rechazo de su Solicitud de Seguro, dentro de los treinta (30) días calendario siguiente a la recepción del mismo. El silencio de la Compañía equivaldrá a su aceptación.

Los Asegurados que fueran excluidos de la Póliza y reincorporados a la misma posteriormente, serán considerados como nuevas incorporaciones a partir de su nueva Fecha de Vigencia de la Cobertura.

3. Baja de Asegurados: Las personas que se separen definitivamente de esta Póliza de Seguro dejarán de estar aseguradas a partir de la fecha en que el contratante lo solicite a la compañía de seguros.

Todas las coberturas cesan inmediatamente, así como la responsabilidad de parte de la Compañía, si el Asegurado deja de ser deudor del Contratante de la Póliza por cualquier razón, exceptuando las mencionadas como causales de una indemnización en esta Póliza.

4. Registro de Asegurados: El Contratante suministrará periódicamente y bajo su entera responsabilidad la información relacionada con la pertenencia o exclusión de los Asegurados de la Colectividad, los datos personales de éstos y la suma asegurada que le corresponde. La omisión del Contratante en notificar la exclusión de un Asegurado no implicará que se mantenga la cobertura de ese Asegurado más allá de esa fecha de exclusión.

5. Edad de Aceptación: El Asegurado deberá indicar su fecha de nacimiento en la Solicitud de Seguro, no obstante la Compañía, podrá exigir en cualquier momento, en caso de ser necesario, documentos que comprueben la edad del Asegurado. Para los efectos de esta Póliza, se considerará como edad real del Asegurado la que tenga cumplida en la Fecha de Vigencia de la Cobertura o de la renovación posterior de la Póliza.

Si se comprueba que a la Fecha de Vigencia de la Cobertura la edad real del Asegurado se encontraba fuera de los límites de admisión, la Compañía podrá solicitar a la entidad

correspondiente la nulidad de su seguro y La Compañía devolverá las primas pagadas por el Asegurado según el monto de su seguro.

Si la edad declarada por el Asegurado fue incorrecta, pero su edad real se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía se harán los ajustes correspondientes haciendo el cobro o la devolución de primas a forma prorata según corresponda. Lo antes indicado solo será aplicable si la edad real del Asegurado no excede la edad máxima de elegibilidad estipulada en la póliza.

B. De la Prima:

1. Pago de la Prima: La Prima de esta Póliza deberá ser pagada mensualmente en base al listado de Asegurados inscritos en la póliza y aceptados por la Compañía, a partir de la Fecha Efectiva de Inicio de la Póliza.

Previo acuerdo entre las partes, las Primas convenidas podrán ser pagadas a través de los medios que se convengan, como por ejemplo depósito en cuenta, transferencias electrónicas, o cualquier otro que para este fin se defina entre las partes. El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de dicho pago. Si por causas imputables al Contratante, no pudiera efectuarse el cargo pactado, la Prima correspondiente se considerará no pagada.

Para todos los efectos de esta cláusula, se entenderá que el Contratante será responsable ante la Compañía de que se efectúen en tiempo y forma los pagos de la Prima pactados.

2. Periodo de Gracia: El Contratante gozará de un Período de Gracia de un (1) mes para el pago de la Prima o la primera fracción pactada en el contrato. El no pago de la prima correspondiente dentro del período de gracia hará que el contrato quede en suspenso, vencido este plazo el Contratante dispondrá aún de tres meses más para rehabilitar el seguro, pagando las primas vencidas. Al final de este último plazo la póliza quedará terminada y para el reingreso o rehabilitación del Seguro, La Compañía podrá solicitar que se completen pruebas de asegurabilidad que permitan determinar si existe una agravación esencial del riesgo.

En caso de siniestro dentro del Periodo de Gracia, la Compañía podrá deducir de la indemnización, el total de la Prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la Prima correspondiente al período del seguro contratado.

3. Renovación de la Póliza: La cobertura otorgada por esta Póliza se renueva automáticamente con el pago de la Prima convenida en su fecha de vencimiento, sujeta a los términos y condiciones de esta Póliza.

Salvo que existan modificaciones de cobertura o de monto de la Prima, no se emitirán documentos de renovación de ésta, ya que el pago da constancia de la renovación y la validez de la cobertura.

4. Modificación de la Prima: La Compañía se reserva el derecho, en cualquier aniversario de la Póliza, de modificar el monto de la Prima, para lo cual se dará aviso al Contratante con al menos treinta (30) días calendario de anticipación al aniversario de la Póliza, con el fin de que éste manifieste por escrito su aceptación o rechazo de las nuevas condiciones durante ese plazo. Será obligación del Contratante comunicar a los Asegurados cualesquiera modificaciones a las primas, con el fin de que éstos cuenten con un plazo de al menos diez (10) días hábiles a partir de su

notificación para solicitar su exclusión de la Póliza, en caso de que las nuevas condiciones no les resulten aceptables. El Contratante será el responsable de verificar y de asegurarse de que todos los Asegurados sean notificados dentro del plazo indicado, por cualquier medio y en cualquier dirección autorizados por los Asegurados en el Registro de Asegurados y/ en su Solicitud de Seguro.

Esta Póliza no genera beneficio alguno por baja siniestralidad u otro factor semejante.

5. Rehabilitación: Producida la terminación anticipada de la póliza o la terminación de la cobertura para un Asegurado en particular por falta de pago de prima, el Contratante podrá solicitar por escrito su rehabilitación dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de la terminación pagando las primas vencidas.

El depósito a La Compañía Aseguradora del valor de la prima vencida, no producirá el efecto de rehabilitar automáticamente las coberturas de cada Asegurado o de la póliza, para tal efecto, el Contratante deberá acreditar que todos los Asegurados que sean rehabilitados reúnan las condiciones y requisitos de asegurabilidad a satisfacción de La Compañía Aseguradora quien en su momento confirmara al Contratante por escrito su rehabilitación.

El rechazo de la solicitud sólo generará la obligación de la Compañía Aseguradora de devolver el depósito de la prima efectuado, sin ninguna otra responsabilidad para esta.

C. De la reclamación de siniestros:

- 1. Conocimiento del Siniestro:** El aviso de siniestro por el cual se pueda establecer una reclamación bajo esta Póliza deberá darse por escrito a la Compañía dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro a la siguiente dirección:

Edificio PALIC, entre Alameda Manuel Enrique Araujo y Calle Nueva # 1, Colonia Escalon, San Salvador, Teléfono 2209-2700.

La falta de aviso de siniestro dentro del plazo señalado en esta Póliza, no invalidará la reclamación correspondiente, siempre y cuando se demuestre que el aviso de siniestro se notificó a la Compañía tan pronto como fue razonablemente posible.

La Compañía, al recibir el aviso de siniestro, suministrará al reclamante el correspondiente Formulario de Reclamación por Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente. Dicho formulario debidamente completado, junto con la documentación de respaldo necesaria, deberá ser entregado dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del siniestro, la no presentación de la documentación dentro del período antes mencionado, no invalidará el reclamo siempre que sea razonablemente justificado.

La documentación que se deberá presentar es la siguiente:

En caso de reclamación por Muerte del Asegurado:

- a) Formulario de Reclamación por Muerte debidamente completado por el Beneficiario Acreedor correspondiente (sea el Contratante y/o los Beneficiarios designados por el Asegurado);
- b) Partida de defunción emitida por el Registro Civil, acompañada de copia del dictamen médico en que se declaró el fallecimiento y sus causas (Acta de Defunción). En caso de que el fallecimiento ocurriese fuera de El Salvador, deberá aportarse un certificado de defunción emitido por la autoridad competente en el lugar del deceso, detallando las causas del fallecimiento, debidamente autenticado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de El Salvador.
- c) Si a causa del fallecimiento se hubiera abierto o completado un expediente policial o judicial, deberá aportarse también fotocopias certificadas del mismo;
- d) Fotocopia del Documento Único de Identidad o Partida de Nacimiento del Asegurado;
- e) Copia del Documento Único de Identidad o Partida de Nacimiento (si son menores de edad) del o los Beneficiarios designados por el Asegurado (únicamente en modalidad de cobertura por el Monto Original de la Deuda);
- f) Constancia del Contratante que acredite el monto del Saldo Insoluto de la Deuda y sus intereses (únicamente en modalidad de cobertura por el Saldo Insoluto de la Deuda).
- g) Cualquier otro documento que en el análisis de la reclamación La Compañía lo considere necesario para validación del siniestro.

En caso de reclamo por Invalidez Total y Permanente del Asegurado:

- a) Formulario de Reclamación por Invalidez Total y Permanente debidamente completado por el Asegurado o su representante en caso de que la incapacidad no le permita hacerlo por sí mismo.
- b) Carta dictamen de la Incapacidad Total y Permanente emitida por el médico tratante del Asegurado.
- c) Formulario de Informe de Incapacidad del Médico Examinador, incluyendo el Diagnóstico y los reportes de pruebas y exámenes médicos que sirvieron de respaldo a este Diagnóstico; información que deberá ser auditada y avalada por un perito médico nombrado por la Compañía.
- d) Fotocopia del Documento Único de Identidad o Partida de Nacimiento del Asegurado.
- e) Constancia del Contratante que acredite el monto del Saldo Insoluto de la Deuda y sus intereses (únicamente en modalidad de cobertura por el Saldo Insoluto de la Deuda).
- f) Cualquier otro documento que en el análisis de la reclamación La Compañía lo considere necesario para validación del siniestro.

Adicionalmente la Compañía podrá, bajo su costo, hacer examinar al Asegurado cuya enfermedad o pérdida es la base de la reclamación, las veces que lo estime razonablemente necesario. Asimismo, podrá solicitar su autopsia (en caso de fallecimiento) y tendrá acceso a la información contenida en expedientes y dictámenes médicos, reportes forenses y expedientes judiciales, así como a recibir testimonio del Asegurado, sus beneficiarios y/o terceros y cualquier otra información que se considere necesaria para la evaluación del caso.

En caso de que el Contratante no ejerza su derecho a reclamo, el Asegurado, sus beneficiarios y/o sus herederos o representantes legales, según corresponda, tienen derecho a efectuar por su cuenta el trámite de reclamación ante la Compañía, con el fin de que ésta pague al Contratante la indemnización correspondiente.

2. Pago de Indemnizaciones: Todos los pagos que la Compañía resulte obligada a satisfacer a favor del Contratante, del Asegurado y/o de los beneficiarios con motivo de esta Póliza se efectuarán en las Oficinas de La Compañía en San Salvador.

Todos los beneficios convenidos en esta Póliza, sujeto a los términos y condiciones bajo los cuales fue emitida, serán pagados en un lapso no mayor de treinta (30) días calendario después de haberse recibido toda la documentación requerida para el pago del beneficio, según los requisitos descritos en esta Póliza. En caso de que la documentación aportada no estuviese completa o fuese defectuosa, la compañía lo comunicará por escrito por una única vez al reclamante, dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la recepción de los documentos, lo cual suspenderá el plazo de resolución del reclamo. Una vez aportadas las correcciones o adiciones correspondientes, la Compañía contará con el remanente del plazo original para resolver el reclamo y hacer pago de la indemnización.

3. Procedimiento Conciliatorio: Si el Contratante y/o el Asegurado o sus Beneficiarios estuvieren en desacuerdo con la Sociedad de Seguros, respecto al pago de un siniestro, enviarán por escrito una solicitud de revisión a la Compañía junto con toda la información relevante para el análisis del caso en particular. En un plazo máximo de treinta (30) días calendario la Compañía notificará por escrito al Contratante y/o al Asegurado o sus Beneficiarios, según corresponda, su decisión y los fundamentos de ésta. Si la respuesta de La Aseguradora aún no les es satisfactoria, finalizado este trámite, el interesado, antes de una demanda judicial deberá solicitar por escrito a la Superintendencia del Sistema Financiero cite a la Aseguradora para una audiencia conciliatoria según los artículos 99 al 106 de la Ley de Sociedades de Seguros.

El reclamante debe presentar a la Superintendencia un escrito en original y copia exponiendo los motivos de su desacuerdo; en los cinco (5) días hábiles siguientes de haberlo recibido la Superintendencia enviará una copia a La Aseguradora para que esta mediante su Representante o Apoderado Legal especialmente autorizado y dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber recibido la copia de La Superintendencia envíe a esta la documentación completa a que se refiere la reclamación.

Recibida esta documentación La Superintendencia si lo estima procedente ordenara a La Aseguradora dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes, constituya una reserva para el cumplimiento de la obligación objeto del reclamo.

La Superintendencia citara a los interesados a la audiencia conciliatoria dentro de los quince (15) días hábiles siguientes de haber recibido el informe del reclamo por parte de la Aseguradora. Si por alguna razón la audiencia no se llevara a cabo, se señalara una nueva fecha para verificarla dentro de los ocho (8) días hábiles siguientes.

A la audiencia conciliatoria, el reclamante y La Aseguradora podrán comparecer personalmente o por medio de su Representante Legal o apoderado especial nombrado para esta.

En la audiencia se recomendará a las partes a que concilien, si no es posible llegar a un acuerdo, la Superintendencia sugerirá a que de común acuerdo designen árbitros como intermediadores.

En común acuerdo se hará constar en acta que se levantara en la audiencia conciliatoria y su cumplimiento será supervisado por La Superintendencia. En todo caso las partes podrán alegar en la audiencia su decisión de no conciliar.

Si La Aseguradora no se hace presente a la segunda audiencia, La Superintendencia podrá aplicarle una multa de acuerdo a lo indicado en el Art. 103 de La Ley de Sociedades de Seguros. En caso que sea el reclamante el que no comparezca a ninguna de las audiencias, se entenderá que no desea la conciliación.

Agotándose el procedimiento antes indicado, La Superintendencia ordenara cancelar la reserva que se hubiere constituido según el Art. 100 de la Ley de Sociedades de Seguros.

Ningún tribunal admitirá demanda contra La Aseguradora si el demandante no comprueba que ante La Superintendencia ya agoto el procedimiento conciliatorio al que se refieren los artículos del 99 al 104 de La Ley de Sociedades de Seguros y no presenta la certificación extendida por La Superintendencia de que se intento pero no se consiguió dicha conciliación.

La omisión del procedimiento conciliatorio en la forma antes indicada, constituirá una excepción dilatoria que podrá alegarse por La Aseguradora.

La Superintendencia emitirá la certificación antes mencionada dentro de los diez (10) días a partir de la presentación de la solicitud.

La presentación de la reclamación ante La Superintendencia interrumpe el período de prescripción.

4. Pérdida del Derecho a Recibir la Indemnización: Las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas, si queda demostrado que el Contratante y/o el Asegurado o los Beneficiarios o representantes de cualquiera de ellos, con el fin de hacer incurrir en error a la Compañía, han declarado en forma falsa e/o inexacta hechos que podrían excluir o restringir dichas obligaciones. En todo caso, la Compañía se reserva el derecho de proceder a través de la vía penal o de cualquier otro proceso contra el Asegurado, sus Beneficiarios, sucesores o cesionarios por cualquier cantidad que haya pagado, basándose en todo o en parte en una información falsa, incompleta, engañosa o errónea que haya recibido por parte del Contratante y/o el Asegurado o los representantes de cualquiera de ellos. El derecho de la Compañía de proceder en contra del Asegurado o sus herederos subsistirá por el período máximo que permita la ley (Sección H, Prescripción. Art. 1383 – 1385 del Código de Comercio), aún en el caso de que la presente póliza no se encuentre vigente.

D. Terminación de la Póliza:

1.1 Para el Asegurado: La cobertura para el Asegurado indicada en esta Póliza y reflejada en el Certificado de Seguro correspondiente terminará cuando ocurra cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Pérdida de la condición de elegibilidad del Asegurado, de conformidad con el término definido bajo "Asegurado" en estas Condiciones Generales;
- b) Falta de pago de la Prima por la cobertura de la Póliza, de conformidad con lo que al respecto se establece en ésta póliza;
- c) Fallecimiento del Asegurado por causas no cubiertas por esta Póliza;

- d) Cuando el Asegurado deja de ser residente legal de la República de El Salvador;
- e) Cuando el Asegurado termina su relación crediticia con el Contratante, mediante la cancelación total de la Deuda descrita en el Certificado de Seguro, o mediante la ejecución judicial de dicha Deuda por incumplimiento del pago.

1.2. Para el Contratante: No obstante lo anterior, el Contratante, podrá también por su parte dar por terminada la Póliza mediante notificación escrita en el domicilio de la Compañía, con al menos treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha en la que se dará por terminada la Póliza. En este último caso, la Compañía reembolsará al Contratante la prima no devengada correspondiente a los Asegurados, una vez deducidos los gastos administrativos correspondientes al trámite y gestión de dicha devolución, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la recepción de la solicitud escrita correspondiente.

Asimismo, en todos los casos de terminación anticipada de la Póliza, el Contratante, bajo su entera responsabilidad y durante el plazo de treinta (30) días calendario previo a la terminación de la Póliza, deberá comunicarlo de inmediato a los Asegurados con el fin de que éstos cuenten con un plazo de al menos diez (10) días hábiles a partir de su notificación para ejercer las acciones que estimen pertinentes durante ese plazo.

La Compañía verificará y se asegurará de que todos los Asegurados sean notificados dentro del plazo indicado, por cualquier medio y en cualquier dirección autorizados por los Asegurados en el Registro de Asegurados y/o su Solicitud de Seguro.

2. Declaraciones Falsas e Inexactas: Esta póliza ha sido emitida en consideración a las declaraciones hechas por el contratante y los Asegurados en las solicitudes correspondientes, las cuales forman parte íntegra de la póliza. En el caso de que cualquier información suministrada en dichas solicitudes sea falsa, inexacta, incompleta, engañosa o errónea, la Compañía tiene el derecho a solicitar la nulidad o terminación del seguro del Asegurado o del presente contrato ante las autoridades competentes. Si la omisión fuese cometida sin dolo o culpa grave de su parte, estará obligado a ponerlo en conocimiento de la Compañía tan pronto como advierta esta circunstancia bajo pena que se le considere responsable de dolo.

Dado el aviso correspondiente por el Asegurado, la indemnización (si ese fuere el caso), se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se había cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación del riesgo, a menos que las partes convengan en aumentar las primas. Si el riesgo no fuese asegurable, el Asegurador tendrá acción para rescindir el Contrato.

E. Disposiciones Legales:

1. Moneda: Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante, de los Asegurados o de la Compañía, se efectuarán en la moneda de curso legal en la República de El Salvador.

2. Prescripción: Cumpliéndose el plazo de tres (3) años después de la fecha del siniestro, la Compañía quedará libre de la obligación de pagar la indemnización correspondiente al Contratante, al Asegurado o a sus Beneficiarios, a menos que estuviere en trámite una reclamación o proceso judicial relacionados con la misma.

3. Confidencialidad: La información de carácter confidencial que el Asegurado y/o el Contratante brinden a la Compañía y a los intermediarios de seguros, en relación con la Póliza, deberá tratarse como tal, y únicamente podrá ser divulgada a las autoridades competentes que la soliciten legalmente. El uso no autorizado de esa información que provoque algún daño o perjuicio al Asegurado y/o al Contratante deberá ser resarcido por el responsable, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

El Asegurado tendrá derecho a conocer, en caso de solicitarlo, toda la información que se le brinde a los representantes de la Compañía. Dicha información únicamente podrá ser utilizada por la Compañía con el fin de verificar la asegurabilidad y/o verificar las reclamaciones del Asegurado. El Asegurado tendrá derecho a que dicha información sea rectificadas, actualizada, complementada o suprimida, cuando la misma sea incorrecta o inexacta, o esté siendo empleada para fin distinto del que legítimamente puede cumplir y le cause un perjuicio ilegítimo.

4. Comunicaciones: Cualquier comunicación que se transmita entre la Compañía y el Contratante, o entre la Compañía y los Asegurados deberá ser efectuada por escrito. Toda comunicación que se dirija a la Compañía deberá ser efectuada en sus oficinas en San Salvador, Edificio PALIC, entre Alameda Manuel Enrique Araujo y Calle Nueva # 1, Colonia Escalón, Teléfono 2209-2700.

Las comunicaciones que la Compañía dirija al Contratante serán efectuadas en el domicilio consignado en su Solicitud de póliza. Los Asegurados serán notificados por los medios y en las direcciones consignadas en el Registro de Asegurados y/o su solicitud de Seguro.

En caso de que cualquiera de las partes cambie su domicilio, lo notificará por escrito a las demás partes en forma oportuna, y en caso de que esta notificación no sea efectuada, se tendrá por bien hecha la comunicación que se dirija a la última dirección física, de fax o electrónica notificada.

5. Jurisdicción y Competencia: El presente Contrato se rige por las Leyes de la República de El Salvador.