

Datos del Contratante	
Nombre:	ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA
Dirección:	Palacio Judicial, Centro de Gobierno, San Salvador

Identificación y Características del Grupo Asegurado	
Todo Personal permanente activamente laborando para:	ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

ASEGURADORA VIVIR, S.A., SEGUROS DE PERSONAS (en adelante denominada La Compañía), de conformidad con las Condiciones Particulares y Generales que figuran más adelante, CONVIENE EN PAGAR a los empleados Asegurados del patrono que arriba se indican, los beneficios estipulados en esta Póliza y de acuerdo a los límites que establece el Cuadro de Beneficios.

Plazo de Vigencia del Contrato		Forma de Pago
Inicio	Terminación	ANUAL
14 de abril de 2018 a las 12:00M horas	14 de abril de 2019 12:00 M horas	

"TODAS LAS CIFRAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO ESTAN EXPRESADAS EN DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA"

La Póliza entra en vigor en la fecha de inicio anteriormente indicada. La solicitud del contratante, las solicitudes de los Asegurados, las declaraciones y las Condiciones Particulares y Generales forman parte integrante de esta Póliza.

En testimonio de lo cual Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas firma la presente Póliza en la ciudad de San Salvador, a los catorce días del mes de abril del año dos mil dieciocho.

Lic. Silvia Navarro  
Gerente de Operaciones



**CONDICIONES GENERALES**  
**Póliza GMG 1-35-250-A**

**PRIMERA: Constitución del Contrato:** Forman parte de este Contrato: La Solicitud del Contratante, las Solicitudes Individuales de cada uno de los miembros del Grupo Asegurado, el Registro de Asegurados, las Condiciones Generales de la Póliza, las Condiciones Particulares de las coberturas adicionales, si los hubiera, y los endosos que se emitan simultáneamente con la Póliza o posteriormente se agreguen, previa aceptación del Contratante, y Asegurador Vivir, S.A., Seguros de Personas, en adelante denominada "La Compañía". Al recibo de esta Póliza, el Contratante debe cerciorarse que concuerda con la solicitud presentada a La Compañía. Si dentro de los quince días siguientes de recibir el documento, el Contratante no solicita ninguna rectificación de la Póliza, ésta se entenderá por aceptada en todos sus términos.

**SEGUNDA: Edad de las personas elegibles para el Seguro:** Las edades de las personas que formarán parte del Grupo Asegurado bajo esta Póliza deberán estar comprendida entre los 18 y los 64 años de edad.

**TERCERA: Familiares dependientes elegibles para formar parte del Seguro:** Podrán ser consideradas las personas que a continuación se detallan:

- a) El cónyuge legítimo o compañero(a) de vida que pueda probar su condición como tal.
- b) Los hijos solteros, hijastros o hijos adoptados no menores de diez (10) días de nacidos, hasta los 25 años de edad siempre y cuando vivan en el hogar del Asegurado Principal, sean estudiantes a tiempo completo y dependan económicamente del Asegurado.

No serán considerados como dependientes elegibles/aquellos hijos que a la fecha del Seguro se conviertan en padres, aunque no se encuentren legalmente casados o acompañados. Asimismo, no se consideran dependientes elegibles los padres del Asegurado Principal.

**CUARTA: Fecha efectiva del Seguro para los Dependientes:** La vigencia del Seguro de los dependientes quedará sujeta a las siguientes condiciones:

- a) Si el Asegurado Principal inscribe uno o más dependientes en la misma fecha en que él mismo se incorpore al Seguro, la fecha efectiva del Seguro será para todos la que la Compañía indique y notifique por escrito.
- b) Si el Asegurado Principal inscribe a uno ó más dependientes después de la fecha efectiva en que él mismo se incorporó al Seguro, la fecha efectiva del Seguro para sus dependientes será la que La Compañía indique y notifique por escrito al Asegurado.

**QUINTA: Descripción de Cobertura:** Si durante la vigencia de esta Póliza y como consecuencia directa de un accidente o enfermedad el Asegurado incurriera en cualquiera de los gastos especificados en la Cláusula "Gastos Médicos Cubiertos" y en alguno de los Anexos Particulares, La Compañía reembolsará, sobre la base del Cuadro de Beneficios, el costo de los mismos hasta por la suma asegurada máxima de esta cobertura, ajustándolo previamente a las limitaciones y las cantidades a cargo del Asegurado por concepto de deducible y coaseguro.

**SEXTA: Accidente cubierto:** Es toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el Asegurado causada directamente por hechos externos, violentos, fortuitos e imprevistos o por actos no intencionales que ocurran mientras se encuentre en vigor la cobertura a su favor y que no sean consecuencia de accidentes ocurridos con anterioridad. Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un accidente se considerarán como un solo evento.

**SEPTIMA: Enfermedad cubierta:** Es toda alteración de la salud que no sea originada por un accidente o a consecuencia de éste, mientras se encuentre en vigor la cobertura y cuyo origen no sea resultado de una enfermedad anterior al ingreso del Asegurado o alguno de sus dependientes a la Póliza.

**OCTAVA: Gastos médicos cubiertos:** La Póliza cubre los gastos Médico-hospitalarios que sean calificados como justos, razonables y acostumbrados para cada tratamiento que el Asegurado o sus dependientes efectúen con motivo de enfermedad o accidente cubierto, originados durante la vigencia del Seguro. La cobertura comprende los siguientes gastos:

**CONDICIONES GENERALES**  
**Póliza GMG 1-35-250-A**

- 1- Servicios de hospital, representados por el costo de la habitación y alimentos consumidos por el Asegurado o sus dependientes de acuerdo al valor reflejado en el Cuadro de Beneficios.
- 2- Honorarios de médicos y cirujanos, de su asistente y anestesista, en casos necesarios, autorizados para el ejercicio de la profesión por servicios prestados al Asegurado o sus dependientes, mientras éste se encuentre recibiendo asistencia en un hospital, clínica, según sea el caso, como consecuencia de enfermedades o accidentes cubiertas en la Póliza; siempre y cuando los médicos no sean familiares del Asegurado o sus dependientes. Los Gastos por servicios médicos quirúrgicos cubiertos por ésta Póliza estarán sujetos a reembolso, hasta por el monto considerados por la COMPAÑIA como Justos, Razonables y Acostumbrados y sin exceder de los límites de la Póliza, según se indica:
  - (a) Cuando se efectúe una sola intervención se pagará según el pago que corresponda a la que haya sido efectuada.
  - (b) Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión: se pagará según lo que corresponde a aquella de las intervenciones efectuadas indicada con la de mayor cantidad.
  - (c) Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas en el mismo acto quirúrgico y en distinto campo operatorio, el pago corresponderá a aquella de las intervenciones quirúrgicas efectuadas con la mayor cantidad, más el 50% correspondiente a cada una de las demás intervenciones efectuadas.
  - (d) Si hubiere necesidad de una nueva intervención y la misma se practicare dentro de las 24 horas siguientes a la conclusión de la primera, ambas se considerarán como una sola. Si la nueva intervención se efectúa después del lapso señalado, se entenderá como una intervención distinta e independiente de la primera.
  - (e) Por honorarios del anestesista en cada intervención quirúrgica, la COMPAÑIA pagará los aranceles justos, razonables y acostumbrados.
  - (f) Por honorarios de ayudantía se reconocerá hasta el 50% del cobro del médico principal, siempre y cuando su presencia dentro de la intervención quirúrgica sea médicamente necesaria.
  - (g) Para tratamiento no quirúrgico se reembolsará los honorarios médicos por visita al hospital, a razón de una visita diaria.

Quedará a criterio de La Compañía la evaluación del número de visitas, según se requiera por la dificultad del caso.
- 3- Servicios de sala de operación y cuidados intensivos; salas de curación; sala de pequeñas cirugías y recuperación.
- 4- Salas de emergencia; se cubrirán los gastos por accidentes y/o enfermedad cubiertos en la Póliza, siempre y cuando el tratamiento sea atendido dentro de las 24 horas después de ocurrido el accidente y/o enfermedad que el mismo no puede ser tratado como consulta externa. No se cubrirán como emergencia, el importe aquellos medicamentos que se entreguen al Asegurado o sus dependientes para continuar su tratamiento ambulatorio, en exceso de los que le fueron administrados en el hospital.
- 5- Medicamentos que sean necesarios para el tratamiento, prescritos por el médico tratante, siempre y cuando el Asegurado o sus dependientes los adquiera en una farmacia autorizada para la venta de tales medicinas y cuando se acompañe la factura legalmente aceptada, con la receta correspondiente.
- 6- Tratamientos suministrados por radiólogos y exámenes de laboratorio hechos para diagnóstico o tratamiento relacionado con la enfermedad e indicados por el médico Tratante por sintomatología previa, tales como exámenes de rayos X, pruebas microscópicas, pruebas de laboratorio; electrocardiogramas, encefalogramas, monitoreo de Holter.
- 7- Servicio de ambulancia terrestre o aérea, debidamente autorizadas, dentro del país en que ocurra el accidente o enfermedad, para transportar al Asegurado o sus dependientes desde el lugar donde se encuentre hacia un Hospital local, cuando éste servicio sea necesario por la gravedad de la enfermedad o accidente hasta por el límite máximo establecido en las Condiciones Generales. Se excluye el servicio de ambulancia en casos de Maternidad.

**CONDICIONES GENERALES**  
**Póliza GMG 1-35-250-A**

- 8- Atención suministrada por servicios profesionales privados brindados por una enfermera profesional graduada, colegiada, que no tenga ningún grado de parentesco con el Asegurado o sus dependientes, que no resida en la misma casa de habitación y cuyo servicio haya sido indicado por el médico tratante debido a que el caso estrictamente lo amerite a causa de imposibilidad del Asegurado o sus dependientes de valerse por sí mismo, hasta por un período de tres (3) días. Pasado los tres días, si persiste la necesidad de continuar con los servicios de enfermera; deberá presentarse a La Compañía la prescripción médica para la revisión y aprobación de la COMPAÑIA. En ningún caso la COMPAÑIA cubrirá gastos derivados por este servicio cuando él mismo se indique para cuidados post parto, cuidados de recién nacidos en su casa de habitación o cuarto de hospital, servicios de acompañamiento y en los casos que el estado general del paciente no lo amerite.
- 9- Suministros de lo indicado a continuación, proporcionado por un establecimiento legalmente autorizado: a) Transfusiones de sangre, plasma, sueros; b) Consumo de oxígeno, terapia respiratoria y nebulizaciones; c) Aparatos de yeso, suministro de bragueros, entablillados, abrazaderas u otros aparatos ortopédicos; d) Alquiler de muletas, sillas de ruedas, cama especial de hospital para enfermo; e) Alquiler de órganos mecánicos como pulmón artificial, necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria.
- 10- Tratamientos de terapias especiales si fueren necesarias con rayos láser o cualquier otro equipo de similares características, de servicio de radioterapia, sono-terapia, crioterapia, fotocoagulación láser de retina, terapia de inhalación; y, tratamientos de quimioterapia, laparoscopia, criocirugía, de acuerdo con la prescripción del médico tratante y relacionadas con el diagnóstico siempre y cuando no sean brindadas por un familiar o resida en casa del Asegurado o sus dependientes y que resida en su misma casa de habitación. El número de terapias cubiertas serán las razonables y justificadas, quedando sujetos a evaluación de la COMPAÑIA, y cuando la COMPAÑIA lo considere necesario, se someterá a una segunda opinión médica. El costo de ésta correrá a cuenta de la Compañía.
- 11- Gastos por aparatos ortopédicos, prótesis, miembros y ojos artificiales como consecuencia de Accidente y/o enfermedad cubierto y ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, se deberá comprobar a satisfacción de la COMPAÑIA que el evento y/o sus síntomas, diagnóstico y apareamiento han ocurrido dentro del período de vigencia de la Póliza.
- 12- Servicios médicos para cirugía y otra atención médica por tratamientos dentales, únicamente por causa de accidente y que ocasionen la pérdida de dientes naturales sanos y dislocación o fractura de la mandíbula, sufridas a través de medios externos e inesperados, y tratados dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente que dio origen; siempre y cuando: a) el Asegurado o sus dependientes hayan estado cubiertos por ésta Póliza en la fecha de dicho accidente; b) el tratamiento del reemplazo de los dientes naturales se realiza dentro del período de la Póliza; c) el tratamiento sea realizado por un médico dentista o cirujano dental autorizado para ejercer la profesión. La COMPAÑIA se reserva el derecho de someter el diagnóstico a una segunda opinión médica; asumiendo el costo de la misma.
- 13- Leche medicada en un infante siempre y cuando presente síntomas gastrointestinales con síndrome diarreico y sea suspendida médicamente la leche, únicamente en los casos de hospitalización.
- 14- Cirugía reconstructiva, no estética, se cubrirá cuando la intervención se realice a consecuencia de un accidente amparado y ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza, mientras el Asegurado o sus dependientes tengan cobertura y que se trate a más tardar dentro de los seis meses después de tal accidente. El Asegurado deberá notificar y comprobar a la COMPAÑIA, que dicho tratamiento es estrictamente necesario y realizado por un cirujano autorizado para ejercer la profesión. La COMPAÑIA se reserva el derecho de someter el diagnóstico a una segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.
- 15- Tratamiento médico y/o quirúrgico de nariz, estará amparado por accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza.

**CONDICIONES GENERALES**  
**Póliza GMG 1-35-250-A**

- 16- Hemodiálisis o Diálisis peritoneal.
- 17- Prostatectomía efectuada antes que se haya cumplido los 65 años de edad.
- 18- Histerectomía, antes de que se haya cumplido los 55 años de edad, excepto en los casos de cáncer sin límite de edad. La COMPAÑIA se reserva el derecho de someter el diagnóstico a segunda opinión médica, asumiendo el costo de la misma.
- 19- Alergias únicamente cuando se produzcan por la ingestión de alimentos, medicinas o picaduras de animales.
- 20- Litotripsia por ultrasonido.
- 21- Cura de cataratas, siempre y cuando el Asegurado no sea mayor de 50 años de edad.
- 22- Tratamiento médico para trastornos nerviosos funcionales a cargo de psiquiatra calificado, siempre y cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado.
- 23- Zapatos ortopédicos, un par al año, siempre y cuando se justifique que los mismos sean necesariamente requeridos y que el gasto se acompañe con la prescripción médica del ortopedista. Solo se cubre el costo de los zapatos.
- 24- Vitaminas que tengan relación directa con el tratamiento de una enfermedad.
- 25- Cura de hernias de cualquier tipo.
- 26- Citologías, únicamente las requeridas para verificar un diagnóstico.
- 27- Gastos por lesiones a consecuencia de la práctica de deportes siempre y cuando no sean a escala profesional y no se trate de los mencionados en los riesgos excluidos.
- 28- Circuncisiones solamente por prescripción médica, es decir, que se requiera por alguna patología.
- 29- Gastos por tratamiento de SIDA, 15% del máximo vitalicio, hasta un máximo de US\$50,000 después de aplicado el deducible correspondiente.
- 30- Trasplante de órganos como corazón, riñón, pulmón o hígado, estarán limitados hasta un 25% del Máximo Vitalicio, con máximo de US\$100,000 después de aplicado el deducible correspondiente. Todo trasplante estará sujeto a las siguientes condiciones:
  - a) Los gastos deben ser médicamente necesarios;
  - b) El procedimiento no puede ser experimental o para investigación;
  - c) Los gastos del donante, los gastos de compra, transporte y preservación del órgano no están cubiertos;
  - d) Los gastos no pueden exceder el monto pactado en cada plan.
  - e) No se incluyen procedimientos autólogos.
- 31- Extracción de terceras molares impactadas.

**NOVENA: Exclusiones:**

- A) **Gastos no cubiertos:** Aun cuando resulten a consecuencia de una enfermedad o de un accidente, la Póliza en ninguna forma cubre los costos de los siguientes servicios:
1. Intentos de suicidios, lesiones o alteraciones de la salud originadas por actos autodestructivos, estando o no en el uso de sus facultades mentales.
  2. Exámenes o chequeos médicos generales o específicos para la comprobación del estado de salud o que se aprovechen a efectuarse como consecuencia de una consulta por determinada enfermedad o accidente; o estudios de laboratorio o gabinete y tratamientos o curas en clínicas de reposo o convalecencia, de ancianos, en balnearios o en baños termales; curas en custodia, o período de cuarentena o de aislamiento.
  3. Honorarios por servicios de interconsulta de médicos, excepto en los casos que sean evaluados y autorizados previamente por la COMPAÑIA. Esta exclusión no aplicará en casos de emergencias o ingresos hospitalarios, siempre y cuando el caso lo justifique.
  4. Tratamientos médicos y quirúrgicos de cualquier tipo para corregir astigmatismo, presbiopía, hiper-metropía, miopía, estrabismo, queratoconos, queratoplastia, queratotomía radiada, queratomiulesis y cualquier procedimiento o corrección de los vicios de refracción o astigmatismo, y otros similares. Exámenes rutinarios de la vista y de los oídos, así como los costos de aparatos auditivos; anteojos, lentes de contacto y cualquier tipo de lentes y aros.
  5. Servicios, materiales y tratamientos médicos y quirúrgicos que no sean científicamente reconocidos y aceptados por la ciencia médica como la quiropráctica, acupuntura, naturistas y homeopatía; o que se encuentren en experimentación, así como gastos que surjan de tratamiento o materiales cuyas necesidades médicas no hayan sido claramente definidas.
  6. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos relacionados con enfermedades o accidentes preexistentes: Será toda enfermedad, lesión, condición o síntoma que el Asegurado o sus dependientes hayan tenido:
    - Advertencia médica.
    - Consulta con un médico;
    - Tratamiento, servicios o suministros médicos;
    - La recomendación de efectuarse exámenes para diagnóstico;
    - Toma de drogas o medicinas recetadas o recomendadas y/o
    - La presencia de síntomas los cuales normalmente causarían a una persona prudente a visitar un médico para diagnóstico o tratamiento dentro de los doce (12) meses precedentes a la fecha de vigencia de este Seguro.
  7. Enfermedades y tratamientos dentales, alveolar, gingival, máxilo-facial, salvo la curación necesaria en caso de accidentes cubierto por la Póliza, si los hubiere.
  8. Todo aparato en sustitución o en apoyo a piezas, dientes postizos, coronas, incrustaciones, puentes, ortodoncia, endodoncia, y otros similares, excluyendo lo indicado en los Gastos cubiertos como consecuencia de accidente.
  9. Cirugía Plástica, estética, reconstructiva o tratamiento cosmético a excepción de la cirugía reconstructiva para corregir lesiones o deformaciones producidas por un accidente según se regule en los Gastos Cubiertos, si lo hubiere.
  10. Atención médica y hospitalaria para la madre por atención prenatal, embarazo y sus complicaciones, parto, puerperio y legrados de cualquier tipo, todo lo relacionado con Maternidad o embarazo. Tratamientos suministrados al recién nacido antes de salir del hospital.
  11. Tratamiento de alcoholismo, tabaquismo, adicción a drogas o toxomanía.
  12. Los tratamientos médicos o quirúrgicos para la fecundación in vitro (inseminación artificial); la esterilidad, control natal, modificación del sexo; restablecimiento de la fertilidad; impotencia, frigidez, tratamientos por transformaciones o mal funcionamiento sexual.
  13. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas contra la calvicie, obesidad, bajo peso, acné en cualquiera de sus manifestaciones.
  14. En ningún caso se pagarán gastos por: a) Tratamiento de cualquier autoterapia, incluyendo autoprescripción de medicinas; b) Medicinas de venta popular; c) Servicios, medicamentos, equipos o artefactos que no tengan relación con la enfermedad o no sean medicamentos necesarios para el tratamiento específico de la dolencia; d) Toda condición médica específicamente excluida por medio de endoso o enmienda; e) Cualquier gasto en

**CONDICIONES GENERALES**  
**Póliza GMG 1-35-250-A**

- exceso de las cantidades razonables y de costumbre para el servicio en particular o suministro; f) Gastos por persona acompañante de un Asegurado sus dependientes mientras se encuentre hospitalizado.
15. Todo medicamento en forma de anticonceptivos, incluyendo jaleas, cremas y otros derivados; además de dispositivos intrauterinos o diafragmas, medicamentos en experimentación; medicamentos no registrados en el Consejo Superior de Salud Pública, inmunizaciones a través de vacunas y pruebas de alergias; medicamentos como vitaminas, minerales, reconstituyentes y leches, alimentos especiales para prevenir alergias.
  16. Cualquier tratamiento o sus consecuencias, así como consultas derivados de los síntomas menopáusicos y andropáusicos.
  17. En los casos en que la Póliza contemplara la Cobertura de Reembolso de Gastos por tratamientos médicos o quirúrgicos fuera del área Centroamericana, y que ocurran durante los primeros cuatro meses de la vigencia de la Póliza quedarán excluidos, salvo que sean consecuencia de accidente y no existieren en el país medio de cualquier índole para su tratamiento.
  18. Cualquier tratamiento médico y quirúrgico por enfermedad psiquiátrica o psicológica; trastornos mentales, trastornos de conducta, del lenguaje, del aprendizaje, cualesquiera sean sus manifestaciones, síntomas o consecuencias.
  19. Tratamientos relacionados con el crecimiento, independientemente de las razones por las cuales hayan sido prescritos.
  20. Tratamientos podiátricos, cuidado de los pies relacionados con callos, pie plano, arcos débiles, pies débiles o cualquier otra dolencia de los pies, cuidados de las uñas. Plantillas y/o los soportes.
  21. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir xifosis, lordosis o escoliosis; todos los padecimientos propios de la columna vertebral excepto en casos de lesión accidental.
  22. Honorarios médicos por visitas a domicilio no justificados.
  23. Gastos por atención de emergencia hospitalaria que puede ser tratada como consulta externa.
  24. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en esta Póliza.
  25. Gastos por enfermedades o condiciones congénitas, excepto de los niños nacidos durante la vigencia de la Póliza siempre y cuando sus padres hayan estado inscritos en la Póliza los últimos once (11) meses.
- B) **Gastos excluidos:** Quedan excluidos de este Contrato y en ninguna forma cubre los accidentes, enfermedades, padecimientos y lesiones causados por o derivados de:
1. Insurrección, invasión de guerra declarada o no, o guerra interna.
  2. Revolución, rebelión, insurrección, levantamiento popular o militar.
  3. Suspensión de garantías, paros laborales, huelgas o disturbios de carácter obrero, terrorismo. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.
  4. Epidemias declaradas por la autoridad competente.
  5. Servicio militar, autolesiones y tentativas de suicidio; delitos, duelos, riñas o cualquier actividad ilegal.
  6. Pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo que sean organizadas por clubes o asociaciones autorizadas.
  7. Participación del asegurado en carreras o muestras de velocidad, en cualquier tipo de vehículo, que no sean aprobadas previamente por la Policía Nacional Civil (PNC).
  8. Lesiones sufridas por el Asegurado mientras participe o tome parte en eventos peligrosos, sean deportivos o no, profesionales o aficionados.
  9. Por eventos o actividades peligrosas se entenderán, en cualquiera de sus formas, las siguientes: paracaidismo, buceo, esquí de cualquier tipo, vuelos en planeadores, vuelos delta o similares, artes marciales, boxeo, lucha, cacería, tiro, tauromaquia, equitación, esgrima, alpinismo, espeleología y otros que arriesguen la salud o vida de los Asegurados.
  10. Aviación privada o militar en calidad de tripulante, pasajero o mecánico fuera de las líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros.
  11. Actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado o sus dependientes.



**CONDICIONES GENERALES**  
**Póliza GMG 1-35-250-A**

**DECIMA: Omisiones o Declaraciones inexactas:** El Contratante, el Asegurado y sus dependientes están obligados a declarar a La Compañía de acuerdo con los cuestionarios que ésta le proporcione, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas al momento de la celebración del Contrato de Seguro.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a La Compañía para pedir la rescisión del Contrato, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro, quedando a favor de la misma la prima correspondiente al período del Seguro en curso en el momento en que se conozca el dolo o culpa grave.

Si el Asegurado o Contratante hubiere cometido inexactitud u omisión, sin dolo o culpa grave de su parte, estará obligado a hacerlo del conocimiento de La Compañía, tan pronto como adviertan esta circunstancia, bajo pena de que se les considere responsables de dolo.

Dado el aviso correspondiente por el Contratante, el Asegurado o sus dependientes de la inexactitud, la cobertura se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación, a menos que las partes convengan en aumentar las primas. Si el riesgo no fuera asegurable, el asegurador tendrá derecho para rescindir el Contrato.

Las condiciones preexistentes para nuevos Asegurados y sus dependientes, estarán sujetas a evaluación de cada caso. Se clasificarán en dos categorías:

Declaradas al llenar la solicitud de Seguro:

Condiciones preexistentes declaradas no están cubiertas por 12 meses a partir de la fecha de inscripción en la Póliza.

No declaradas al llenar la solicitud de Seguro:

Las condiciones preexistentes no declaradas y conocidas por el solicitante, no tienen cobertura en ningún momento.

**DECIMA PRIMERA: Modificaciones y notificaciones:** Toda modificación, notificación o comunicación para que tenga validez deberá hacerse por escrito a la oficina principal de Aseguradora Vivir, S.A., Seguros de Personas, y por los funcionarios de La Compañía autorizados expresamente para ello. Los intermediarios no tienen facultad para recibir notificaciones o comunicaciones a nombre de La Compañía.

**DECIMA SEGUNDA: Obligaciones del Contratante:** El Contratante está obligado a solicitar la cobertura de este Seguro para todas aquellas personas que en la fecha de expedición de la Póliza reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurable. Asimismo, se obliga a solicitar la cobertura de este seguro para todas aquellas personas que con posterioridad reúnan dichas características, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ingresen a la Empresa Contratante.

Las personas que sean elegibles para formar parte del Grupo Asegurado y no deseen ser incluidas en la Póliza, deberán de comunicar por escrito a La Compañía su renuncia a la oportunidad de ser incluidos en la misma. Sin embargo, si posteriormente a los 30 días desean ser incorporados al Seguro, deberán presentar pruebas satisfactorias de asegurabilidad a su costa.

**DECIMA TERCERA: Registro de Asegurados:** Con base a los datos proporcionados por el Contratante; La Compañía elaborará un Registro de Asegurados para el período de Seguro en curso, que contendrá:

- a) Número de Póliza y de certificado.
- b) Nombre y edad de los Asegurados.
- c) Fecha de inicio y terminación del Seguro de cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada.
- d) Suma asegurada y prima que le corresponda a cada Asegurado.

**CONDICIONES GENERALES**  
**Póliza GMG 1-35-250-A**

En el registro se anotarán todos los movimientos que haya en el Grupo Asegurado de acuerdo con lo previsto en las Condiciones Generales del Contrato.

**DECIMA CUARTA: Movimiento de Asegurados:** El Contratante deberá reportar por escrito junto con el formulario proporcionado por la Compañía, los movimientos de altas y bajas, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que estas ocurran para el caso de inclusión y al día siguiente para las exclusiones.

Altas:

Si el alta del Asegurado o sus dependientes se efectúa dentro del período de tiempo mencionado en el párrafo anterior, la Cobertura se iniciará desde el momento en que la persona sea elegible para el Seguro en los términos pactados. En caso contrario, el inicio de la Cobertura quedará condicionado a la aceptación de parte de la Compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir.

Para el caso de matrimonios o nacimientos, si la Póliza ampara dependientes, se considerará como fecha de elegibilidad la del matrimonio por lo civil o del nacimiento según sea el caso, siempre y cuando se reporte la inclusión del nuevo dependiente de acuerdo a los términos mencionados en los párrafos anteriores.

En caso de una inclusión de un empleado Asegurado o dependiente durante la vigencia de la Póliza, la Compañía, cobrará prima correspondiente calculada en proporción, desde la fecha de ingreso hasta el próximo aniversario de la Póliza; para la inclusión del dependiente se cobrará prima adicional, solamente si el empleado estaba inscrito en la categoría empleado solo.

La Compañía inscribirá a las personas en un registro de Asegurados conforme a la hoja de afiliación del empleado Asegurado que formará parte del registro antes mencionado.

Bajas:

Causarán bajas de esta Póliza las personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, así como sus dependientes, los beneficios del Seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación del mismo, excepto los siniestros que se encuentren pendientes de pago.

El Contratante deberá informarlo por escrito a la Compañía, según el tiempo estipulado para tales efectos.

En caso de baja de un empleado Asegurado durante la vigencia de la Póliza, la Compañía devolverá al Contratante la prima no devengada correspondiente de dicho Asegurado.

La Compañía procederá a cancelar las inscripciones que correspondan haciéndolo constar en el registro de cancelación que formarán parte del registro de Asegurados.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a este a reintegrar dicho pago a la Compañía.

**DECIMA QUINTA: Renovación:** Este Contrato podrá ser renovado por mutuo consentimiento de las partes por período de un año, y bajo las mismas Condiciones, previa solicitud escrita del Contratante y aceptación expresa de La Compañía dentro de los últimos treinta días de vigencia de cada período. La renovación podrá hacerse mientras el Grupo Asegurado, se encuentre integrado por lo menos con el 75% de las personas que reúnan las condiciones para formar parte del Grupo Asegurado y como mínimo por diez (10) personas.

La Compañía se reserva el derecho de efectuar modificaciones a los términos de este Contrato en la fecha de renovación del mismo.

**CONDICIONES GENERALES**  
**Póliza GMG 1-35-250-A**

**DECIMA SEXTA: Edad:** La Compañía no aceptará el ingreso a esta Póliza a personas mayores de 65 años de edad. En la Renovación, la cobertura del Seguro para las personas mayores de 65 años continuará en vigor con el 50% del Máximo Vitalicio hasta los 70 años de edad. Los hijos de los Asegurados que hayan alcanzado los 25 años de edad, serán automáticamente eliminados del Seguro de Gastos Médicos, el día último del mes anterior a su cumpleaños.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado y la prima pagada fuese inferior a la que corresponda realmente, la responsabilidad de La Compañía se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima correcta. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.

Si por error o dolo se inscribiera a personas mayores de 65 años, estas inscripciones no tendrán validez, quedando únicamente obligada La Compañía a devolver las primas cobradas por las mismas.

La Compañía en cualquier momento podrá pedir la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y sus dependientes.

**DECIMA SEPTIMA: Prima:** Las primas asignadas para el primer período de vigencia de esta Póliza son la suma correspondientes a cada uno de los Asegurados y sus Dependientes inscritos, de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, y vencen al inicio de cada nueva vigencia. Salvo pacto en contrario se entenderá que el período del Seguro es de un año.

En cada renovación la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados y sus Dependientes, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha. Esta modificación es independiente de aquella que tenga que realizarse por la siniestralidad total de la Póliza en cada año de vigencia o por otra causa que La Compañía decida.

El pago de la prima es anual, pero el Contratante en cualquier momento, mediante solicitud escrita podrá cambiar la forma de pago de acuerdo a las tarifas autorizadas de La Compañía. Esta forma de pago consistirá en un fraccionamiento de la prima anual y podrá ser trimestral, semestral o mensual y vencerán al inicio de cada período pactado.

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

Vencido el plazo señalado en el párrafo anterior, el Contratante dispondrá aún de tres meses más para rehabilitar el Seguro, mediante el pago de las primas vencidas, durante ese período los efectos del Contrato quedarán en suspenso. Al final de este último plazo, caducará automáticamente el Contrato sin que la Compañía tenga la obligación de notificarlo por escrito. Si durante los plazos de gracia, aumentare el riesgo, la Compañía podrá exigir judicialmente que de por concluido el contrato.

**DECIMA OCTAVA: Ajustes:** En caso de alta o baja de Asegurados o Dependientes; o de aumento o disminución de beneficios, La Compañía cobrará o devolverá; según sea el caso, la prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta la fecha del vencimiento del Seguro.

**DECIMA NOVENA: Cambio de Plan:** Todo Contratante tendrá la oportunidad de cambiar los Beneficios de esta Póliza conforme a las siguientes estipulaciones:

- a) Para cambiar de un Plan de Beneficios Menores a uno de Beneficios Mayores, será necesario que todos los Asegurados Principales como sus familiares dependientes presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias a La Compañía, sin costo alguno para ellos.
- b) Para cambiar de un Plan de Beneficios Mayores a uno de Beneficios Menores, bastará con que el Contratante envíe una carta con el consentimiento de todos los Asegurados Principales y no será necesario presentar pruebas de asegurabilidad.

La Compañía de Seguro determinará la fecha en que entrarán en vigor los nuevos beneficios, para las opciones anteriores.

**CONDICIONES GENERALES**  
**Póliza GMG 1-35-250-A**

Sólo se podrán hacer cambios de Beneficios después de haber transcurrido 12 meses continuos de cobertura.

**VIGESIMA: Aviso de Siniestro:** Es obligación del Contratante dar aviso por escrito a La Compañía en el curso de los primeros cinco días de cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización.

**VIGESIMA PRIMERA: Pruebas:** El reclamante presentará a su costo y satisfacción de La Compañía, además de los formularios de declaración que ésta le proporcione, todos los originales de los comprobantes de los gastos incurridos con los requerimientos fiscales exigidos por la ley, tales como: recibos con conceptos desglosados y las facturas con sus correspondientes recetas; así como todos los documentos médicos y estudios relacionados con el evento reclamado.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente a comprobar cualquier hecho o situación de la cual derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del Contratante y/o de los Asegurados para que se lleve a cabo esa comprobación liberará a La Compañía de cualquier obligación.

Los comprobantes de gastos deberán ser facturados a nombre del Asegurado, indicando el nombre de la persona que ha recibido los servicios médicos.

**VIGESIMA SEGUNDA: Indemnizaciones:** La Compañía pagará al Asegurado la indemnización que proceda, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que se reciban todas las pruebas requeridas para fundamentar la reclamación.

Todas las indemnizaciones cubiertas por este Contrato serán pagadas al Asegurado a través del Contratante de la Póliza.

**VIGESIMA TERCERA: Beneficio de Reembolso:** El monto de los gastos cubiertos se sujetará a los límites que por cada concepto se establece en el Anexo que forma parte de la Póliza. A este monto se descontará el deducible y el coaseguro correspondiente.

**VIGESIMA CUARTA: Moneda:** Todos los pagos relativos a este Contrato ya sean por parte del Contratante o de La Compañía se efectuarán en dólares de los estados Unidos de América.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las Condiciones de esta Póliza, serán reembolsados de acuerdo a la tasa de cambio libre bancario vigente al día de reembolso de los mismos.

**VIGESIMA QUINTA: Otros Seguros (Coordinación de Beneficios):** Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el cual el Asegurado principal o sus dependientes puedan estar cubiertos. Cuando algún Asegurado o sus dependientes estén cubiertos también por otras Pólizas que tengan mismas coberturas que las del presente Contrato, los beneficios del mismo reducirán a una cantidad igual al complemer que resulte para que el pago total por las indemnizaciones conjuntas sea igual al 100% de los beneficios aquí estipulados. Si únicamente esta Póliza estipula la coordinación de beneficios, los beneficios serán pagaderos primeramente por todos los demás planes concurrentes. Si el Asegurado principal o sus dependientes gozan de beneficios similares a los aquí descritos e incurre en gastos médicos, la forma de pago será como sigue:

- a) El plan que cubra al Asegurado como miembro de un Grupo Asegurado determinará sus beneficios, con prioridad a cualquier plan que cubra a dicha persona como asegurado principal o dependiente.
- b) El plan que cubra al Asegurado como dependiente de un miembro hombre, determinará sus beneficios antes que un plan que lo cubra como dependiente de un miembro mujer y en cualquier caso el que posea beneficios.
- c) Si de los dos anteriores incisos no se pudiere establecer un orden de prioridad, el plan que haya cubierto al Asegurado por más tiempo determinará los beneficios.

En caso de que los derechos o beneficios concurrentes sean provistos por una Póliza Individual de Seguro, el Seguro individual determinará los beneficios.

**CONDICIONES GENERALES**  
**Póliza GMG 1-35-250-A**

**VIGESIMA SEXTA: Período de Beneficio:** Después de la fecha de la erogación del primer gasto médico, el Asegurado y sus dependientes tendrán derecho al reembolso de los gastos médicos cubiertos relativos a la enfermedad o accidente ocurrido, siempre y cuando no se haya agotado su Máximo vitalicio.

**VIGESIMA SEPTIMA: Terminación del Seguro:** El Seguro de cualquier Asegurado Principal quedará cancelado e invalidado por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Fallecimiento de su persona.
- b) Mora de 120 días en el pago de las primas.
- c) Despido por parte del Contratante.
- d) Retiro voluntario del Asegurado.
- e) Agotamiento total del Máximo Vitalicio (sin que haya sido solicitado por escrita su reinstalación).
- f) Cancelación de la Póliza por parte del Contratante.
- g) Falta de renovación de la Póliza.
- h) Al cumplir la edad máxima de seguro.

Para los familiares dependientes, el Seguro quedará terminado por cualquiera de las siguientes causas:

- a) Fallecimiento del Asegurado (empleado por el contratante).
- b) Cancelación de la Póliza por mora de 120 días en el pago de las primas.
- c) Despido del Asegurado por parte del Contratante.
- d) Retiro voluntario del Asegurado Principal de la Empresa Contratante.
- e) Agotamiento del Máximo Vitalicio contratado para el Asegurado.
- f) En la fecha que alguno de los hijos dependientes ya no cumpla con los requisitos establecidos por la Póliza para ser un familiar dependiente elegible.
- g) En la fecha que el Asegurado Principal notifique por escrito por medio del Contratante su deseo de retirar al dependiente del Seguro.
- h) Cancelación de la Póliza por parte del Contratante.
- i) Falta de renovación de la Póliza.

**VIGESIMA OCTAVA.- Definiciones:**

1. "Contratante" se refiere a la Empresa para la cual laboran los asegurados cubiertos por la Póliza.
2. "Asegurado" se refiere a la persona que se encuentra laborando para el Contratante y que reúne las características para formar parte de la colectividad asegurable.
3. "Dependiente" se refiere al cónyuge o compañera de vida que pueda comprobar su estado como tal y los hijos solteros, hijastros o hijos adoptados del Asegurado mayores de 10 días de nacidos y menores de 25 años, que sean estudiantes a tiempo completo y dependan económicamente del Asegurado.
4. La frase "Gastos Médicos" se refiere a los gastos razonables, acostumbrados y necesarios por cuidados y servicios médicos que no están excluidos del pago de beneficios bajo esta Póliza, que son ordenados por un médico legalmente autorizado a ejercer la medicina y los cuales están descritos en la estipulación de inclusiones y exclusiones de esta Póliza.
5. La frase "Gasto Justo, Razonable y Acostumbrado" significará un gasto por atención médica debido a lesión o enfermedad, el cual se considere justo y hasta el límite acostumbrado, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad en que es suministrado cuando se comparen con tratamientos, servicios o abastecimientos, a individuos del mismo sexo, de edad e ingresos semejantes.
6. "Máximo Vitalicio" es la cantidad máxima de reembolso al que tendrá derecho una persona durante su vida.
7. "Deducible" es la cantidad que se resta de los Gastos Médicos elegibles, como se indica en el Cuadro de Seguro, que sean incurridos por un individuo Asegurado, y este se aplica de acuerdo a las siguientes condiciones:
  - a) Cuando los gastos son incurridos dentro del área centroamericana, el deducible se aplicará por persona y por "Año calendario".

**CONDICIONES GENERALES**  
**Póliza GMG 1-35-250-A**

- b) Cuando los gastos son incurridos fuera del área centroamericana, el deducible se aplicará por persona y por "Incapacidad".
  - c) Los deducibles por "Año calendario" y por "Incapacidad" no podrán ser combinados cuando existan gastos incurridos tanto dentro como fuera del área centroamericana, ni para complementar el faltante de alguno de ellos.
8. **"Deducible Familiar"**: Es la suma de los deducibles individuales como máximo tres por núcleo familiar (Asegurado y familiares dependientes) incurridos en el mismo Año calendario.
  9. **"Coaseguro"**: Es el porcentaje a cargo de cada Asegurado, que aplica al monto total de gastos cubiertos, en exceso del deducible, para cada reclamación
  10. **"Límite de coaseguro"**: es la cantidad máxima de coaseguro que absorbe un Asegurado de acuerdo con las condiciones y montos indicados en el Cuadro de Seguro:
    - a) Cuando los gastos son incurridos dentro del área centroamericana, el límite de coaseguro se aplicará por persona y por "Año calendario".
    - b) Cuando los gastos son incurridos fuera del área centroamericana, el límite de coaseguro se aplicará por persona y por "Incapacidad".
  11. La frase **"Área centroamericana"** está conformada únicamente por los países de: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica.
  12. **"Incapacidad"**: Es como se denominará indistintamente una enfermedad o una lesión corporal por accidente, que necesite tratamiento por un médico autorizado.
  13. **"Médico"**: Es como se designará al profesional autorizado por la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica para practicar y ejercer la medicina.
  14. **"Hospital"**: Es como se designará a una institución organizada de acuerdo a la ley, que cuente con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios ininterrumpidamente las veinticuatro horas del día a personas enfermas o lesionadas, bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras. Los asilos de ancianos, los hogares para convalecientes y enfermos crónicos, las casas de reposo y aquellos lugares donde se suministre tratamiento para alcohólicos y drogadictos, no se considerarán hospitales.
  15. **"Hospitalización"**: Es como se conocerá cuando una persona esté registrada como paciente en un hospital e incurra en un gasto diario por concepto de cuarto y alimentación.
  16. **"Consulta médica"**: Es la visita y tratamiento médico proporcionado en la clínica del médico a consecuencia de una incapacidad.
  17. **"Visita del médico"**: Es la atención y tratamiento médico, proporcionado en la casa del Asegurado principal o en un Centro Hospitalario.
  18. **"Servicios de Hospital"**: Se entenderá como los servicios o abastecimientos, suministrados al Asegurado o sus dependientes mientras permanezcan reclusos en el hospital, incluyendo los costos de sangre y plasma.
  19. **"Colectividad Asegurable"**: Son todos los miembros activos que reúnan las características establecidas en la carátula de esta Póliza para formar parte de la Colectividad Asegurada y en su caso, sus dependientes económicos.
  20. **"Colectividad Asegurada"**: Son todas las personas a que se refiere el párrafo anterior, que además hayan otorgado su consentimiento por escrito para incorporarse a esta Póliza.

**VIGESIMA NOVENA: Operaciones electivas o programables:** En el caso que un Asegurado o alguno de sus dependientes necesiten someterse a una operación quirúrgica, la cual se decida realizar en forma planificada y que no se considera una intervención de emergencia; deberá notificarlo a la COMPAÑIA y si el caso lo amerita, presentar una segunda opinión del médico o los médicos que la COMPAÑIA le indique, con el propósito principal que el Asegurado, tenga la seguridad de que la operación indicada por el médico que lo está tratando, es necesariamente requerida. Por otra parte, deberá solicitar y someter anticipadamente a consideración de la COMPAÑIA el presupuesto estimado que comprenderá el detalle de los costos de cirujano, asistente, anestesista, días de internamiento hospitalario, entre otro, para conocer si los mismos están dentro de lo justos, razonables y acostumbrados para la intervención indicada y si la misma está cubierta conforme a las condiciones y términos de la Póliza. Asimismo, deberá adjuntar el informe del médico tratante y sus asistentes.



**CONDICIONES GENERALES**  
Póliza GMG 1-35-250-A

El costo de la segunda opinión médica será absorbido por la Compañía. Si luego de ésta, se comprueba la necesidad de la operación, la Compañía aprobará dicha intervención quirúrgica, y lo notificará por escrito al asegurado.


**TRIGESIMA: Saldos Pendientes:** En el caso de existir saldos pendientes a cargo de alguno de los Asegurados por la utilización del crédito hospitalario debido a emergencias u hospitalizaciones, en concepto de deducible, coaseguro o gastos no cubiertos, el Asegurado tendrá 30 días para cancelarlo, una vez haya sido notificado por la Compañía de Seguros a través de una carta por escrito. En caso de que la Compañía no reciba el pago en ese período, el Contratante se obliga a reintegrar dicho saldo pendiente para no afectar el crédito disponible en los diferentes Centros de Servicio Hospitalario.

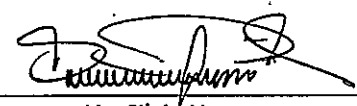
**TRIGESIMA PRIMERA: Prescripción:** Todas las acciones que se deriven de este Contrato prescriben en tres años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Se estará además sujeto a los que dispone el Código de Comercio.

**TRIGESIMA SEGUNDA: Competencia:** Si las partes no llegaran a conciliar de conformidad al procedimiento establecido en los artículos 99 y siguientes de la Ley de Sociedades de Seguros, las partes deberán acudir ante los Tribunales de San Salvador, a cuya jurisdicción quedan expresamente sometidas.

En testimonio de lo cual, La Compañía firma las presentes Condiciones Generales en duplicado, siendo el original para el Contratante y el duplicado para los archivos de La Compañía, en la ciudad de San Salvador, a los catorce días del mes de abril del año dos mil dieciocho.

  
Firma y Sello  
ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA.

  
Lic. Silvia Navarro  
Gerente de Operaciones Aseguradora Vivir





**CONDICIONES PARTICULARES**  
Póliza GMG 1-35-250-A

Para adherirse a/y formar parte de la Póliza No GMG-1-35-250-A del Ramo de Gastos Médicos Grupo que Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas emitió a favor de:

**ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA**

VIGENCIA: 14 DE ABRIL DEL AÑO 2018 HASTA 14 DE ABRIL DEL AÑO 2019

Por medio del presente Anexo se definen las Condiciones Particulares que aplicarán para la Póliza arriba mencionada y entra en vigor en la fecha de su emisión.

**CONDICIONES PARTICULARES**

Por medio del presente Anexo se definen las Condiciones Particulares que aplicarán para la Póliza arriba mencionada y entra en vigor en la fecha de su emisión.

**GRUPO ASEGURADO**

Todo el personal activo al servicio de la Corte Suprema de Justicia.

**COBERTURA PRINCIPAL**

Consulta externa y hospitalización

**ALCANCE TERRITORIAL**

Centroamérica, incluyendo Belice y Panamá

**SUMAS ASEGURADAS: US\$25,000.00**

Máximo Vitalicio por Persona y reinstalación automática de Suma Asegurada: hasta una vez durante la vigencia de la póliza; 50% por la misma a causa que motiva la reinstalación; y 100% por otra causa

**DEDUCIBLE POR PERSONA AÑO PÓLIZA: US\$ 100.00**

**EDAD:** Todo el grupo Asegurado con cobertura al 100% sin Límite de edad.

**COASEGURO:** 85/15 en red y fuera de red

**BENEFICIOS OBLIGATORIOS**

1. Consulta externa: Con médicos fuera de red hasta US\$35.00. La Compañía respetará las indicaciones médicas vertidas en recetas, cubriendo el medicamento de acuerdo al diagnóstico presentado, con límite de 8 consultas por año póliza por cada asegurado.
2. Cuarto de hospitalización y alimentación diaria: \$30.00 diarios que corresponden a servicios de hospital mientras el asegurado lo necesite, representados por el costo de la habitación y alimentación para el asegurado
3. CUIDADOS INTENSIVOS. (Por cuarto y alimentación diario). Cuidados Intensivos en Centro América hasta US\$600.00, incluyendo Belice y Panamá.
4. Cobertura hospitalaria para ingresos por emergencia y electivos únicamente a través de la red médica y lo correspondiente al 85%, es decir, el asegurado siempre deberá cancelar el 15% del coaseguro. En caso de ser hospital fuera de red deberá ser cancelado por el asegurado el 100% y se tramitará vía reembolso con base a aranceles de proveedores de red, con aplicación de deducible y coaseguro 85/15.
5. Cobertura del 85/15 para exámenes especiales de diagnóstico y otros únicamente a través de la red médica. Si es fuera de red, el asegurado deberá cancelar el 100% y tramitar el reclamo por medio de reembolso y con base a aranceles de médicos/laboratorios de red, con aplicación de deducible y coaseguro del 15% salvo excepciones que

**CONDICIONES PARTICULARES**  
**Póliza GMG 1-35-250-A**

dentro de red no haya la especialidad utilizada por el asegurado, se tramitará por medio de reembolso sin aplicación de deducible.

6. Red Médico - Hospitalaria con consulta con valor de US\$7.00 con límite mínimo de 15 consultas por año póliza y por cada asegurado.
7. Honorarios de anesthesiólogos, hasta el 35% sobre los honorarios del cirujano principal.
8. Honorarios de médicos y cirujanos en hospitalización, o consulta externa.
9. Visita en UCI
10. Aplicación Quimioterapia
11. Operaciones quirúrgicas, servicios de sala de operación, curaciones, cuidados intensivos, pequeñas cirugías, sala de emergencias.
12. Síndrome de Ojo Seco, Conjuntivitis Crónica y Alérgica y Glaucoma
13. Diabetes y efectos colaterales tales como Retinopatía y su lubricante ocular.
14. Hipertiroidismo
15. Hipertensión
16. Tratamientos suministrados por radiólogos y exámenes de Laboratorio tales como, pero no limitados a: Rayos X, pruebas microscópicas, pruebas de laboratorio, electrocardiogramas, resonancia magnética (se incluye todos los laboratorios de la Red sin restricción).
17. Transfusiones de sangre, suero plasma u otras sustancias semejantes, consumo de oxígeno, y nebulizaciones, específicamente para el asegurado y no para el donante.
18. Aparatos de yeso, prótesis y ortopedia, suministro de bragueros, entablillados, abrazaderas y otros aparatos ortopédicos.
19. Alquiler o compra de muletas, alquiler de sillas de ruedas, camas especiales para enfermos, pulmón artificial u otros aparatos semejantes, hasta US\$ 1,200.00
20. Tratamiento de eventraciones
21. Tratamientos insuficiencia renal, oncológicos, y anemias profundas, en cualquiera de las etapas que estuviere.
22. Tratamiento de todo tipo de alergias, incluyendo las pruebas cutáneas. No incluye vacunas.
23. Histerectomía abdominal y vaginal sin límite de edad.
24. Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal.
25. Cobertura para maternidad, con período de carencia de 90 días, para nuevas inclusiones sin restricción de preexistencias, considerada como cualquier otra enfermedad, hasta por un monto de ( parto vaginal, cesárea y aborto espontáneo o aborto natural de US\$ 1,900.00
26. Lesiones que sufra el Asegurado mientras viaje como pasajero, piloto o miembro de tripulación de aeronaves que no pertenezcan a línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte regular de pasajeros.
27. Cobertura para epidemias declaradas o no por las autoridades correspondientes.
28. Toxoplasmosis
29. Para los tratamientos permanentes y continuos se aceptarán únicamente dos recetas por año póliza. (una cada seis meses)
30. Charlas informativas para el personal asegurado, en los diferentes Centro Judiciales a Nivel Nacional.
31. En caso de una hospitalización estarán cubiertos todos los exámenes médicos necesarios que se le realicen al asegurado con el fin de diagnosticar un padecimiento y/o para descartar cualquier otra enfermedad.
32. El asegurado no estará obligado a presentar los resultados de los exámenes clínicos, salvo aquellos que la aseguradora le requiera como casos especiales y los que estén tipificados con diagnóstico de enfermedades crónicas o de tratamiento continuo.
33. Lesiones derivadas de fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.
34. Esterilización en ambos sexos por prescripción médica.
35. Circuncisiones por enfermedad.
36. Exámenes de citología para fines de diagnóstico (una prueba por año póliza).
37. Exámenes de mamografía para fines de diagnóstico (una prueba por año póliza).
38. Se otorga el 20% del máximo vitalicio por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA.
39. Cobertura ocupacional y no ocupacional para el empleado,
40. Operación del corazón abierto.
41. Cobertura para todo tipo de hernias.
42. Prostatectomía sin límite de edad.



**CONDICIONES PARTICULARES**  
**Póliza GMG 1-35-250-A**

- 43. Deberá aceptarse al grupo inicial asegurado sin restricción de preexistencias declaradas o no. Las nuevas inclusiones tendrán un tiempo de espera de 90 días, estas no podrán ser rechazadas por la aseguradora, pero si condicionadas a la suma asegurada hasta en un 50%.
- 44. Tiempo de pago de reclamos: 10 días hábiles como máximo, contados a partir desde la fecha en la que la aseguradora recibe toda la documentación
- 45. Epilepsia y sus complicaciones, hasta un máximo del 20% sobre el máximo vitalicio.
- 46. Coordinación de Beneficios de Gastos Médicos Reclamados en otro Contrato de Seguro
- 47. Trasplante de los siguientes órganos mayores: Riñones, Hígado, Pulmones y Corazón para cubrir padecimientos cubiertos a partir de la vigencia de esta póliza.
- 48. Se incluyen consulta y tratamientos por padecimientos psiquiátricos con y sin hospitalización, siempre y cuando esté establecido en las coberturas de la póliza hasta por US\$500.00
- 49. Terapia con psicólogo clínico como coadyugante del médico psiquiatra o neurólogo o cuando esté justificado por el médico tratante, por trastornos en la conducta causados por la depresión, agresividad o enfermedad incapacitante o terminal, hasta por US\$500.00

**BENEFICIOS DE RED DE PROVEEDORES**

Crédito y/o cobertura, sin necesidad de firma de un convenio de crédito, en:

- Cuenta hospitalaria y honorarios médicos (por ingreso o consultas de emergencias)
- Estudios especiales en clínicas de gabinete; previamente pre-autorizados
- Honorarios de Patología.
- Laboratorios de Red, sin aplicación de deducible, laboratorios fuera de red, con aplicación de deducible vía reembolso.
- Farmacias de Red, sin aplicación de deducible, farmacias fuera de red, con aplicación de deducible, en los casos de la inexistencia de farmacias en alguno de los departamentos de El Salvador podrá hacer uso de una fuera de Red, sin aplicación de deducible, casos especiales evaluados y autorizados.
- Con cobertura de hospitales en la Zona Occidental, Oriental y Central, excluyendo el Hospital Centro de Diagnóstico Escalón y Hospital de la Mujer.
- En caso de servicios hospitalarios por consulta de emergencia médica en un hospital de la red se establece lo siguiente:
  - a) Se otorga crédito para gastos de emergencia del 85/15, cuando la cantidad sea mayor a los US\$75.00 en este caso el asegurado únicamente cancelará el Porcentaje del coaseguro. Si el valor es menor a US\$75.00 dólares deberá cancelar el 100% y tramitar reembolso sin aplicación de deducible.
  - b) En los casos de consulta de emergencias por accidente no habrá ninguna cantidad mínima, en este caso el asegurado únicamente cancelará el porcentaje de participación del coaseguro.
  - c) En los casos de accidentes laborales, que estén comprendidos en horarios de trabajo ordinario o extraordinario dentro o fuera de cualquier instalación de la institución, se cubrirán dentro o fuera de Red todos los gastos del asegurado al 100%, sin aplicación de deducible, ni coaseguro, el tiempo máximo para hacer uso de dicho derecho es de 24 horas después de ocurrido el accidente.
- 50. Reinstalación automática de suma asegurada: hasta una vez durante la vigencia de la póliza, del 50% por una misma causa, y del 100% por cualquier otra causa.
- 51. Consulta de emergencia con Especialista fuera de la Red hasta \$ 35.00
- 52. Visita Hospitalaria

**OTROS BENEFICIOS NO OBLIGATORIOS**

- 1. Inter consulta en hospitalización
- 2. Cobertura de preexistencia, para el grupo inicial, tratamientos de enfermedades o lesiones preexistentes, para las nuevas inscripciones contarán con un período de carencia de 90 días.
- 3. Tratamientos y medicinas que sean necesarios para el manejo de una enfermedad o accidente entre otros.
- 4. Transporte en ambulancias terrestre y aérea.
- 5. Atención suministrada por enfermera privada dentro del hospital cuando sea indicado por el médico.

**CONDICIONES PARTICULARES**  
**Póliza GMG 1-35-250-A**

6. Intervención de cirugía reconstructiva por lesiones derivadas por accidentes.
7. Extracción de terceras molares impactadas, previa autorización de la Aseguradora.
8. Consulta y tratamiento de inyecciones esclerosantes por venas varicosas.
9. Pre Certificación para operaciones programadas, la compañía dará respuesta en 24 horas después de recibir toda la documentación necesaria para evaluar el caso.
10. Tratamiento de terapias especiales con rayos láser, radioterapia, sonoterapia, crioterapia, foto coagulación. láser de retina, terapia de inhalación, quimioterapia, laparoscopia, criorugía, fisioterapias, esclerosis.

**Beneficios adicionales Diferenciadores Y valores agregados**

- ❖ Exoneración de deducible al utilizar nuestra Red de prestadores de servicios médicos.
- ❖ Consultas médicas ambulatorias (solo se debe presentar carné de asegurado y escoger dentro de nuestra Red de prestadores de servicios médicos).
- ❖ Consultas médicas ambulatorias en clínicas Pro-familia sin costo para el asegurado en las especialidades de consulta General, Ginecología y Pediatría.
- ❖ Cobertura 100% en medicinas adquiridas en Farmacias Económicas (medicamento Genérico).
- ❖ Pago reembolso de hasta \$300.00 en menos de 30 minutos, aplica siempre y cuando el asegurado se presente personalmente a las oficinas de Vivir.
- ❖ Reembolsos usuales con tiempo máximo de respuesta de 7 días hábiles.
- ❖ Red regional de Proveedores de salud para hospitalización.
- ❖ Red propia a nivel nacional con más de 800 prestadores (clínicas, hospitales, farmacias, laboratorios)
- ❖ Presentar durante los primeros 5 días hábiles de cada mes, el Reporte de Saldos Deudores y Gastos No Cubiertos, correspondiente al mes anterior.
- ❖ Ingreso y envío de reclamos digitados a través de cargas electrónicas.
- ❖ Consultas y Modificaciones de los reclamos en línea, con lo cual se le puede informar al cliente el día en que recibirá su cheque de reembolso.
- ❖ Reportes de siniestros (Por Nombre y/o por número de certificado, que contenga información importante como detalle de datos generales, No. de Reclamo, detalle de reclamos presentados de gastos médicos y odontológicos)
- ❖ Consulta de Asegurados activos y excluidos (que contenga información importante como: Datos generales del Asegurado y grupo familiar, No. reclamo, fecha de incurrido y fecha de presentado, diagnostico, valor de cada reclamo, número de cheque, fecha de pago, gastos cubiertos, aplicación de deducible, aplicación de coaseguro, deudores, total neto a pagar y observaciones).
- ❖ Listados por Asegurados, por reclamos, por Diagnostico, por fecha, reporte de reclamos por Asegurado, en formato que la Corte Suprema de Justicia les entregará al momento de la adjudicación.
- ❖ Somos la Única Aseguradora que a partir del 01 de mayo de 2018 contaremos con una Red extensa de farmacia para la zona oriental.
- ❖ Servicio de soporte para pre-autorizaciones a proveedores de la Red Médica, disponible las 24 horas del día y los 7 días de la semana.
- ❖ Stand de servicio Punto Vivir en Hospital de Diagnóstico Colonia Médica para la atención de asegurados.

**PRIMAS**

Categoría US\$25,000.00	Prima Anual por asegurado
Empleado solo	US\$ 527.00

"TODAS LAS CIFRAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO ESTAN EXPRESADAS EN DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA"

Forma de pago: Anual

Los demás términos y condiciones de la Póliza quedan sin ninguna alteración EN FE DE LO CUAL, se firma y sella el presente Anexo en la Ciudad de San Salvador, a los catorce días del mes de abril del año dos mil dieciocho.



Firma y Sello

ORGANO JUDICIAL- CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

Lic. Silvia Navarro

Gerente de Operaciones Aseguradora Vivir



**ANEXO 2: COBERTURA ADICIONAL DE MATERNIDAD**  
**Póliza GMG 1-35-250-A**

Para adherirse a/y formar parte de la Póliza No GMG-1-35-250 del Ramo de Gastos Médicos Grupo que Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas emitió a favor de:


**ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA**  
VIGENCIA: 14 DE ABRIL DEL AÑO 2018 HASTA 14 DE ABRIL DEL AÑO 2019

**PRIMERA:** Mediante el presente anexo se hace constar que bajo el Carnet de Seguro antes precitado, se cubrirán los gastos médicos incurridos por Maternidad. Esta cobertura aplica únicamente a la Asegurada o a la Cónyuge o Compañera de Vida de un Asegurado, y estará sujeta a los siguientes términos:

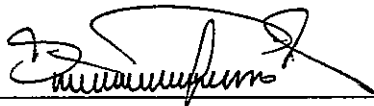
1. El embarazo debe ser concebido diez (10) meses después de haber sido inscrita la Asegurada, la Cónyuge o Compañera de Vida del Asegurado como dependiente en el Seguro de Gastos Médicos.
2. Dentro de esta cobertura no se cubren honorarios de pediatra o neonatólogo, nursería u otros gastos por atención del recién nacido. Tampoco cubre los gastos por pruebas del embarazo.
3. Los gastos por circuncisión del recién nacido no se encuentran cubiertos, así como la perforación de orejas de las niñas.
4. Los gastos por alojamiento y alimentación-extra de un acompañante serán a cargo del Asegurado.
5. No se cubren gastos extra como: alquiler de TV, alimentación-extra, puesta de aritos a niñas, etc.

**SEGUNDA:** Los gastos por Maternidad se reembolsarán de acuerdo a los límites indicados en las condiciones particulares. Todos los demás términos, condiciones y limitaciones de la Póliza continúan vigentes y sin modificación alguna.

En testimonio de lo cual, Aseguradora Vivir, S.A., Seguros de Personas, firma el presente Anexo de Cobertura adicional de Maternidad en la ciudad de San Salvador, a los dieciséis días del mes de abril del año dos mil dieciocho.



Firma y Sello  
**ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA.**



Lic. Silvia Navarro  
Gerente de Operaciones Aseguradora Vivir



**ANEXO DE ARBITRAJE**  
Póliza GMG 1-35-250-A

Para adherirse a/y formar parte de la Póliza No GMG- 1-35-250-A del Ramo de Gastos Médicos Grupo que Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas emitió a favor de:

**ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA**  
VIGENCIA: 14 DE ABRIL DEL AÑO 2018 HASTA 14 ABRIL DEL AÑO 2019

De conformidad al Art. 17 de la Ley de Protección al Consumidor y Art. 6 de su Reglamento, se suscribe el presente anexo como cláusula adicional del Contrato de Seguros, según los términos y condiciones que a continuación se establecen:

Sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Sociedades de Seguros, cualquier desacuerdo entre el Asegurado o Beneficiario, según el caso, y la Compañía de Seguros, con relación a la interpretación o aplicación de la presente Póliza y/o sus Anexos, deberá ser sometido a un Tribunal Arbitral que estará investido de la facultad de pronunciar una decisión denominada Laudo Arbitral, de conformidad a la Ley de Mediación, Conciliación y Arbitraje, excepto cuando se trate de discrepancia en el pago de un siniestro, en cuyo caso, previo al desarrollo del trámite arbitral respectivo, se deberá desarrollar el procedimiento conciliatorio al que se refiere la citada Ley de Sociedades de Seguros.

La renuncia al Arbitraje será válida únicamente cuando concorra la voluntad del Asegurado o Beneficiario, según el caso, y la Compañía a este respecto.

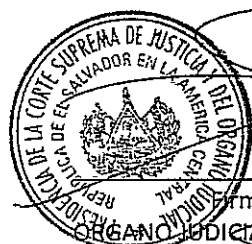
Ambas partes podrán designar los árbitros de manera directa y de común acuerdo o delegar en una tercera persona, natural o jurídica, la designación parcial o total de los árbitros. Si no hubiere acuerdo respecto a la elección de los árbitros, cada parte elegirá uno y los dos árbitros designados elegirán un tercero, quien será el Presidente del Tribunal Arbitral.

Los gastos y costas que se originen con motivo del Arbitraje, serán cubiertos por partes iguales entre la Compañía y el Asegurado, pero cada cual cubrirá los gastos del árbitro que proponga.

El fallo de los árbitros es inapelable y no admitirá más recursos que el de nulidad, de conformidad a lo establecido en la Ley de Mediación, Conciliación y Arbitraje.

Las Condiciones Generales y Especiales de la póliza continúan vigentes y serán aplicables a este anexo, excepto en lo que sean modificadas por el mismo.

San Salvador, a los catorce días del mes de abril del año dos mil dieciocho.

  
\_\_\_\_\_  
Firma y Sello  
ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

  
\_\_\_\_\_  
Lic. Silvia Navarro  
Gerente de Operaciones Aseguradora Vivir



Datos del Contratante	
Nombre:	ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA
Dirección:	PALACIO JUDICIAL, CENTRO DE GOBIERNO, SAN SALVADOR

Identificación y Características del Grupo Asegurado	
Todo el personal activo al servicio de:	ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

ASEGURADORA VIVIR, S.A. SEGUROS DE PERSONAS (en adelante denominada la Compañía), de conformidad con las Condiciones Particulares y Generales que figuran más adelante, conviene en ASEGURAR LA VIDA de cada una de las personas que forman parte del Grupo Asegurado de la siguiente manera:

A) **Suma Asegurada básica:** Corresponde a la cantidad que ha sido pactada entre la Compañía y el Contratante de acuerdo a las bases fijadas por éste último, la cual será pagada a los Beneficiarios designados en el Certificado después de recibir pruebas fehacientes sobre el fallecimiento de un Asegurado, siempre que la muerte ocurra durante la vigencia de la Póliza y esté conforme a las estipulaciones de las Condiciones Particulares y Generales de la Póliza:

Categoría (s)	Suma (s) Asegurada (s) Básica (s)
Clase Única	US\$ 5,000.00

B) **Beneficio (s) Suplementario (s):** Se agrega al seguro básico el (los) siguiente (s) beneficio (s) suplementario (s) de acuerdo a los anexos correspondientes:

Beneficio (s) Suplementario (s)
1. Beneficio Suplementario por Accidente: Indemnización por fallecimiento del Asegurado o por lesiones corporales como consecuencia de Accidente (MDA)
2. Pago Anticipado del Capital por incapacidad Total y Permanente (PCIP)
3. Exoneración de Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente (EPP)
4. Gastos Funerarios

Plazo de Vigencia del Contrato		Forma de Pago
Inicio	Terminación	
14 de abril de 2018 a las 12:00M horas	14 de abril de 2019 a las 12:00 M horas	MENSUAL

"TODAS LAS CIFRAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO ESTAN EXPRESADAS EN DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA"

La Póliza entra en vigor en la fecha de inicio anteriormente indicada. La solicitud del contratante, las solicitudes de los Asegurados, las declaraciones y las Condiciones Particulares y Generales forman parte integrante de esta Póliza.

En testimonio de lo cual Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas firma la presente Póliza en la ciudad de San Salvador, a los catorce días del mes de abril del año dos mil dieciocho.

Lic. Silvia Navarro  
Gerente de Operaciones



**PRIMERA: CONSTITUCION DEL CONTRATO:** El contrato de Seguro queda constituido por esta Póliza, la solicitud, las declaraciones de cada uno de los miembros del Grupo Asegurado, el registro de Asegurados anexo, los contratos de Beneficios Suplementarios, si los hubiere, y los endosos que se emitan simultáneamente con la Póliza o posteriormente se agreguen, previa aceptación del contratante, y Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas en adelante denominada "La Compañía".

Al recibo de esta Póliza, el Contratante debe cerciorarse que concuerda con la solicitud presentada a la Compañía. Si dentro de los quince días siguientes de recibir el documento, el contratante no solicita ninguna rectificación de la Póliza, ésta se entenderá por aceptada en todos sus términos.

**SEGUNDA: VIGENCIA DEL CONTRATO:** El presente contrato se perfecciona desde el momento en que el contratante reciba la aceptación por escrito de un representante autorizado por La Compañía dentro de los plazos señalados en el artículo 1346 del Código de Comercio y, en defecto de tal aceptación, desde la "Fecha de Emisión" que consta en la carátula de esta Póliza.

**TERCERA: MODIFICACION DEL CONTRATO:** Toda solicitud de modificación del Contrato deberá hacerse por escrito a la Compañía, entendiéndose que ésta la acepta en virtud de comunicación por escrito al Contratante.

**CUARTA: EDAD:** Para formar parte del Grupo Asegurado se requiere que en el momento de la inscripción, la edad del Asegurado en su cumpleaños más próximo esté comprendido entre los 18 y 65 años de edad; sin embargo, la Compañía podrá admitir a personas mayores de 65 años pero menores de 70, solamente con una suma asegurada equivalente al 50% de la que le correspondería de acuerdo con las bases para determinar la Suma Asegurada de cada miembro del Grupo y siempre que el número de ellas no exceda del 5% del total de los miembros del Grupo Asegurado.

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

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

Si se declaró inexactamente la edad del Asegurado, la Compañía sólo podrá pedir la nulidad del contrato si la edad real, a la fecha de contratación, estuviera fuera de los límites de admisión fijados por la propia Compañía.

En este caso, el Asegurado tendrá derecho a la reserva matemática, si la hubiere, calculada a la fecha en que la Compañía descubrió la causa de nulidad. Si ésta se descubriera después de la muerte del Asegurado, la reserva que ese momento existiera, será entregada al beneficiario.

Si la edad real del Asegurado estuviera dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagare una prima menor a la que correspondería por la edad real, la obligación del asegurador se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- II. Si la Compañía ya hubiere satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere o pagado en exceso, conforme al cálculo del ordinal anterior, incluyendo los intereses legales.
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la

**CONDICIONES GENERALES**  
**Póliza VG 1-36-213-A**

que habría sido necesaria para la edad real del asegurado, en el momento de la celebración del contrato. Las primas deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

- IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriere que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, la Compañía estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo a la edad real.

Para los cálculos anteriores, se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor a la fecha de la celebración del contrato.

**QUINTA: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:** Son obligaciones del contratante:

- a) Suscribir y remitir a la Compañía, la Solicitud de Seguro de Grupo, y las declaraciones individuales de los integrantes del mismo.
- b) Pagar a La Compañía el total de la prima de la Póliza, lo que implica también la recaudación del porcentaje con su caso, contribuyan al pago los miembros del grupo.
- c) Informar por escrito a la entidad Aseguradora, adjuntando los documentos del caso, en cuanto a:
  - Nuevos ingresos al Grupo y sus correspondientes declaraciones;
  - Separaciones definitivas del Grupo; y
  - Propuestas de modificación de las sumas aseguradas, a reserva de lo que La Compañía decida al respecto.

**SEXTA: RENOVACION:** El Contrato podrá renovarse por mutuo consentimiento de las partes, por períodos anuales consecutivos y bajo las mismas condiciones, siempre que el Contratante lo solicite y pague las primas correspondientes. La renovación podrá hacerse mientras el Grupo se encuentre integrado por lo menos con el 75% de las personas que reúnan las condiciones para formar parte del Grupo y como mínimo, por 10 personas.

**SEPTIMA: CAMBIO DE CONTRATANTE:** Si el Contratante indicado en la primera página de esta Póliza fuera sustituido por otro, deberá comunicarse por escrito esta circunstancia a la Compañía dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que haya ocurrido tal sustitución; y si ésta la acepta lo hará constar en anexo que forme parte de la Póliza.

**OCTAVA: CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO:** La Compañía entregará al Contratante, para que éste a su vez los entregue a los miembros del Grupo Asegurado, los correspondientes Certificados Individuales de Seguros en los que constará: número de la Póliza de Seguro de Grupo, nombre de la persona asegurada, los nombres de sus Beneficiarios y sus respectivos porcentajes y la Suma Asegurada.

Los Asegurados podrán solicitar a la Compañía modificaciones o correcciones relacionadas con sus datos personales y/o sus Beneficiarios designados.

**NOVENA: PRIMAS:**

- a) **Condiciones de pago.** Las Condiciones de pago de la prima se establecen en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- b) **Plazo de pago.** El Contratante tendrá un mes de gracia para el pago de las primas, contado a partir de la fecha de vencimiento de los plazos convencionales o legales. Mientras no haya transcurrido el plazo de gracia, los efectos del seguro no podrán suspenderse. Vencido este plazo, el Asegurado dispondrá aún de tres meses más para rehabilitar el seguro, pagando las primas vencidas, pero los efectos del contrato quedarán en suspenso. Al final de éste último plazo, caducará el Contrato. Si durante los plazos de gracia, aumentare el riesgo, la Compañía podrá exigir judicialmente que se dé por concluido el Contrato.

Si el contrato comprendiere varias personas o protegiere contra varios riesgos y la agravación sólo produjere efectos respecto de alguno de ellos, el seguro quedará en vigor para los demás, a no ser que la Compañía demuestre que no habría asegurado separadamente a tales personas.



**CONDICIONES GENERALES**  
**Póliza VG 1-36-213-A**

El tomador de un seguro que se dé por concluido por una agravación del riesgo, tiene derecho a que la Compañía le devuelva la cantidad en que la prima convenida exceda a la que se hubiere cobrado de haberse celebrado el contrato sólo para el período en que efectivamente estuvo en vigor.

En caso de que la agravación del riesgo hubiere sido ocasionada por el Asegurado, éste deberá pagar la prima por el año en curso y los gastos correspondientes.

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

De acuerdo a lo anterior, la Compañía se reserva el derecho de realizar los exámenes e inspecciones que considere necesarios, tanto en vida del asegurado, como después de su muerte.

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

**DECIMA PRIMERA: PRUEBA DE SINIESTRO:** Tan pronto el Beneficiario tuviere conocimiento del siniestro, deberá comunicárselo por escrito a La Compañía. La comprobación del fallecimiento del Asegurado se hará presentando a La Compañía la información correspondiente, en los formularios que ésta proporciona para tal fin, de conformidad con las instrucciones contenidas en ellos.

**DECIMA SEGUNDA: INDEMNIZACION:** La indemnización será exigible 30 días después de la fecha en que La Compañía haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

**DECIMA TERCERA: SUICIDIO:** En caso de que el fallecimiento de un Asegurado ocurriese por suicidio, cualquiera que sea su estado mental o el móvil del suicidio, La Compañía pagará la suma asegurada correspondiente en cualquier tiempo en que ocurra.

**DECIMA CUARTA: CARENCIA DE RESTRICCIONES:** La presente Póliza está exenta de restricciones respecto a residencia, ocupación, viajes y género de vida de los Asegurados.

**DECIMA QUINTA: CALCULO DE PRIMAS:** En la fecha de emisión de la Póliza y en cada renovación de la misma, se establecerá el importe total de la prima anual correspondiente al Grupo Asegurado, de acuerdo con las tarifas de la Compañía vigentes en la fecha de emisión o renovación, aplicando el tipo de prima anual a la edad de cada Asegurado en su cumpleaños más próximo y sobre la respectiva Suma Asegurada.

El importe total de la prima así obtenido se dividirá por el total de las Sumas Aseguradas y el cociente será el tipo de prima anual promedio aplicable en todo lo relativo a esta Póliza durante el año siguiente a la fecha en que sea determinado.

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

Cuando se produzcan inscripciones de Asegurados o cancelaciones de las mismas entre dos fecha de vencimiento de primas, se efectuará la liquidación proporcional a base de meses completos, por el tiempo que falte por transcurrir entre la fecha del cambio y el próximo vencimiento de prima.

**CONDICIONES GENERALES**  
**Póliza VG 1-36-213-A**

**DECIMA SEXTA: INSCRIPCIÓN DE ASEGURADOS:** Las personas que reúnan las condiciones necesarias para formar parte del Grupo Asegurado, serán inscritas por la Compañía en un registro de Asegurados que forma parte de la Póliza, el cual será renovable anualmente.

Durante la vigencia de esta Póliza, el contratante deberá enviar a La Compañía antes de que expire el término del Seguro automático las solicitudes de Inscripción correspondientes a todas las personas que lleguen a reunir las Condiciones necesarias para formar parte del Grupo Asegurado. La Compañía al aceptar la inscripción de los nuevos Asegurados, lo hará constar en cédulas de Inscripción que formarán parte del registro antes mencionado.

Las inscripciones podrán ser canceladas en cualquier momento a solicitud escrita del Contratante, en la que deberá indicar la fecha y causa de la cancelación. Cuando un Asegurado deje de reunir las condiciones necesarias para formar parte del Grupo Asegurado, el contratante deberá avisarlo a la Compañía solicitando cancelar la inscripción correspondiente. La Compañía al recibir las solicitudes mencionadas, cancelará las inscripciones haciéndolo constar en cédula de cancelación que formará parte del registro de Asegurados.

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

Cuando los miembros del Grupo Asegurado estén obligados a contribuir al pago de la prima y alguno de ellos no cumpla con cubrir la parte que le corresponda, el Contratante puede solicitar la baja del mismo a la Compañía.

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

**DECIMA SEPTIMA: SEGURO AUTOMATICO:** Toda persona que llegue a reunir las condiciones necesarias para formar parte del Grupo Asegurado, quedará automáticamente asegurada por esta Póliza durante un período de 60 días contados a partir de la fecha en que reunió tales condiciones.

Si la inscripción de un Asegurado fuere solicitada después de transcurrir el período de 60 días antes indicado, cuando que sea la causa, La Compañía podrá exigir las pruebas de asegurabilidad que estime convenientes para aceptar la inscripción.

**DECIMA OCTAVA: CAMBIO DE BENEFICIARIOS:** 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 Compañía siempre que no haya restricción legal alguna, sin necesidad alguna del consentimiento de los mismos ni del contratante de la Póliza, quien en su caso, solamente podrá tener conocimiento del cambio.

Se exceptúan únicamente los nombramientos de Beneficiarios que se hagan con carácter irrevocable, lo cual debe hacerse constar en el respectivo certificado.

**DECIMA NOVENA: LUGAR DE PAGO:** Todo pago que el Contratante o La Compañía tengan que efectuar con motivo de la presente Póliza, lo harán en la Oficina Principal de La Compañía situada en el Paseo General Escalón y 81 Av. Sur No. 9-31, Colonia Escalón, San Salvador, El Salvador, a menos que se disponga otra cosa en las Condiciones Especiales de esta Póliza.

**VIGESIMA: CESION:** Los derechos concedidos por esta Póliza no podrán ser objeto de cesión.

**VIGESIMA PRIMERA: DERECHO DEL ASEGURADO A SEPARARSE DEL GRUPO:** Toda persona que se separe definitivamente de la entidad contratante, o que deje de estar cubierta por la Póliza de seguro de grupo, en virtud de haberse cancelado ésta, y siempre que tal cancelación ocurra después de haber estado en vigor la mencionada Póliza por un período no menor de cinco años, tiene el derecho de tomar, sin el requisito de examen médico, cualquier otro seguro individual de los planes que emita la Compañía, siempre que no sea seguro temporal y no se incluyan Beneficios Suplementarios.

Tal derecho queda sujeto a las condiciones siguientes:

- a) Que haya estado Asegurado bajo el Seguro de Grupo, como mínimo un año ininterrumpido.
- b) Que su solicitud la presente a la Compañía dentro de los 30 días contados a partir de su separación de la entidad contratante o terminación de la Póliza.
- c) Que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión establecidos por la Compañía para sus seguros individuales que entonces emita;
- d) Que la protección en caso de fallecimiento del solicitante no sea superior a la que tenía asignada en el registro de Asegurados vigente;
- e) Que el Asegurado no haya presentado reclamos en algunos de los Beneficios Suplementarios; y
- f) Que el Asegurado no esté percibiendo ningún tipo de pago por indemnización relacionada con la Póliza o los Beneficios Suplementarios bajo los cuales estaba Asegurado anteriormente.

Para los efectos de la formalización del nuevo contrato de seguro, el solicitante pagará a la Compañía, la prima que corresponda a la edad alcanzada y a su ocupación, según la tarifa de primas vigentes en el momento de la conversión.

**VIGESIMA SEGUNDA: COMUNICACIONES:** Toda declaración o comunicación a la Compañía, relacionada con la presente Póliza, deberá hacerse por escrito a la Oficina Principal de la misma.


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

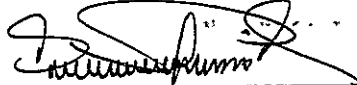
**VIGESIMA TERCERA: REPOSICION:** En caso de destrucción, robo o extravío de esta Póliza, o de algún Certificado de Seguro, serán repuestos por La Compañía, previa solicitud escrita del Contratante o del Asegurado, siguiendo los trámites que señala el Código de Comercio en lo que fueren aplicables. Los gastos de reposición serán por cuenta de quien lo solicite.

**VIGESIMA CUARTA: PRESCRIPCION:** Todas las acciones que se deriven de este Contrato prescriben en tres años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Se estará además sujeto a los que dispone el Código de Comercio.

**VIGESIMA QUINTA: COMPETENCIA:** Si las partes no llegaran a conciliar de conformidad al procedimiento establecido en los Artículos 99 y siguientes de la Ley de Sociedades de Seguros, las partes deberán acudir antes los Tribunales de San Salvador, a cuya jurisdicción quedan expresamente sometidas.

En testimonio de lo cual Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas, firma las presentes Condiciones Generales en la ciudad de San Salvador, a los catorce días del mes de abril del año dos mil dieciocho.

  
Firma y sello  
ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA.

  
Lic. Silvia Navarro  
Gerente de Operaciones Aseguradora Vivir





Seguros

Para adherirse a/y formar parte de la Póliza No VG- 1-36-213-A del Ramo de Vida Grupo que Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas emitió a favor de:

**ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA**

VIGENCIA: 14 DE ABRIL DEL AÑO 2018 AL 14 DE ABRIL DEL AÑO 2019

Por medio del presente Anexo se definen las Condiciones Particulares que aplicarán para la Póliza arriba mencionada y entra en vigor en la fecha de su emisión.

**PERSONAL ASEGURADO**

Todo el personal activo al servicio de la Corte Suprema de Justicia-

**GRUPO ELEGIBLE**

Todo el personal activo al servicio de la Corte Suprema de Justicia-

**SUMA ASEGURADA US\$5,000.00**

Todo el grupo Asegurado

Gastos funerarios, en adición al seguro de vida, distribuidos así:

- Asegurado principal hasta la suma de US\$1,000.00
- Dependientes, siendo estos su cónyuge o compañera de vida, hijos e hijastros hasta la edad de 21 años siempre y cuando dependa económicamente del asegurado principal, hasta la suma de US\$1,000.00
- La indemnización de gastos funerarios será entregada a más tardar 24 horas después de recibida la notificación de fallecimiento del Asegurado o dependiente por parte del Contratante, la cual será entregada a cualquiera de sus dependientes o a la persona nombrada para tal fin.

**COBERTURAS Y CLAUSULAS ESPECIALES**

- 1 Muerte natural por cualquier causa, incluyendo suicidio y homicidio la cobertura será en forma inmediata.
- 2 Cobertura de accidentes para Motociclistas del asegurado, desarrollando actividades propias o no de la Institución.
- 3 Exoneración del pago de primas por incapacidad total y permanente
- 4 Anticipo de la Suma Asegurada por Incapacidad, Total y Permanente por Enfermedad y/o Accidente: 50% inmediatamente al inicio de la incapacidad y el 50% restante en 12 cuotas mensuales y sucesivas.
- 5 Seguro Complementario de Accidentes Personales (Doble Indemnización) que cubre:
  - a) Muerte Accidental, incluyendo la intoxicación accidental por ingestión de alimentos.
  - b) Cobertura por muerte y lesiones causadas por arma de fuego, cortante y corto punzante, artefactos explosivos e incendiarios, u otro tipo de armas incluyendo el homicidio.
  - c) Cobertura cuando el asegurado hace uso de aeronaves privadas (Como pasajero únicamente).
  - d) Cubrir Lesiones corporales causadas intencionalmente por otra persona y que cubra en vehículos personales y/u otro vehículo que no sea la CSJ.
- 6 Muerte Accidental Especial (Triple Indemnización), incluyendo cuando el asegurado fallezca dentro de edificios de la CSJ

- 7 EDAD: Se incluye a todo el personal de la CSJ, sin limitación de edad y con el 100% de la suma asegurada que corresponda.
- 8 Posteriormente al inicio de la vigencia, se aceptarán todos los empleados que se solicite que sean incluidos a la presente póliza.
- 9 Anticipo del 50% de la Suma Asegurada básica al asegurado, al diagnosticarse una enfermedad Terminal y afecciones discapacitante.
- 10 Cobertura automática para los nuevos empleados incluidos a petición del departamento de Administración de Seguros de la CSJ.
- 11 Muerte Presunta según la ley  
El pago de la cobertura de muerte será indemnizado en 10 días hábiles, una vez presentada la documentación completa a satisfacción de la Aseguradora. En los casos cubiertos por la póliza la Aseguradora se compromete a solicitar dentro de los 5 días hábiles siguientes a la presentación del reclamo información adicional necesaria para la liquidación del reclamo.
- 12 Tabla de desmembramiento amplia
- 13 (Para esta tabla se deberá tomar en cuenta que si la persona es zurda, los porcentajes para el miembro superior derecho y el miembro superior izquierdo serán invertidos).
- 14 Reinstalación automática de la suma asegurada de MYDA a su monto inicial por pérdida de miembros accidentalmente y/o su funcionabilidad
- 15 Doble pago por la muerte causada por fenómenos de la naturaleza

**PRIMAS**

Tasa Anual por millar: 4.90%0

Forma de pago: la prima de la póliza será a través de una cuota anual

Los demás términos y condiciones de la Póliza quedan sin ninguna alteración, EN FE DE LO CUAL se firma y sella el presente Anexo en la Ciudad de San Salvador, a los catorce días del mes de abril del año dos mil dieciocho.



Firma y Sello

ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

Lic. Silvia Navarro

Gerente de Operaciones Aseguradora Vivir, S.A.



Para adherirse a/y formar parte de la Póliza No VG- 1-36-213-A del Ramo de Vida Grupo que Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas emitió a favor de:

ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

VIGENCIA: 14 DE ABRIL DEL AÑO 2018 HASTA 14 DE ABRIL DEL AÑO 2019

Beneficio que se agrega y forma parte de la Póliza arriba mencionada y entra en vigor en la fecha de su emisión.

**PRIMERA:** En caso de fallecimiento de un Asegurado, el Contratante entregará a los Beneficiarios designados por el Asegurado, la cantidad fija de \$1,000.00, en concepto de Gastos Funerarios, aplica para todas las clases determinadas en esta póliza.

**SEGUNDA:** La Compañía reembolsará al Contratante la suma antes mencionada, después de haber recibido en su oficina central la siguiente documentación:

- a) Aviso por escrito del Contratante sobre el fallecimiento del Asegurado, indicando el nombre completo y su número de inscripción en la Póliza.
- b) Fotocopia de la partida de defunción.
- c) Comprobante del recibo correspondiente, firmado por el Beneficiario antes señalado acusando recibo por cuenta del Contratante por la cantidad arriba mencionada bajo el concepto de Gastos Funerarios.

**TERCERA:** La suma correspondiente a los Gastos Funerarios es independiente de la Suma Principal que deba pagarse a los Beneficiarios designados en el Certificado Individual de Seguro de Vida Grupo.

En testimonio de lo cual Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas, firma el presente Anexo en la ciudad de San Salvador, a los catorce del mes de abril del año dos mil dieciocho.



Firma y Sello

ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

Lic. Silvia Navarro

Gerente de Operaciones Aseguradora Vivir



**ANEXO NO.3: BENEFICIO SUPLEMENTARIO POR ACCIDENTE,  
INDEMNIZACION POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO O POR  
LESIONES CORPORALES COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE (MDA)  
Póliza VG 1-36-213-A**

Para adherirse a/y formar parte de la Póliza No VG- 1-36-213-A del Ramo de Vida Grupo que Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas emitió a favor de:

**ORGANO JUDICIAL – CORTE SUPREMA DE JUSTICIA**

**VIGENCIA: 14 DE ABRIL DEL AÑO 2018 HASTA 14 DE ABRIL DEL AÑO 2019**

Beneficio que se agrega y forma parte de la Póliza arriba mencionada y entra en vigor en la fecha de su emisión.

**PRIMERA:** Mediante el pago de la prima adicional, el Contratante se obliga a pagar a ASEGURADORA VIVIR, S.A. SEGUROS DE PERSONAS (la Compañía), simultáneamente con y en las mismas fechas de vencimiento de las primas que deberán pagarse por la Póliza a la cual se adhiere este Beneficio, en caso de fallecimiento del Asegurado o de lesiones corporales como consecuencia directa de un accidente, La Compañía pagará adicionalmente al Asegurado o Beneficiario según el caso, la suma que corresponda conforme la tabla de indemnización establecida en la condición Tercera de este Anexo.

**SEGUNDA:** Para los efectos de la cobertura a que se refiere este Anexo, se considerará como "ACCIDENTE" todo acontecimiento que produzca al Asegurado una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (excepto en el caso de morir ahogado o por lesión interna revelada por examen médico o autopsia) y que ocasione la muerte del Asegurado o la pérdida de alguno de sus miembros, órganos o funciones, siempre que dicho acontecimiento sea producido, independientemente de cualquiera otra causa, por la acción directa o violenta de causas externas.

**TERCERA:** Las indemnizaciones que pagará La Compañía en el caso de ACCIDENTE CUBIERTO por este anexo, serán las que se indican a continuación:

**TABLA AMPLIA DE INDEMNIZACION:**

- Muerte accidental 100%
- Pérdida de ambos brazos o ambas manos 100%
- Pérdida de ambas piernas o de ambos pies 100%
- Pérdida de un brazo o de una mano, junto con la de una pierna o de un pie 100%
- Pérdida de un brazo o de una mano, o de una pierna o de un pie junto con la ceguera irreparable de un ojo 100%
- Ceguera irreparable de ambos ojos 100%
- Parálisis presumible incurable que impida todo trabajo 100%
- Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida 100%
- Pérdida del brazo derecho arriba del codo 70%
- Pérdida de la mano derecha 75%
- Pérdida del brazo izquierdo arriba del codo 70%
- Pérdida de la mano izquierda 60%
- Pérdida de una pierna arriba de tobillo 80%
- Pérdida de un pie 80%
- Pérdida de la vista de un ojo 75%
- Pérdida total e irreparable del habla 70%
- Sordera total e irreparable de los dos oídos 70%
- Pérdida de las falanges del dedo pulgar: a) De la mano derecha 25% b) De la mano izquierda 20%
- Pérdida de las tres falanges del dedo índice a) De la mano derecha 20% b) De la mano izquierda 15%
- Pérdida total de cualquier otro dedo de las manos 12%
- Pérdida total del dedo gordo del pie 10%

**ANEXO NO.3: BENEFICIO SUPLEMENTARIO POR ACCIDENTE,  
INDEMNIZACION POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO O POR  
LESIONES CORPORALES COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE (MDA)  
Póliza VG 1-36-213-A**

- Pérdida total de cualquier otro dedo del pie 8%
- Si el asegurado es zurdo se invierten los porcentajes de indemnización

Se entenderá por pérdida de la mano o del pie, la separación completa en o arriba de la muñeca o del tobillo. Por pérdida del dedo pulgar y dedo índice, se entenderá la separación completa en o arriba de la coyuntura metacarpofalangeal; en cuanto a los ojos, la pérdida completa e irrecuperable de la vista.

Es entendido que para tener derecho a las indemnizaciones aquí consideradas, la lesión que produzca cualquiera de las pérdidas cubiertas por este beneficio Suplementario, debe producirse dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente.

Es entendido que, en caso de concurrencia de varias pérdidas de las enumeradas en la tabla anterior, la Compañía pagará una sola indemnización, que será la que corresponda a la mayor de tales pérdidas.

Todo pago realizado a un Asegurado accidentado automáticamente disminuye en la misma cantidad la Suma Asegurada original del presente anexo. En ningún caso la responsabilidad de La Compañía, por razón de las indemnizaciones a que se refiere este anexo, podrá exceder en total y para cada Asegurado, la SUMA ASEGURADA correspondiente.

**CUARTA:** Cualquier cantidad que deba pagarse por fallecimiento del Asegurado como consecuencia de accidente cubierto por el presente beneficio Suplementario, será **DUPLICADA** si las lesiones que ocasionaron la muerte fueron originadas:

1. Mientras el Asegurado viajare como pasajero en un vehículo para transporte público de pasajeros por vías terrestres, siempre que el mencionado transporte pertenezca a una empresa debidamente autorizada para efectuar dicho transporte con itinerario regular.
2. Mientras el Asegurado viajare en un ascensor destinado al servicio regular de pasajeros, excepto que se trate de elevadores de minas u otros elevadores subterráneos similares o,
3. Como consecuencia de incendio de un salón de espectáculos públicos, hotel u otros edificios similares de servicio público, siempre que el Asegurado se encontrare dentro de tales edificios al ocurrir dicho incendio.

**QUINTA:** Es entendido que las indemnizaciones garantizadas por el presente Beneficio, son adicionales a los Beneficios que otorga la Póliza de la cual forma parte.

**SEXTA:** El presente Beneficio Suplementario no cubre las lesiones o fallecimiento del Asegurado causadas directamente, total o parcialmente por:

- a) Enfermedad de cualquier naturaleza o tratamiento médico quirúrgico relacionado con ella;
- b) Radiación atómica o energía nuclear;
- c) Insolación o locura;
- d) Participación del Asegurado en una riña;
- e) Colaboración directa del Asegurado en un delito;
- f) Suicidio, tentativa de suicidio o mutilación voluntaria, cualquiera que sea el estado mental del Asegurado;
- g) Homicidio doloso, o culposo;
- h) Servicio militar o naval del Asegurado en tiempo de guerra, declarada o no, revolución, guerra civil o cualquier otra acción bélica;
- i) Huelgas, tumultos, alborotos populares y conmociones civiles;
- j) Absorción o ingestión de venenos o gases tóxicos;
- k) Septicemia o infección, excepto las piogénicas que sobrevengan simultáneamente y a consecuencia de lesiones por accidente;
- l) La participación del Asegurado en cualquier forma de navegación aérea o submarina salvo cuando el Asegurado viajare como pasajero en aeronave comercial de transporte regular de pasajeros autorizada y con itinerario fijo;



**ANEXO NO.3: BENEFICIO SUPLEMENTARIO POR ACCIDENTE, INDEMNIZACION POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO O POR LESIONES CORPORALES COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE (MDA) Póliza VG 1-36-213-A**

- m) Encontrarse al Asegurado bajo los efectos del Alcohol, o de cualquier bebida embriagante o drogas o sonambulismo;
- n) Participación del Asegurado en pruebas o competencias de velocidad en cualquier tipo de vehículo ya sea que éstas sean legales o no;
- o) Exponerse voluntariamente a peligros innecesarios;
- p) Desempeño de servicios de seguridad, vigilancia o policía.

**SEPTIMA:** El Contratante podrá dejar sin efecto los Beneficios adicionales a que se refiere este anexo, en cualquier vencimiento de primas solicitándolo por escrito a La Compañía y devolviendo el presente anexo para su cancelación.

El presente Beneficio Suplementario de Accidente cesará automáticamente con el vencimiento de la Póliza o al cumplir el Asegurado la edad de 70 años.

**OCTAVA:** Para tener derecho al pago de la indemnización, el Asegurado o en su caso los Beneficiarios deberán dar aviso por escrito a la Compañía a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente, así también deberán aportar pruebas fehacientes e indudables del hecho que motiva la reclamación, para lo cual deberán proporcionar un informe médico y los formularios que la Compañía estime conveniente completar.

La falta de aviso no invalidará la reclamación si se demuestra que no fue posible darlo oportunamente debido a causa justificada.

Queda expresamente convenido que, en caso de accidente, el Asegurado deberá someterse inmediatamente después del accidente al tratamiento médico necesario que se requiera, corriendo dichos gastos por su cuenta. La falta de su cumplimiento eximirá a la Compañía de toda responsabilidad.

**DECIMA:** La Compañía se reserva el derecho de hacer examinar al Asegurado en cualquier momento, por los médicos que ella elija cuando a su criterio tal examen fuere necesario corriendo el costo de estos exámenes por cuenta de La Compañía.

**DECIMA PRIMERA:** La indemnización se hará al propio Asegurado en los casos de pérdida de miembros, órganos o funciones y a los Beneficiarios designados por el Asegurado en caso de fallecimiento de éste, y será exigible treinta (30) días después de presentada la documentación e información pertinente.

**DECIMA SEGUNDA:** Al darse el pago total de la Suma Asegurada a un Asegurado, el Beneficio a que se refiere este anexo, quedará automática caducada, sin mayor responsabilidad para la Compañía.

En testimonio de lo cual Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas, firma el presente Anexo en la ciudad de San Salvador, a los catorce días del mes de abril del año dos mil dieciocho.



*[Handwritten signature]*

Suma y Sello  
ORGANISMO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

*[Handwritten signature]*

Lic. Silvia Navarro  
Gerente de Operaciones Aseguradora Vivir



**ANEXO NO.4: BENEFICIO SUPLEMENTARIO DE EXONERACION  
DEL PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (EPP)  
Póliza VG 1-36-213-A**



Para adherirse a/y formar parte de la Póliza No VG- 1-36-213-A del Ramo de Vida Grupo que Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas emitió a favor de:

**ORGANO JUDICIAL-CORTE SUPREMA DE JUSTICIA**

**VIGENCIA: 14 DE ABRIL DEL AÑO 2018 AL 14 DE ABRIL DEL AÑO 2019**

Beneficio que se agrega y forma parte de la Póliza arriba mencionada y entra en vigor en la fecha de su emisión.

**PRIMERA:** Mediante el pago de prima adicional, el Contratante se obliga a pagar a ASEGURADORA VIVIR, S.A. SEGUROS DE PERSONAS (la Compañía), simultáneamente con y en las mismas fechas de vencimiento de las primas que deberán pagarse por la Póliza a la cual se adhiere este Beneficio, la Compañía conviene en eximir del pago de las primas correspondientes a cualquier Asegurado inscrito en la Póliza que quede Incapacitado Total y Permanentemente para trabajar, así como de sus Beneficios Suplementarios que venzan mientras dura dicha incapacidad.

**SEGUNDA:** Para efectos del presente Beneficio Suplementario se entenderá por Incapacidad Total y Permanente la imposibilidad del asegurado para desempeñar las tareas y funciones que por su preparación, educación o experiencia esté calificado para realizar siempre que la incapacidad sea a consecuencia directa o indudable de lesiones corporales o enfermedad, que la inhabilidad sea reconocida por los médicos designados por la Compañía, que haya durado seis meses consecutivos como mínimo y que ocurra o se manifieste antes de que el Asegurado cumpla 65 años de edad. Dentro de las varias causas de incapacidad cubiertas por este Beneficio se entienden comprendidas la pérdida irrecuperable de la vista de ambos ojos, la amputación de ambas manos en o arriba de las muñecas, de ambos pies en o arriba de los tobillos, así como de una mano y un pie en o arriba de la muñeca o tobillo respectivamente.

La Compañía no otorgará el Beneficio de Exoneración de primas, cuando la incapacidad del Asegurado resulte de:

1. Lesiones causadas intencionalmente a sí mismo ya sea que el Asegurado se encuentre en su sano juicio o enajenado.
2. Servicio militar, terrestre, naval o aéreo del Asegurado, en cualquier país que se encontrase en guerra ya sea declarada o no.

**TERCERA:** El aviso de la incapacidad debe darse por escrito a la Compañía tan pronto se disponga de evidencia de la incapacidad total y de que ésta reúna las características mencionadas en la Cláusula segunda. Este aviso debe darse antes de la fecha de vencimiento de la prima siguiente al comienzo de la incapacidad. Si el Asegurado no pudiese dar el aviso debido a su imposibilidad física, deberán hacerlo sus familiares o terceras personas.

Si el aviso fuese dado transcurrido un año de la fecha de vencimiento de las primas siguientes al inicio de la incapacidad, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones en lo que se refiere a la exención del pago de primas.

**CUARTA:** Aceptada la incapacidad, la Compañía tendrá el derecho de exigir en cualquier momento prueba satisfactoria de la continuación de la incapacidad, así como de hacer examinar al Asegurado por un médico nombrado por ella. Si el Asegurado rehusare someterse al referido examen o si la Compañía llegare a determinar que ha cesado la incapacidad, entonces ésta última terminará automáticamente y sin necesidad de declaración especial, debiendo el contratante continuar pagando las primas convenidas.


**QUINTA:** El beneficio establecido en el presente suplemento, no cubre la prima insoluta que hubiere vencido antes de ocurrida la incapacidad, aunque se encontrase dentro del plazo estipulado para su pago, de acuerdo a las condiciones de la Póliza de la cual forma parte.

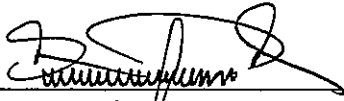
**ANEXO NO.4: BENEFICIO SUPLEMENTARIO DE EXONERACION  
DEL PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (EPP)  
Póliza VG 1-36-213-A**

**SEXTA:** El Contratante que de acuerdo con los términos del presente Suplemento hiciere uso del Beneficio aquí indicado, conservará para el Asegurado todos los derechos, opciones y privilegios sobre su Certificado, como si sobre el mismo hubiere pagado las primas exoneradas por la Compañía.

**SEPTIMA:** El presente Beneficio Suplementario cesará con el vencimiento de la Póliza o al cumplir el Asegurado la edad de 65 años.

En testimonio de lo cual Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas, firma el presente Anexo en la ciudad de San Salvador, a los catorce días del mes de abril del año dos mil dieciocho.

  
Firma y Sello  
ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

  
Lic. Silvia Navarro  
Gerente de Operaciones Aseguradora Vivir



**ANEXO NO.5: PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (PCIP) Póliza VG 1-36-213-A**



Para adherirse a/y formar parte de la Póliza No VG- 1-36-213-A del Ramo de Vida Grupo que Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas emitió a favor de:

**ORGANO JUDICIAL – CORTE SUPREMA DE JUSTICIA**  
VIGENCIA: 14 DE ABRIL DEL AÑO 2018 AL 14 DE ABRIL DEL AÑO 2019

Beneficio que se agrega y forma parte de la Póliza arriba mencionada y entra en vigor en la fecha de su emisión.

**PRIMERA:** ASEGURADORA VIVIR, S.A. SEGUROS DE PERSONAS en adelante denominada la Compañía, conviene en ANTICIPAR al Asegurado el monto de la Suma Asegurada indicada en el certificado individual de Seguro de Grupo, siempre que se compruebe fehacientemente que el Asegurado padece de Incapacidad Total y Permanente a consecuencia de un accidente o enfermedad.

**SEGUNDA:** La Compañía hará el pago de la Suma Asegurada contratada, siempre que la Póliza de la cual este Anexo forma parte esté en vigor, que la Incapacidad Total y Permanente se produzca antes del 65º cumpleaños del Asegurado y que hayan transcurrido por lo menos seis meses consecutivos desde la declaración médica de la incapacidad.

**TERCERA:** Aceptada la incapacidad por la Compañía, ésta pagará al empleado un beneficio a base de pagos mensuales, como liquidación total del Seguro de Vida de la póliza y quedará sujeta a las siguientes condiciones:

- 1) El primer pago mensual será pagadero dentro de los tres (3) meses después de recibida la prueba de dicha Incapacidad Total y Permanente, pero nunca antes que el empleado haya estado incapacitado continuamente por un período de seis (6) meses.
- 2) Los pagos mensuales serán hasta el número 24, cada uno será equivalente a 1/24 de la Suma Asegurada. Si el asegurado inválido falleciere antes de haber percibido la totalidad de las 24 fracciones de la Suma Asegurada; el saldo restante será entregado a los Beneficiarios designados en la Póliza en una sola exhibición.
- 3) Si dicha Incapacidad Total y Permanente es debida a, o acompañada por trastornos mentales y el empleado, según la opinión de la Compañía, se encuentra incapacitado para recibir dichos pagos mensuales estos podrán ser entregados al beneficiario nombrado por el empleado, o a opción de la Compañía a la persona o Institución que esté a cargo del cuidado y sostenimiento de dicho empleado, hasta que el tutor legal del empleado reclame formalmente el pago de los plazos restantes.

El pago de las fracciones sucesivas de la Suma Asegurada, sin perjuicio de las acciones legales que competen al Asegurado para reclamar, se suspenderá automáticamente si el Asegurado se restablece en su capacidad de trabajo a juicio y dictamen del servicio médico de la Compañía. En este caso, la Suma Asegurada asignada al Asegurado incapacitado, quedará nuevamente en vigor, mediante el pago de la prima correspondiente, por una suma igual a la diferencia que resulte entre la Suma Asegurada en la fecha en que se inició la incapacidad y la suma de los pagos parciales efectuados durante el período de incapacidad.

**CUARTA:** Para efectos del presente Beneficio Suplementario se entenderá por Incapacidad Total y Permanente la imposibilidad del asegurado para desempeñar las tareas y funciones que por su preparación, educación o experiencia esté calificado para realizar siempre que la incapacidad sea a consecuencia directa o indudable de lesiones corporales o enfermedad, que la inhabilidad sea reconocida por los médicos designados por la Compañía, que haya durado seis meses consecutivos como mínimo y que ocurra o se manifieste antes de que el Asegurado cumpla 65 años de edad.

**QUINTA:** Para que el pago de las rentas tenga efecto, es condición indispensable que se notifique por escrito a La Compañía que ha ocurrido tal incapacidad y se presenten pruebas satisfactorias de que ésta ocurrió estando este Anexo en vigor, antes de que el Asegurado cumpliera 65 años de edad y que ha continuado sin interrupción por un período de seis meses, para lo cual deberá remitir a la Compañía la siguiente documentación:

**ANEXO NO.5: PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL POR  
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (PCIP)  
Póliza VG 1-36-213-A**

- a) Informe detallado del médico o médicos que hayan tratado al Asegurado con indicación del origen, de la naturaleza y del desarrollo y de las consecuencias de la enfermedad o de las lesiones causantes de la incapacidad, así como de la probable duración de la misma;
- b) El Certificado Individual de Seguro de Grupo; y
- c) Certificación de la Partida de Nacimiento del Asegurado si no hubiese sido entregada antes.

La Compañía se reserva el derecho de pedir nuevos reconocimientos médicos posteriores, mientras dure el pago de las fracciones de la Suma Asegurada a fin de comprobar la continuidad del estado de incapacidad del Asegurado.

**SEXTA:** La Incapacidad Total y Permanente se tendrá por suficientemente comprobada una vez que sea reconocida por la Compañía y no será necesario que el Asegurado se someta a exámenes médicos posteriores en los siguientes casos:

- a) La amputación de ambas manos o pies;
- b) La amputación de una mano y todo un pie; y
- c) La pérdida total e irreparable de la vista de ambos ojos;

**SEPTIMA:** La presente cobertura quedará sin valor en cualquiera de los casos siguientes:

1. Si la incapacidad resulta directa o indirectamente, total o parcialmente de:
  - Circunstancia de guerra, revolución, motín o riña;
  - La utilización por el Asegurado de medios de transporte aéreo, salvo en calidad de pasajero de líneas aéreas comerciales debidamente autorizadas para el público con itinerario regular;
  - Participación del Asegurado en carreras de velocidad o resistencia, concursos, desafíos o todo acto notoriamente peligroso ya sean legales o no;
  - Heridas o lesiones corporales inferidas al Asegurado por sí mismo estando o no en su sano juicio;
  - Heridas o lesiones corporales ocasionadas por el o los Beneficiarios de la Póliza, o por terceras personas en complicidad con el Asegurado; y
  - Todo hecho ilegal que el Asegurado cometa o trate de cometer.
2. Falsas declaraciones, omisión o reticencia del Asegurado que puedan influir en la comprobación de su estado de Incapacidad.

**OCTAVA:** El Contratante podrá dejar sin efecto el presente Beneficio Suplementario en cualquier vencimiento de p solicitándolo por escrito a la Compañía, previa devolución del presente Anexo para su cancelación. La cobertura de anexo terminará automáticamente en los siguientes casos:

- a) Por vencimiento o caducidad de la Póliza de la cual este Anexo forma parte;
- b) Para cada Asegurado, en el momento en que cumpla la edad de 65 años; y
- c) Si el Asegurado recupera su capacidad para dedicarse a cualquier trabajo.

**NOVENA:** Las Condiciones generales de la Póliza de la cual este Anexo forma parte, serán aplicables en lo pertinente al presente Beneficio.

En testimonio de lo cual Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas, firma el presente Anexo en la ciudad de San Salvador, a los catorce días del mes de abril del año dos mil dieciocho.



Firma y Sello

ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

Lic. Silvia Navarro  
Gerente de Operaciones Aseguradora Vivir



Para adherirse a/y formar parte de la Póliza No VG- 1-36-213-A del Ramo de Vida Grupo que Aseguradora Vivir, S.A. Seguros de Personas emitió a favor de:

**ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA**

VIGENCIA: 14 DE ABRIL DEL AÑO 2018 AL 14 DE ABRIL DEL AÑO 2019.

De conformidad al Art. 17 de la Ley de Protección al Consumidor y Art. 6 de su Reglamento, se suscribe el presente anexo como cláusula adicional del Contrato de Seguros, según los términos y condiciones que a continuación se establecen:

Sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Sociedades de Seguros, cualquier desacuerdo entre el Asegurado o Beneficiario, según el caso, y la Compañía de Seguros, con relación a la interpretación o aplicación de la presente Póliza y/o sus Anexos, deberá ser sometido a un Tribunal Arbitral que estará investido de la facultad de pronunciar una decisión denominada Laudo Arbitral, de conformidad a la Ley de Mediación, Conciliación y Arbitraje, excepto cuando se trate de discrepancia en el pago de un siniestro, en cuyo caso, previo al desarrollo del trámite arbitral respectivo, se deberá desarrollar el procedimiento conciliatorio al que se refiere la citada Ley de Sociedades de Seguros.

La renuncia al Arbitraje será válida únicamente cuando concurra la voluntad del Asegurado o Beneficiario, según el caso, y la Compañía a este respecto.

Ambas partes podrán designar los árbitros de manera directa y de común acuerdo o delegar en una tercera persona, natural o jurídica, la designación parcial o total de los árbitros. Si no hubiere acuerdo respecto a la elección de los árbitros, cada parte elegirá uno y los dos árbitros designados elegirán un tercero, quien será el Presidente del Tribunal Arbitral.

Los gastos y costas que se originen con motivo del Arbitraje, serán cubiertos por partes iguales entre la Compañía y el Asegurado, pero cada cual cubrirá los gastos del árbitro que proponga.

El fallo de los árbitros es inapelable y no admitirá más recursos que el de nulidad, de conformidad a lo establecido en la Ley de Mediación, Conciliación y Arbitraje.

Las Condiciones Generales y Especiales de la póliza continúan vigentes y serán aplicables a este anexo, excepto en lo que sean modificadas por el mismo.

San Salvador, a los catorce días del mes de abril del año dos mil dieciocho.



Firma y Sello

ORGANO JUDICIAL - CORTE SUPREMA DE JUSTICIA

Lic. Silvia Navarro

Gerente de Operaciones Aseguradora Vivir



Aseguradora Vivir, S.A.  
Seguros de Personas