



SEGURO VIDA MUJER | SEGURO MUJER

PRINCIPALES CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL SEGURO

FORMA DE PAGAR LAS PRIMAS

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

PRIMA

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

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

TRÁMITE CONCILIATORIO

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

En caso de discrepancia del Asegurado o Beneficiario con la Aseguradora, en el pago de un siniestro, el interesado acudirá ante la Superintendencia del Sistema Financiero y solicitará por escrito que se cite a la Aseguradora a una audiencia conciliatoria, de conformidad a lo regulado en el Título Sexto, Capítulo Único Conciliación, de la Ley de Sociedades de Seguros.

El reclamante presentará un escrito acompañado de una copia, en el cual expondrá las razones que motivan su discrepancia. Recibido el mismo, la Superintendencia enviará una copia a la Aseguradora en el término de cinco (5) días hábiles después de recibida, para que esta, mediante su representante legal o apoderado especialmente autorizado, y dentro del término de cinco (5) días hábiles contados a partir del día que la reciba, rinda información detallando cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación.

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

La Superintendencia citará a las partes a una audiencia conciliatoria que se realizará dentro de quince días hábiles, a partir de la fecha en que reciba el informe de la Aseguradora respecto a la reclamación. Si por cualquier circunstancia la audiencia conciliatoria no se pudiere celebrar se señalará nueva fecha para verificarla dentro de los ocho días hábiles siguientes.

A la audiencia conciliatoria, el reclamante y la Aseguradora, podrán comparecer personalmente, por medio de su representante legal o por apoderado especial designado al efecto.

En la audiencia se exhortará a las partes a que, se concilien sus intereses; y si se llegare a un arreglo, el compromiso se hará constar en acta que al efecto se levantara en la audiencia conciliatoria y su cumplimiento será verificado por la Superintendencia. En todo caso las partes podrán alegar en la audiencia la imposibilidad de conciliar.

Si la Compañía no comparece a la segunda cita, la Superintendencia podrá aplicarle una multa de conformidad a lo regulado en el artículo 103 de la Ley de Sociedades de Seguros. En caso de que el reclamante no comparezca a ninguna de las citas de la audiencia conciliatoria, se entenderá que no desea la conciliación.

Agotado el procedimiento anterior, la Superintendencia ordenará que se cancele la reserva que se hubiere constituido en el momento de tener conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

La presentación de la reclamación ante la Superintendencia interrumpirá el término de la prescripción.

INDISPUTABILIDAD

La apreciación del riesgo se ha basado en las declaraciones del Contratante o del Asegurado, hechas estas últimas, en la Solicitud-Certificado que constituye parte de este Contrato. En consecuencia, el dolo o culpa grave en tales declaraciones o la omisión dolosa o culposa de ellas, da derecho a la Aseguradora para pedir la rescisión del contrato, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o culpable.

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

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

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

SUICIDIO

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

DOLO O FRAUDE

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

GRUPO ASEGURADO

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

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

CAMBIO DE BENEFICIARIO

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

CESIÓN

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

COBERTURAS

Si a la asegurada le diagnostican cáncer de mama o cáncer cérvico - uterino por primera vez en su vida, ASEGURADORA ABANK, S.A., SEGUROS DE PERSONAS pagará a la asegurada o a los beneficiarios designados la Suma Asegurada por una sola vez.

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

EDAD

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

RENOVACIÓN

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

Los seguros de renovación mantendrán el número del certificado de origen y se eliminará el periodo de espera. La edad máxima de renovación será hasta los 64 años y 364 días.

RIESGOS NO CUBIERTOS

La Aseguradora no será responsable del pago de la indemnización, cuando el diagnóstico sea efecto directo o indirecto, total o parcialmente de alguna de las siguientes situaciones:

- a) Enfermedades distintas al cáncer femenino.
- b) Cáncer "in situ", entendido este, como cáncer que no invade en profundidad y que no produce metástasis, ya que no invade ni vasos sanguíneos ni linfáticos.
- c) Tumores considerados por histología como premalignos o no invasivos.
- d) Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, hiperqueratosis.
- e) Leucemia linfática crónica.
- f) Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección del VIH o SIDA.
- g) Todo cáncer femenino cuyos primeros síntomas o estudio diagnóstico ocurran antes del inicio de vigencia de la póliza o durante el periodo al descubierto, el cual es de 60 días.
- h) Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer femenino posterior a la primera reclamación realizada a la Aseguradora.

CANCELACIÓN DEL SEGURO

Este seguro solo puede ser cancelado a petición del cliente.

- a) Si el cliente solicita la cancelación dentro de los 30 días siguientes de emitido la Solicitud- Certificado, La Aseguradora devolverá el 100% de la prima del Seguro.
- b) Si la cancelación se realiza después de los primeros 30 días del inicio de vigencia del certificado, la aseguradora devolverá al cliente la parte de la prima no devengada que corresponda.

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

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

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

Para proceder con la indemnización el Asegurado deberá:

Presentar evidencia médica, informes que sustenten el diagnóstico o condición cubierta por la Póliza. La evidencia sobre la ocurrencia de un evento asegurado cubierto por esta póliza debe ser sustentada por:

Seguro Cáncer Cérvico-Uterino

- a) Copia de historia clínica (foliado y fechado).
- b) Copia de reporte de citología en el cual se detectó la malignidad.
- c) Copia del resultado de la coloscopia para comprobar malignidad.
- d) Copia de informe de biopsia del patólogo.
- e) Marcadores tumorales.
- f) Reporte del tratamiento efectuado por el médico oncólogo.

Seguro de Cáncer de Mama

- a) Copia de historia clínica (foliado y fechado).
- b) Copia del resultado de mamografía y USG de mama.
- c) Copia de informe de biopsia del patólogo.
- d) Marcadores tumorales.
- e) Reporte del tratamiento efectuado por el médico oncólogo.

En caso de Fallecimiento

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

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

ENTREGA DE DOCUMENTOS

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

TIEMPO DE RESPUESTA

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

DERECHO DE RETRACTO

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

DESISTIMIENTO

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