

SEGURO “+ VIDA” CONDICIONES GENERALES

PRIMERA.- CONSTITUCIÓN DEL CONTRATO.- El Contrato de Seguro se encuentra constituido por la solicitud del Asegurado (o del Contratante en su caso) a la Compañía, la cual es la base de dicho contrato, por la Póliza, las Condiciones Generales, Particulares y/o Especiales, y otros documentos que sean Anexos del mismo. Además, el Contrato de Seguro se perfecciona por la aceptación por escrito de la Compañía, sin que pueda supeditarse su vigencia al pago de la prima inicial, o la entrega de la Póliza, o de un documento equivalente.

Todas las declaraciones hechas por el Contratante y por los Asegurados cubiertos bajo la Póliza deberán ser hechas de buena fe, estando obligados a declarar por escrito todos los hechos tal como los conozcan o deban conocer en el momento de formular la respectiva solicitud.

La Compañía no será responsable, ni contraerá obligación alguna, por cualquier promesa o representación hecha o efectuada antes o después de firmarse la Póliza por cualquier persona natural o jurídica o funcionario que no sea uno de los representantes autorizados de la Compañía

Ningún Corredor de Seguros tiene autoridad para modificar los términos y condiciones del Contrato de Seguro o renunciar a cualquiera de sus estipulaciones, aceptar primas atrasadas, extender la fecha de vencimiento de cualquier prima, renunciar a cualquier requisito de notificación o prueba de reclamo requerido por la Póliza, extender el período dentro del cual tales notificaciones o pruebas tienen que ser sometidas, o renunciar a cualquier derecho o requisito de la Compañía, o en cualquier otra forma, alterar los derechos y obligaciones de las partes de este contrato.

SEGUNDA.- MODIFICACIÓN DEL CONTRATO.- Toda solicitud de modificación del contrato deberá constar por escrito y para su validez, será necesaria la aceptación escrita de la Compañía y el Contratante.

TERCERA.- DERECHO DE RETRACTO.- 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.

CUARTA.- DERECHO DE DESISTIR.- De acuerdo a lo establecido en el artículo 977 del Código de Comercio, cuando el Asegurado reciba la póliza o documento emitido por la Aseguradora, podrá desistir del contrato en el plazo de los quince días siguientes a aquel en que recibiere la póliza o documento, si no concordare con los términos convenidos. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto.

QUINTA.- INDISPUTABILIDAD.- La Compañía no podrá impugnar el seguro después de que éste haya estado en vigor durante la vida de cada Asegurado, por un período de dos años contados desde la fecha de emisión o de su última rehabilitación.

SEXTA.- PERÍODO DE GRACIA.- Se concederá un Período de Gracia de un mes 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 este último plazo, caducará el contrato. Si durante los plazos de gracia, aumentare el riesgo, la Compañía tendrá expedito el derecho señalado en el Artículo 1360 del Código de Comercio.

SÉPTIMA.- TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO.- No obstante el plazo de vigencia del contrato, las partes convienen en que el contrato podrá darse por terminado en cualquier tiempo por el Contratante, sin otro requisito que el de comunicar esta decisión por carta certificada a la Compañía, con por lo menos sesenta (60) días de anticipación a la fecha en que se desea dar por terminado el contrato.

En el caso de terminación anticipada del contrato según el párrafo anterior, la Compañía tendrá derecho a la parte de la prima que correspondiere al tiempo durante el cual el seguro hubiese estado en vigor, de acuerdo con la tarifa de seguros a corto plazo.

OCTAVA.- DEVOLUCIONES DE PRIMAS.- Si el seguro de cualquier Asegurado no es aceptado por la Compañía o por cualquier otra causa no entra en vigor, la Compañía le notificará de inmediato al Contratante y cualquier prima pagada por el Asegurado para dicho seguro le será reintegrada.

NOVENA.- DOLO O CULPA. - 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 Compañía para la rescisión del contrato, 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 primer año.

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.

Dado el aviso correspondiente por el Contratante o Asegurado, la indemnización 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 fuere asegurable, la Compañía tendrá acción para rescindir el contrato.

DÉCIMA.- RENOVACIÓN.- 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. Si no hubiere renovación las inscripciones hechas se mantendrán en vigor mediante el pago de las primas respectivas hasta el vencimiento de sus respectivos plazos, a menos que se pactare otra cosa.

DÉCIMA PRIMERA.- INDEMNIZACIÓN.- La indemnización será exigible treinta (30) días después de la fecha en que la Compañía haya recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación y cuando sea procedente, la orden de Juez competente

DÉCIMA SEGUNDA.- CARENCIA DE CIERTAS RESTRICCIONES. La presente Póliza está exenta de restricciones respecto a residencia, ocupación, viajes y género de vida de los Asegurados.

DÉCIMA TERCERA.- COMUNICACIONES.- Toda declaración o comunicación a la Compañía, relacionada con la presente Póliza, deberá hacerse por escrito en la oficina principal de la Compañía. Los agentes de la Compañía no tienen facultad para recibir comunicaciones o declaraciones a nombre de la Compañía.

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, de no encontrarse al Asegurado se coordinará su entrega por medio de su Corredor o Intermediario de Seguros.

DÉCIMA CUARTA.- REPOSICIÓN.- En caso de destrucción, robo o extravío de la Póliza, éstos podrán ser 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 solicite la reposición.

DÉCIMA QUINTA.- 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 a lo que dispone el Código de Comercio.

DÉCIMA SEXTA.- PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO.- En caso de discrepancia del Asegurado o beneficiario con la Sociedad de Seguros, en el pago de un siniestro, el interesado acudirá ante la Superintendencia del Sistema Financiero y solicitará por escrito que se cite a la Sociedad de Seguros a una audiencia conciliatoria.

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 Sociedad de Seguros en el término de cinco días hábiles después de recibida, para que ésta, mediante su representante legal o apoderado especialmente autorizado, y dentro del término de cinco días 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, si lo estimare procedente, ordenará a la Sociedad de Seguros que, dentro del término de ocho 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 Sociedad de Seguros respecto a la reclamación. Si por cualquier circunstancia la audiencia conciliatoria no se puede celebrar, se señalará nueva fecha para verificarla dentro de los ocho días hábiles siguientes.

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

DÉCIMA SÉPTIMA.- COMPETENCIA.- Una vez agotado el procedimiento conciliatorio que se describe en esta Póliza, en caso de controversia en relación con la presente Póliza, sobre cualquier punto que no sea materia de arbitraje, las partes deberán acudir ante los tribunales de la ciudad de _____, departamento de _____, a cuya jurisdicción quedan expresamente sometidas.

FEDECREDITO VIDA, S.A., SEGUROS DE PERSONAS

SEGURO “+ VIDA”

CONDICIONES ESPECIALES

PRIMERA.- COBERTURA BÁSICA.- En consideración a la solicitud para este seguro, la Aseguradora conviene que si un Asegurado igual o menor de setenta y cinco (75) años de edad fallece, se pagará a los beneficiarios designados, en una sola exhibición, la suma asegurada estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza cuando dicho fallecimiento sea a causa de enfermedad con un periodo de carencia de 60 días o a causa de accidente desde el primer día de vigencia, siempre que fallezca mientras el contrato de seguro este vigente, excepto para el suicidio que se cubre hasta después de haber finalizado dos años consecutivos de estar en vigor la Póliza.

SEGUNDA.- ASEGURADO.- Persona física que se encuentra protegida por la presente Póliza y celebra el contrato de seguro. Será el responsable de pagar las primas correspondientes, de acuerdo con lo estipulado en este contrato de seguro y señalado en la carátula de Póliza.

1. Personas asegurables:

Se entiende por persona asegurable, toda persona que desee incorporarse o reincorporarse a esta Póliza, deberá solicitarlo por escrito en los formularios de solicitud de adhesión, con declaración de estado de salud.

2. Personas no asegurables:

- a) Personas menores de 18 años y mayores de 75 años de edad.
- b) Personas que excedan la edad máxima de ingreso acordada por la Aseguradora al momento de celebrarse el contrato, indicada en cláusula VIGÉSIMA SEGUNDA.- EDAD.- de estas condiciones.
- c) Personas con padecimientos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- d) Personas con adicción al alcohol y/o drogas.
- e) Personas que practican deportes extremos (planeadores, buceo mayor a 10 metros de profundidad, escalamiento, etc.).
- f) Miembros de fuerzas armadas, policía y personas de seguridad.

TERCERA.- EXCLUSIÓN.- No se indemnizará por el fallecimiento del Asegurado que ocurra a consecuencia de que el(los) beneficiario(s) haya(n) participado como autor material o intelectual del fallecimiento del Asegurado.

CUARTA.- SOLICITUD DE SEGURO.- Documento que comprende la voluntad del Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Asegurado.

QUINTA.- VIGENCIA.- Este contrato de seguro se mantendrá vigente durante el período comprendido entre la fecha de inicio de vigencia y la fecha de término de vigencia estipulada en la carátula de la Póliza. Lo anterior, siempre y cuando se cumpla con el pago de las primas establecidas en este contrato. Cada una de las coberturas contratadas inicia a partir de las 12.00 horas del día, en la fecha de inicio de vigencia indicada en la carátula y continúa durante el plazo del seguro correspondiente hasta las 12.00 horas del día de vencimiento.

SEXTA.- COBERTURA TEMPORAL.- Será hasta en el cuadro de valores garantizados y la Aseguradora pagará a los beneficiarios designados, en una sola exhibición, la suma asegurada estipulada en las Condiciones Especiales de la Póliza al ocurrir el fallecimiento del Asegurado,

siempre que éste fallezca mientras el contrato de seguro este vigente. Si el Asegurado sobrevive al término de la vigencia de la cobertura, la protección terminará sin obligación alguna para la Aseguradora.

SÉPTIMA.- OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS.- El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Aseguradora en la solicitud del seguro, exámenes médicos y cuestionarios adicionales, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo y que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

El dolo o culpa grave en las declaraciones da a la Aseguradora la acción 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. Los efectos de la sentencia se retrotraen al momento de la presentación de la demanda. El asegurador tendrá derecho a las primas correspondientes al período del seguro en curso en el momento en que conozca el dolo o culpa y, en todo caso, a las primas convenidas por el primer año.

Si el Asegurado hubiere cometido inexactitud u omisión, sin dolo o culpa grave de su parte, estará obligado a ponerlo en conocimiento del asegurador, tan pronto como advierta esta circunstancia, bajo pena de que se le considere responsable de dolo. Dado el aviso correspondiente por el Asegurado, la indemnización 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 fuere asegurable, el asegurador tendrá acción para rescindir el contrato.

OCTAVA.- DISPUTABILIDAD.- Este contrato de seguro será disputable dentro de los 2 (dos) primeros años, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o de su última rehabilitación, durante el cual la Aseguradora se reserva el derecho de investigar la presencia de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del contrato de seguro respectivo. Una vez transcurrido dicho plazo la Aseguradora renuncia a su derecho para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el Asegurado.

NOVENA.- PRIMA.- La prima total de la Póliza es la suma de las primas correspondientes a cada una de las coberturas contratadas más los gastos de expedición de la Póliza.

Condiciones de pago de la prima:

1. La prima para el primer período de seguro vence en el momento de la celebración del contrato; y las ulteriores, al comienzo de cada nuevo período de seguro hasta el vencimiento del contrato, hasta la expiración del plazo convenido para el pago de las primas o hasta el fallecimiento del Asegurado, lo que ocurra primero. Por período de seguro se entenderá el lapso para el cual se ha calculado la unidad de la prima.
2. El pago de la prima es anual pero el Asegurado en cualquier tiempo, mediante solicitud escrita, podrá cambiar la forma de pago de acuerdo con las tarifas autorizadas de la Aseguradora. Esta

forma de pago consistirá en un fraccionamiento de la prima anual y podrá ser semestral, trimestral o mensual.

3. Las primas que faltaren para completar la anualidad de prima, se descontarán de cualquier indemnización que haya de pagarse bajo esta Póliza.
4. Período de gracia: El Asegurado 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 este último plazo, caducará el contrato.

DÉCIMA.- MONEDA.- Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante o por la Aseguradora, se efectuarán en moneda nacional, ajustándose a las disposiciones de la Ley Monetaria vigentes a la fecha de pago.

DÉCIMA PRIMERA.- REHABILITACIÓN.- En caso que haya finalizado el período de gracia del contrato de seguro por falta de pago de primas, el Asegurado podrá proponer la rehabilitación del contrato en cualquier fecha, si se encuentra dentro del plazo de los tres meses estipulados en el numeral 4. de la Cláusula NOVENA. -PRIMA, cumpliendo con los siguientes requisitos:

1. El Asegurado deberá presentar firmada una solicitud de rehabilitación, en el formato que la Aseguradora tiene expresamente para este fin.
2. El Asegurado deberá cubrir el importe del costo de la rehabilitación establecido por la Aseguradora. Dicho costo incluye las primas vencidas, intereses y gastos por rehabilitación.

El contrato se considerará nuevamente en vigor a partir del día en que la Aseguradora comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

DÉCIMA SEGUNDA.- SUICIDIO.- En caso de fallecimiento por suicidio del Asegurado, ocurrido dentro de los dos primeros años de vigencia de esta Póliza o de su última rehabilitación, la obligación de la Aseguradora se limitará a devolver la reserva matemática disponible en la fecha del fallecimiento. Lo señalado en el texto anterior aplica sin importar la causa y el estado físico y/o mental del Asegurado.

DÉCIMA TERCERA.- BENEFICIARIOS.- El Asegurado debe designar a sus beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. Cuando existan varios beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el Asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

En el caso de que se desee nombrar a beneficiarios menores de edad, no se debe señalar a un mayor como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada. Cuando no exista beneficiario designado o si sólo se hubiera nombrado

uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado.

Cambio de beneficiarios: Siempre que no exista restricción legal en contrario el Asegurado podrá hacer designación de beneficiarios mediante notificación por escrito a la Aseguradora. En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente y la Aseguradora pague el importe del seguro conforme a la última designación de beneficiarios que haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ésta.

El Asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar de beneficiario(s), si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, y deberá comunicarlo al (los) beneficiario(s) y a la Aseguradora por escrito, dicha renuncia deberá hacerse constar en la Póliza y esta circunstancia será el único medio de prueba admisible.

DÉCIMA CUARTA.- AVISO DEL SINIESTRO.- El beneficiario deberá notificar a la Aseguradora, dentro de los 5 (cinco) días calendarios siguientes al día en que se tenga conocimiento del fallecimiento del Asegurado, salvo caso fortuito o de fuerza mayor.

El beneficiario deberá comprobar la exactitud de su reclamación y de los hechos consignados en la misma, para lo cual, la Aseguradora tendrá derecho de exigir a los beneficiarios designados, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro, con los cuales pueden determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

DÉCIMA QUINTA.- PRUEBA DEL SINIESTRO.- En caso de fallecimiento del Asegurado, los beneficiarios deberán presentar los siguientes documentos u otros adicionales que la Aseguradora considere oportuno para su análisis:

1. Por fallecimiento, aplica para todos los siniestros:
 - a) Carta de notificación del contratante informando del fallecimiento del Asegurado.
 - b) Certificación original de partida de defunción del Asegurado.
 - c) Certificación original de partida de nacimiento del Asegurado.
 - d) Original y fotocopia DUI del Asegurado.
 - e) Fotocopia de NIT.
 - f) Formulario de solicitud de indemnización por fallecimiento.
2. Documentos adicionales por muerte natural:
 - a) Formulario de declaración de testigo.
 - b) Constancia o informe médico hospitalario.
3. Documentos adicionales por muerte violenta:
 - a) Constancia: Reconocimiento médico forense, emitido por medicina legal.

- b) Constancia de autopsia (Si aplica).
- c) Original acta de inspección: Informe del caso y sus anexos, emitido por la Policía Nacional Civil, investigadores del ministerio público o Fiscalía General de la República.

DÉCIMA SEXTA.- INSPECCIÓN.- La Aseguradora queda facultada para practicar inspecciones relacionadas con el presente contrato, durante el curso del seguro en caso de siniestro. Si el Contratante, el Asegurado o beneficiarios impidieran el ejercicio de esta facultad con fines fraudulentos, la Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones. Se entenderán como fraudulentos la actuación conscientemente engañosa e inexacta, realizada en perjuicio de la Aseguradora con ánimo de conseguir un enriquecimiento indebido a través de la indemnización que esperan lograr del asegurador.

DÉCIMA SÉPTIMA.- INDEMNIZACIÓN.- 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.

DÉCIMA OCTAVA.- LUGAR DE PAGO.- Todo pago que el Asegurado o la Aseguradora tenga que efectuar con motivo de la presente Póliza, lo harán en la oficina principal de la Aseguradora, en la Ciudad de San Salvador, a menos que se disponga otra cosa en las Condiciones Especiales de esta Póliza.

DÉCIMA NOVENA.- ENDOSO.- Documento emitido por la Aseguradora, previo acuerdo entre las partes, cuyas cláusulas modifican, aclaran, adicionan o dejan sin efecto parte del contenido de las Condiciones Generales o Especiales de la Póliza.

VIGÉSIMA.- COMPETENCIA.- En caso de controversia en relación con la presente Póliza, las partes deberán ocurrir ante los tribunales de la ciudad de _____, departamento de _____, a cuya jurisdicción quedan expresamente sometidas.

VIGÉSIMA PRIMERA.- PRESCRIPCIÓN.- Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en 3 (tres) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Se estará en todo lo que dispone el Código de Comercio.

VIGÉSIMA SEGUNDA.- CARENCIA DE RESTRICCIONES.- Este contrato no estará sujeto a restricciones por razones de residencia, viajes, ocupación y género de vida del Asegurado.

VIGÉSIMA TERCERA.- EDAD.- Para efectos de este contrato se entenderá como edad del Asegurado, el número de años cumplidos a la fecha de inicio de vigencia del seguro. Los límites de admisión fijados por la Aseguradora son de 18 (dieciocho) años de edad como mínimo y de 65 (sesenta y cinco) años de edad como máximo, no obstante, cuando se contrate planes dotales se establecen los siguientes límites de edad para la admisión. La cobertura finalizará al cumplir el Asegurado 75 años de edad.

1. Para el plan dotal de 10 años, la edad máxima de ingreso será 65 años de edad.
2. Para el plan dotal de 15 años, la edad máxima de ingreso será 60 años de edad.
3. Para el plan dotal de 20 años, la edad máxima de ingreso será 55 años de edad.
4. Para el plan dotal de 25 años, la edad máxima de ingreso será 50 años de edad.

5. Para el plan dotal de 30 años, la edad máxima de ingreso será 45 años de edad.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse legalmente y por una sola ocasión cuando la Aseguradora lo solicite, antes o después de su fallecimiento, y lo hará constar ya sea en la Póliza o en cualquier otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

VIGÉSIMA CUARTA.- VALORES GARANTIZADOS.- Es la cantidad a que tiene derecho el Asegurado en caso de no continuar con el pago de primas. El monto de estos valores depende de las coberturas contratadas, del año de vigencia en que se encuentra la Póliza y del número de años de primas pagadas.

Los valores garantizados se muestran en la tabla de valores garantizados que forma parte de esta Póliza. Los valores garantizados que ofrece esta Póliza son el valor de rescate y el seguro saldado.

1. **VALOR DE RESCATE.-** Es la cantidad a que tiene derecho el Asegurado en caso de cancelación de la Póliza y se determina de acuerdo al año de vigencia de la Póliza y a las coberturas contratadas, en el entendido que la prima anual de la vigencia correspondiente deberá estar pagada, de lo contrario aplicará el valor de rescate del año de vigencia inmediato anterior. El monto de estos valores se señala en la tabla de valores garantizados que forma parte de esta Póliza.
2. **SEGURO SALDADO.-** Es aquel en el que se mantiene en vigor la cobertura básica, sin más pago de primas, pero por la suma asegurada que se alcance a comprar con los valores garantizados a que se tenga derecho de acuerdo al año de vigencia de la Póliza y a las coberturas contratadas, en el entendido que la prima anual de la vigencia correspondiente deberá estar pagada, de lo contrario aplicará el valor del seguro saldado del año de vigencia inmediato anterior. En el caso del seguro saldado, solamente quedará vigente la cobertura básica, quedando las demás coberturas automáticamente canceladas.

VIGÉSIMA QUINTA.- CESIÓN.- Los derechos que la presente Póliza concede al Asegurado o a los beneficiarios irrevocables podrán ser cedidos a favor de terceras personas. La cesión se hará mediante aviso por escrito de ambas partes a la Aseguradora, la que lo hará constar en anexo que formará parte de esta Póliza. La Aseguradora no asumirá ninguna responsabilidad en cuanto a la validez o suficiencia de ninguna cesión.

VIGÉSIMA SEXTA.- PROCEDIMIENTO CONCILIATORIO.- En caso de discrepancia del Asegurado o beneficiario con la sociedad de seguros, en el pago de un siniestro, como se establece en el Título Sexto, Capítulo único de la Ley de Sociedades de Seguros, el interesado acudirá ante la Superintendencia del Sistema Financiero y solicitará por escrito que se cite a la sociedad de seguros a una audiencia conciliatoria. 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 sociedad de seguros en el término de cinco días hábiles después de recibida, para que ésta, mediante su representante legal o apoderado especialmente autorizado, y dentro del término de cinco 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, si lo estimare procedente, ordenará a la sociedad de seguros que dentro del término de ocho 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 se reciba el informe de la sociedad de seguros 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 sociedad de seguros, 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 concilien sus intereses; en todo caso, las partes podrán alegar en la audiencia la imposibilidad de conciliar. Si la sociedad de seguros no comparece a la segunda cita, la Superintendencia podrá aplicarle una multa de mil a cinco mil colones. En caso que el reclamante no comparezca a ninguna de las citas de la audiencia conciliatoria, se entenderá que no desea la conciliación. Agotándose el procedimiento establecido en este título, la Superintendencia ordenará que se cancele la reserva que se hubiere constituido.

Ningún tribunal admitirá demanda alguna contra una sociedad de seguros si el demandante no declara que ante la Superintendencia se agotó el procedimiento conciliatorio a que se refiere lo citado anteriormente y no presenta certificación extendida por la Superintendencia de que se tuvo por intentada y no lograda dicha conciliación.

La omisión del procedimiento conciliatorio en la forma prevista en estas disposiciones, constituirá una excepción dilatoria que podrá alegarse por la sociedad de seguros demandada. La Superintendencia deberá extender la certificación a que se refiere el artículo anterior en un plazo no mayor de diez días a partir de la presentación de la solicitud.

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