

PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS CONDICIONES GENERALES

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., se compromete a reembolsar al Asegurado Principal bajo la cobertura de esta Póliza, los gastos médicos elegibles, incurridos por éste y/o sus Dependientes Asegurados de conformidad con los términos y condiciones de esta Póliza.

La cobertura está sujeta a las condiciones de esta Póliza, al Máximo Vitalicio o Máximo Anual (según lo estipulado), incluyendo los montos de Deducibles aplicables, y a los límites estipulados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

I. CLÁUSULA PRIMERA: DEL CONTRATO

1. CONTRATO

Estas Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, la Carátula de la Póliza, el Cuadro de Beneficios y/o los Anexos que se emitan simultáneamente con la Póliza, o que posteriormente se agreguen, previa aceptación de las partes, constituyen el Contrato de Seguro entre el Asegurado y ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A. (en adelante denominada la Aseguradora).

2. ESTIPULACIÓN LEGAL

El Asegurado, al recibir esta Póliza debe cerciorarse que concuerde con la Solicitud de Seguro presentada a la Aseguradora, para los efectos de los primeros párrafos del artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala que dicen textualmente:

“En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación. Si dentro de los quince días siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último”.

Al presente Contrato de Seguro, le son aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala, relacionadas con el Contrato de Seguro, las que prevalecerán sobre el contenido de este Contrato de Seguro.

3. OBJETO DEL SEGURO

Esta Póliza tiene como objeto el pago de los gastos médicos en los que incurra el Asegurado hasta los montos indicados en el cuadro de beneficios y de conformidad con los términos y condiciones de la Póliza, al Cuadro de Beneficios, a las Condiciones Particulares y Anexos.

II. CLÁUSULA SEGUNDA: DE LAS DEFINICIONES

Para los efectos de la presente Póliza y sujeto a los demás términos y condiciones de la misma, se entenderá por:

ACCIDENTE: Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios ajenos a la voluntad del Asegurado, que afecte su organismo inesperadamente, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten

por contusiones o heridas visibles, así como los casos de lesiones internas o inmersión, reveladas por los exámenes correspondientes.

ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS: A cualquier patrón de uso patológico voluntario o involuntario de alcohol o drogas que causa deterioro en el funcionamiento del cuerpo, del ámbito social o laboral, o que produce la dependencia fisiológica y demuestra la tolerancia física o de síntomas físicos cuando se retira.

AMBULANCIA: Es el vehículo de urgencias específicamente destinado y legalmente autorizado para el transporte de heridos y enfermos en caso de accidentes, traumatismos o enfermedades graves y técnicamente equipado para la atención médica de los mismos.

AMBULANCIA TERRESTRE: Al transporte terrestre autorizado con equipamiento y personal médico entrenado para el traslado de personas heridas o enfermas.

AMBULANCIA AÉREA: Al transporte aéreo autorizado y configurado para el transporte de pacientes ambulatorios u otros pacientes que requieren cuidado incluyendo, pero no limitado, al apoyo básico o avanzado de vida. Una ambulancia aérea está equipada con el equipo médico necesario para apoyar estos niveles de cuidado en vuelo, con el personal médico entrenado. La ambulancia aérea requiere de aprobación de la Aseguradora previa a su utilización.

ANEXO: Es el documento que forma parte integrante de la Póliza que puede ser emitido simultáneamente con la misma, o que se agregue con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales. Los Anexos deberán ser firmados por el Asegurado Principal y la Aseguradora.

AÑO CALENDARIO: El período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.

AÑO PÓLIZA: El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses contados a partir de la fecha de inicio de la renovación

ASEGURADO: Es la Persona Individual sujeta a las coberturas de este seguro. Asegurado se definirá como el Asegurado Principal y los Asegurados Dependientes (Cónyuge o Conviviente e Hijos Dependientes).

ASEGURADO PRINCIPAL: Es la Persona Natural mayor de dieciocho (18) años y menor de setenta (70) años de edad, al momento de la contratación del Seguro, que se obliga a pagar la prima anual correspondiente y tiene derecho a recibir el reembolso de los gastos cubiertos contratados, de acuerdo a lo estipulado en esta Póliza, y también es quien ejerce los derechos de los Asegurados Dependientes ante la Aseguradora.

ASEGURADO DEPENDIENTE:

- Cónyuge y/o Conviviente del Asegurado Titular.
- Hijo(a) natural, hijastro, o legalmente adoptado(a) por el Asegurado Titular, elegible desde los catorce (14) días de edad, hasta el cumplimiento de su veinticincoavo (25º.) cumpleaños, siempre y cuando dependa económicamente del Asegurado Titular, sea soltero (a) y conviva con él.
- Los límites de edad que se aplican a el (los) hijo(s) dependiente(s) no se aplicarán a ningún hijo(s) asegurado del Asegurado Titular que dependa de éste para su sustento y manutención porque se encuentra imposibilitado totalmente para trabajar, a consecuencia de un impedimento físico o retardo del desarrollo cognitivo, que ocurriese antes de alcanzar la edad límite de elegibilidad de cobertura para los dependientes (25 años de edad) y mientras estuviese asegurado por esta Póliza.

ASEGURADORA: Persona Jurídica constituida e inscrita de acuerdo con las Leyes de la República de Guatemala y autorizada por la Superintendencia de Bancos, que tenga por objeto operaciones de seguros y/o Seguros de Caución. Para efectos de este Contrato, la Aseguradora será ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

AVISO DE SINIESTRO: El Asegurado deberá notificar a la Aseguradora de la existencia de un siniestro o reclamo, tan pronto tenga conocimiento del mismo. El aviso deberá darse en un plazo no mayor de cinco (5) días.

BENEFICIO: Es el gasto médico cubierto y pagadero por la Aseguradora de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza, al Cuadro de Beneficios, a las Condiciones Particulares y Anexos.

BENEFICIO MÁXIMO VITALICIO: Corresponde al monto máximo por Asegurado que pagará la Aseguradora en concepto de una o varias coberturas, o beneficios durante la vida del Asegurado y/o la vigencia de este Contrato. La Aseguradora reconocerá todos los gastos médicos expresamente cubiertos de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares establecidas en esta Póliza.

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL: Corresponde al monto máximo por Asegurado que pagará la Aseguradora en concepto de una o varias coberturas, o beneficios durante el Año de Póliza vigente. La Aseguradora reconocerá todos los gastos médicos expresamente cubiertos de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares establecidas en esta Póliza.

BENEFICIARIO: Es la persona designada por el Asegurado Principal en la Solicitud de Seguro o en su testamento legal, para que en caso de su fallecimiento, tramite y reciba el pago de cualquier reembolso de gastos médicos cubiertos, que estuvieran pendientes de pagar por la Aseguradora.

CANCELACIÓN: Es la terminación de la vigencia de la Póliza o de los efectos de una Cobertura.

CÁNCER: Es el término que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo humano, cuya característica es la multiplicación desordenada de células anormales que se extiende más allá de los límites de los órganos y tejidos, pudiendo invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos y tejido (Metástasis). Al cáncer también se les denomina Tumor Maligno o Neoplasia Maligna. El Cáncer designado en los términos arriba, gozará de cobertura con base a los límites contratados en esta Póliza, siempre que esta enfermedad inicie después de la contratación de este Seguro médico.

CARÁTULA DE LA PÓLIZA: Es la sección de la Póliza que especifica los datos particulares del Asegurado y de sus Asegurados Dependientes, la fecha de Inicio de Vigencia, la fecha de Fin de Vigencia, el Cuadro de Beneficios, cualquier limitación del Seguro. La Carátula de la Póliza forma parte integral del Contrato de Seguro.

CERTIFICACIÓN MÉDICA: Es el documento emitido por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, en el cual se incluye un Diagnóstico y/o Diagnósticos completos, fecha de diagnóstico, tratamiento, evolución y pronóstico susceptible de ser utilizado como fundamento para el Reclamo de un Siniestro o para la Evaluación de Riesgo de una Solicitud de Seguro.

CESÁREA ELECTIVA O PLANEADA: Es la cesárea programada, decidida desde la consulta externa o al momento del parto a solicitud del médico tratante, con el fin de evitar sufrimiento fetal o complicaciones maternas.

CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Es un procedimiento de diagnóstico invasivo, o el tratamiento de una enfermedad o lesión elegibles, mediante operaciones manuales o instrumentales realizadas por un médico, mientras el paciente se encuentra bajo los efectos de anestesia local o general.

CIRUGÍA COSMÉTICA: Es cualquier procedimiento quirúrgico efectuado exclusivamente para mejorar la apariencia física. La cirugía cosmética permite remodelar la apariencia de ciertas partes del cuerpo.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA: Para efectos de la cobertura del presente Contrato, se define como cualquier procedimiento quirúrgico efectuado primordialmente para restaurar una formación corporal que se ve lesionada como consecuencia de un accidente o de una cirugía, para tratamiento de una enfermedad por malignidad.

CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN o "BY PASS": Es una intervención quirúrgica en la cual se utiliza un fragmento de vena, arteria o prótesis para construir una derivación desde la aorta hasta una de las arterias coronarias, con el fin de salvar una zona de estrechamiento u obstrucción en la arteria coronaria.

CLÍNICA: Es un establecimiento destinado a proporcionar asistencia o tratamiento médico a determinadas enfermedades.

COASEGURO: Es la porción de los gastos cubiertos que serán asumidos por el Asegurado Principal o Asegurado Dependiente, conforme a las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza.

Esta suma es en adición a los gastos no elegibles que no cubre la Póliza, Deducibles y Copagos.

COBERTURA: Es el grupo de beneficios descritos en esta Póliza, para los cuales el Asegurado es elegible, e indicados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y que no estén estipulados en la sección de las Exclusiones de esta Póliza.

COMPLICACIÓN: Es la condición que sobreviene en el curso evolutivo de una enfermedad, lesión accidental o embarazo, y que altera el pronóstico y dificulta o impide su curación o control médico.

COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO: Es cualquier condición o enfermedad o lesión que sobreviene durante el curso de un embarazo y que dificulta su evolución normal y/o término; o que sobreviene durante el curso del alumbramiento, ya sea natural o por cesárea, o como consecuencia del mismo; o que sobreviene durante el curso de cualquier procedimiento o tratamiento al que es sometida la Asegurada durante el curso del embarazo o del alumbramiento, ya sea natural o por cesárea, o a consecuencia de cualquiera de dichos procedimientos o tratamientos; en todos los casos, independientemente de que la condición, enfermedad o lesión tenga o no relación directa con el embarazo, el alumbramiento, o con cualquiera de los procedimientos o tratamientos a los que sea sometida la Asegurada con motivo de los mismos. Entre algunas complicaciones del embarazo podemos citar sin limitar a: embarazo extrauterino, embarazo ectópico, nefritis aguda, nefrosis, amenaza de parto pre término, amenaza de aborto o placenta previa.

No será considerada como Complicación de Maternidad: la cesárea electiva o una cesárea electiva después de una cesárea previa, manchas de flujo vaginal sanguinolento o reposos prescritos por el médico durante el período de gestación por la sintomatología propia y tradicional del embarazo (diagnosticado por un médico que no ponga en riesgo la vida de la madre o el feto), servicio o tratamiento de una enfermedad crónica no relacionada al embarazo, aun cuando durante el período de gestación requiera un tratamiento específico; complicaciones de embarazos que son productos de tratamientos de fertilidad y complicaciones de embarazos cuando el parto no está cubierto por la Póliza.

COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO: Es cualquier trastorno de un recién nacido relacionado con el nacimiento, no debido a condiciones congénitas (factores genéticos), que se manifiesta durante los primeros treinta (30) días de vida, incluyendo, pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglicemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

CONDICIÓN CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA: Es cualquier enfermedad, defecto físico, trastorno orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirido en forma hereditaria, o que estaba presente en el momento del nacimiento, independientemente de que sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste posteriormente. Es una cobertura con máximo específico, establecido en el Cuadro de Beneficios. Aplica solamente para cuando el niño nace de una maternidad cubierta.

CONDICIONES GENERALES: Es el conjunto de Cláusulas que recogen los términos, condiciones y principios básicos que regulan los Contratos de Seguro, como son los derechos, obligaciones, coberturas, limitaciones y exclusiones que adquieren o a las que se someten las partes contratantes.

CONDICIÓN PARTICULAR: Son aquellas estipulaciones específicas que persiguen la individualización de una Póliza, pactadas en acuerdo mutuo por las partes contratantes.

CONDICIÓN PRE-EXISTENTE: Se corresponde a:

- Enfermedades, lesiones accidentales, condiciones, signo o síntoma que se manifiestan por primera vez o se tratan médicamente (ya sea quirúrgicamente o no, bien durante una hospitalización o consulta médica externa) antes de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza para el Asegurado Principal y/o Asegurado Dependiente, o antes de la fecha de adición o de ingreso de algún Dependiente elegible a la misma.
- Enfermedades o accidentes originados antes de iniciada la cobertura de Seguro, hayan sido o no diagnosticada o tratadas, haya estado o no en el conocimiento del Asegurado de la misma.
- Esta exclusión cesará después del plazo de cobertura continua que se establece en el Cuadro de Beneficios.

CONSULTA MÉDICA: Es una visita o sesión con un médico colegiado legalmente autorizado para ejercer esta profesión.

CONVIVIENTE: A las parejas no casadas, ni declaradas unidas legalmente, quienes viven y comparten una vida en común. Deben cumplir las siguientes condiciones: ser ambos mayores de dieciocho (18) años de edad, y compartir la misma vivienda al menos por doce (12) meses consecutivos todo lo cual deberá demostrarse fehacientemente a satisfacción de la Aseguradora.

CÓNYUGE: Es la persona con quien el Asegurado ha contraído legalmente matrimonio,

COPAGO: Es el monto fijo establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, a ser cubierto por el Asegurado en el momento en el que éste incurre en un siniestro, mediante la modalidad de Pago Directo, en el cual se requiere del copago para la activación del servicio.

COSTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: La Compañía reconocerá para todos los beneficios los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados por el cuidado de la salud del Asegurado, prevalecientes en el establecimiento, lugar o país donde se presta el servicio. Estos costos serán establecidos con base a las muestras estadísticas actuales en poder de la Compañía. La Compañía tomará en consideración la complejidad del servicio prestado.

CUADRO DE BENEFICIOS: Es el listado que forma parte de la Póliza que incluye los beneficios cubiertos y las cantidades máximas de Suma Asegurada, que serán pagados una vez que superen el Deducible, Copagos y Participación del Asegurado que sean aplicables.

CUIDADOS A DOMICILIO: Son los servicios que ofrece una enfermera(o) o una empresa de servicios de cuidados a domicilio, y que son supervisados por un(a) enfermero(a) autorizado(a), dirigidos al cuidado personal del paciente; siempre que esa atención sea médicamente necesaria y previamente aprobada por la Aseguradora.

CUIDADOS DE CUSTODIA: Es cualquier cuidado ofrecido por una persona capacitada para ayudar a una persona incapacitada a suplir sus necesidades básicas personales.

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO: Son las atenciones básicas brindadas al recién nacido durante la estadía del recién nacido en el hospital. Adicionalmente estarán incluidos dentro de los cuidados rutinarios del recién nacido, el costo de los laboratorios que por protocolo se le realiza a todo recién nacido sano.

DECLARACIONES DEL ASEGURADO: Manifestación del Asegurado, o tutores en caso de Asegurados menores de edad, mediante la cual se comunica a la Aseguradora la situación que constituye la base para la aceptación de un riesgo en particular.

DEDUCIBLE AÑO PÓLIZA: Es el monto que cada Asegurado debe cubrir por cuenta propia en un solo evento o que puede acumular durante el año calendario, por razón de gastos elegibles cubiertos y cuyo valor estará indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Después de satisfecho el Deducible, la Aseguradora pagará el porcentaje de Participación estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Ni la Participación del Asegurado ni el Copago, con los que el Asegurado participa en los gastos elegibles, podrán ser usados para satisfacer el Deducible. El Deducible tiene que ser satisfecho por el Asegurado, por cada año calendario, según lo indicado en la Carátula de la Póliza. Aplica un Deducible Local y un Deducible para gastos elegibles incurridos en el Extranjero.

DEDUCIBLE CATASTRÓFICO: En caso que una parte o todo el grupo familiar asegurado, sufra un accidente en común, se aplicará un deducible único por toda la familia, para cubrir los gastos específicos de este accidente. Se entiende que, para otras incapacidades, cada miembro del grupo asegurado, deberá satisfacer su propio deducible anual correspondiente.

DENTISTA: Al médico con licencia legal de cirugía dental, odontología o la ciencia odontológica.

DESEMBOLSO MAXIMO AÑO PÓLIZA: Se refiere al límite máximo en concepto de coaseguro que cubrirá durante el año Póliza el Asegurado Principal o sus Dependientes Asegurados, de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares. Se aplicará según el lugar de prestación del servicio, ya sea en la República de Guatemala o en el Extranjero. Una vez satisfecho el Límite de Coaseguro anual, el Asegurado recibirá el reembolso de sus gastos al 100%. En el caso de pago directo, siempre deberá cubrir los copagos correspondientes.

DESORDEN MENTAL Y PSIQUIATRICO: Es un estado o condición derivada o causada por un trastorno mental, emocional o de conducta. Desorden Mental o Psiquiátrico no incluye abusos de sustancias de cualquier clase, incluyendo, pero sin limitarlo, al abuso de alcohol, drogas psicotrópicas, enervantes, alucinantes y demás de uso prohibido o controlado. Tampoco incluye enfermedades de origen psicológico.

DIENTE SANO: Órgano duro, mineralizado que se encuentra en los procesos alveolares de los huesos maxilar y mandibular, cuya estructura no ha sido modificada ni alterada en ninguno de sus tejidos. Este comprende: esmalte, dentina, cemento y pulpa. El diente está sujeto al alveolo a través de la estructura de soporte encía, ligamento periodontal y hueso.

DIFERENCIA DE EDAD: Si la edad declarada del Asegurado o de uno de sus Dependientes Asegurados no es la edad real, se deberá evaluar si son elegibles de cobertura, la procedencia del pago de un siniestro, y la aplicación de la prima correcta de acuerdo a las tarifas vigentes.

DONANTE: Es la persona que cede un órgano o tejido para ser recibido por un receptor o por un centro de trasplante legalmente autorizado. En caso de un trasplante de órganos elegibles, los gastos del donante no estarán cubiertos.

ENDOSO: Documento escrito que modifica parte de las Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Condiciones Generales, ya sea que se emitan al momento de la emisión de la Póliza o posteriormente, ya sea por solicitud del Contratante o como garantía o requerimiento de la Compañía para la aceptación del Contrato. El(los) Endoso(s) se redactará(n) mediante documento(s) separado(s) y constituye(n) parte integral del Contrato de Seguro.

EMBARAZO CUBIERTO: Embarazos de la Asegurada Principal, o de la Cónyuge, o de la persona que ha sido asegurada como compañera permanente del Asegurado Principal, en los casos cuando el embarazo se inicie ciento ochenta días (180) días después de la fecha de inclusión de la cónyuge en la Póliza. Se tomará como fecha de inicio del embarazo, la fecha de la última menstruación de la madre.

EMERGENCIA: Es la enfermedad o accidente cubierto por la Póliza que pone en peligro la vida o la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado por lo cual se requiere cuidado médico inmediato.

ENFERMEDAD: La alteración de la salud de una persona, la cual afecta los funcionamientos normales del cuerpo humano y se manifiesta a través de signos y síntomas, así como a través de los resultados anormales de los exámenes médicos que permiten llegar a un diagnóstico.

ENFERMERO(a): Es el profesional certificado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento.

ESPECIALISTA: Profesional de la medicina que tenga idoneidad para ejercer la correspondiente especialidad o rama de la medicina, así como un médico o doctor que esté certificado por el órgano competente para practicar la cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el tratamiento sea proporcionado, y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del tratamiento de la lesión o accidente, enfermedad o dolencia que sea tratado. Por "escuela médica reconocida" se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud.

EQUIPO MÉDICO DURADERO: A cualquier equipo médico diseñado para uso continuo. Este incluye, pero no está limitado a sillas de ruedas, camas de hospital, respiradores, muletas y similares.

EXCLUSIÓN(ES): Condición(es) o evento(s) establecidos en la Póliza, por el(los) cual(es) la Compañía de Seguros no será responsable aun cuando el evento sea considerado fortuito, accidental o imprevisto. En este(os) caso(s), la Compañía no estará obligada a pagar indemnizaciones.

EXPERIMENTAL: A cualquier tratamiento, procedimiento, medicamento, equipo, drogas, dispositivos, suministros u hospitalización que no garantiza la recuperación del Asegurado y que no haya sido aprobado para la indicación o aplicación específica en cuestión por la FDA u otra agencia federal o agencia gubernamental de los Estados Unidos de América, y cuya aprobación se requiere independientemente del lugar donde se incurra en los gastos médicos.

El hecho de que el tratamiento, medicamento, dispositivo, procedimiento, suministro o servicio sea la única esperanza de supervivencia del Asegurado no implica que deje de ser de carácter experimental, investigativo, o destinado a investigación.

FDA (Food and Drug Administration): Administración de Medicamentos y Alimentos o Administración de Alimentos y Medicamentos) es la agencia del gobierno de los Estados Unidos responsable de la regulación de alimentos (tanto para personas como para animales), medicamentos (humanos y veterinarios), cosméticos, aparatos médicos (humanos y animales), productos biológicos y derivados sanguíneos, cuyas conclusiones serán consideradas por la presente Póliza.

FECHA DE INICIO DE COBERTURA: Es la fecha en que el Seguro entra en vigor para un Asegurado en particular, la cual puede ser igual o diferente de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza. La cobertura inicia a las cero horas del día establecido.

FECHA DE INCURRENCIA: Es la fecha en la cual se ha realizado el tratamiento, o recibido atención o servicio médico o cuando se generó el gasto médico.

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA: Es la fecha en que la Póliza entra en vigor, tal como aparece en la Carátula de la Póliza. La vigencia inicia a las cero horas del día establecido.

FECHA FIN DE VIGENCIA: Es la fecha en que concluye la cobertura de la Póliza, tal como aparece en la Carátula de la Póliza. La vigencia termina a las cero horas del día establecido.

FERTILIDAD ASISTIDA: Tratamientos médicos o quirúrgicos y/o procedimientos cuyo protocolo o técnica ha sido desarrollada para solucionar la patología de la pareja estéril o infértil. Estos tratamientos pueden ser, pero no limitados a: inseminación artificial, fertilización in vitro (FIV), tratamiento con medicamentos para estimular la fertilidad masculina o femenina, inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), entre otros. Estos procedimientos no están cubiertos por este Seguro Médico.

FORTUITO: Acontecimiento inesperado que no haya podido ser previsto, como un naufragio, un terremoto, una conflagración y otros de igual o parecida índole.

FRAUDE: Cuando el Asegurado o terceros alteran información de un reclamo con el fin de beneficiarse indebidamente, la Aseguradora al contar con pruebas fehacientes negará el pago del reclamo y dará por terminado el Contrato de manera inmediata.

La omisión o falsa declaración de información vital para evaluar la elegibilidad del Asegurado o la procedencia del pago de un reclamo, de igual manera desliga a la Aseguradora de toda responsabilidad y le permite terminación anticipada del Contrato. Por la gravedad de la omisión o falsedad, el Contrato se puede terminar desde su vigencia y la Aseguradora podrá recuperar cualquier pago hecho al Asegurado por gastos propios o de sus Dependientes Asegurados.

HABITACIÓN PRIVADA: Es la habitación estándar de un hospital equipada para alojar a un solo paciente.

HABITACIÓN SEMI-PRIVADA: Es la habitación estándar de un hospital equipada para alojar a más de un paciente.

HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO: Son los cargos de un profesional anestesiólogo por la administración de anestesia durante una intervención quirúrgica o servicios Médicamente Necesarios para controlar el dolor durante dicha intervención.

HONORARIOS DEL MEDICO PRINCIPAL: Son los cargos del médico tratante para efectuar un servicio médico.

HONORARIOS DEL MÉDICO- CIRUJANO ASISTENTE: Son los cargos de uno o más médicos que asisten al cirujano principal en la realización de una intervención quirúrgica.

HOSPITAL O SANATORIO: Es cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico, en el país donde opera, y que:

- Opera legalmente con el propósito de ofrecer cuidado y tratamiento médico a personas enfermas o lesionadas, a cambio de un cargo por servicios médico hospitalarios;
- Presta dicho cuidado o tratamiento médico en sus instalaciones médicas, quirúrgicas o de diagnóstico, en sus propios locales o en aquellos preparados para tal uso;
- Ofrece veinticuatro (24) horas de servicio de enfermería bajo la supervisión de un(a) Enfermero(a) autorizado(a) a tiempo completo;
- Opera bajo la supervisión de un equipo de uno o más médicos.

El hospital también se refiere a un lugar acreditado como tal por las autoridades locales.

No califican como Hospitales:

- a) Establecimientos u hogares para convalecientes, servicios de enfermería o reposo, ni un albergue geriátrico.
- b) Un lugar que preste principalmente cuidados en las áreas de guardería, adiestramiento o rehabilitación; o un establecimiento destinado principalmente para el tratamiento de drogadictos o alcohólicos.

HOSPITALIZACIÓN: Es el ingreso del Asegurado, ordenado por un médico especialista de conformidad a la dolencia presentada, a una habitación de un hospital para fines diagnósticos y/o terapéuticos durante al menos una noche (un periodo no menor a dieciocho (18) horas consecutivas). Para efectos de esta definición se entenderá que una hospitalización da comienzo cuando el médico especialista tratante consigne en el expediente médico del hospital la orden de ingreso del Asegurado a la habitación y termina cuando consigne en el expediente médico la orden de salida del Asegurado de dicha Institución.

LESIÓN: Es la lesión física enumerada en la más reciente edición de CIE, *Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*, y causada sola y directamente por medios accidentales, externos y visibles, acaecidos durante la vigencia de la presente Póliza, y resultantes directa e independientemente de todas las otras causas, que produzca un siniestro cubierto por ésta.

LÍMITE DE RESPONSABILIDAD: Es la cantidad máxima que pagará la Aseguradora en concepto de una Cobertura o Beneficio particular según se muestra en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza; sin embargo, el Sub-límite de Responsabilidad no incrementará el Beneficio Máximo Anual. Cualquier Límite de Responsabilidad que no se encuentre definido dentro de alguna Cobertura o Beneficio se entenderá como un Límite de Responsabilidad dentro de la Cobertura Básica.

Cuando se incrementen los límites de responsabilidad de una o varias coberturas, los mismos aplicaran solamente para aquellas incapacidades o padecimientos que se originen después de la fecha de la modificación. Las incapacidades o padecimientos existentes previamente, mantendrán sus coberturas vigentes antes de la fecha del cambio.

MALFORMACIONES O DEFECTOS AL NACIMIENTO: Son los desórdenes o malformaciones adquiridas o desarrolladas durante el proceso de nacimiento y que son conocidos en ese momento.

MÉDICAMENTO NECESARIO O NECESIDAD: Es el servicio médico, suministro, equipo, Medicamento con Receta Médica, o estadía en un hospital que:

- Sea apropiado y esencial para evaluar, diagnosticar y dar tratamiento a una Enfermedad o Accidente del Asegurado;
- No exceda en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado;
- Haya sido prescrito por un médico; y
- Sea consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica médica internacional; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
- Que no sean primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado Principal, de su familia, de su médico u otro proveedor;
- Que sea el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda ser proporcionado con el menor riesgo posible para el Asegurado Principal o Familiar Asegurado; y que, en el caso de la atención a un paciente internado, no pueda administrarse a paciente externo sin incurrir en riesgo.

MEDICAMENTO: Fármaco, principio activo o conjunto de ellos, integrado en forma farmacéutica, utilizado en seres humanos con el fin de curar, aliviar o tratar enfermedades, síntomas o estados patológicos. Es toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal, por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas. El medicamento solo será elegible de cobertura si es distribuido por una farmacia autorizada.

MEDICAMENTO GENÉRICO: Es aquel que no se distribuye con un nombre comercial, pero posee la misma concentración y dosificación que su equivalente de marca. El medicamento solo será elegible de cobertura si es distribuido por una farmacia autorizada.

MEDICAMENTO BIOEQUIVALENTE: Es el medicamento que tiene el mismo principio activo o fármaco, que el original y que tiene equivalencia terapéutica. El medicamento solo será elegible de cobertura si es distribuido por una farmacia autorizada.

MEDICAMENTO DE VENTA LIBRE: Es el medicamento que no requiere de receta médica para su venta. Son medicamentos producidos, distribuidos y vendidos a los consumidores/usuarios para que los utilicen por su propia iniciativa. Su venta no se limita a farmacias por lo que puede ser adquirido en supermercados o tiendas.

MEDICINA PREVENTIVA: Es la parte de las ciencias médicas destinada a la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

MÉDICO O DOCTOR: Es el profesional de la medicina debidamente graduado de una Universidad y autorizado para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios. También se incluirá en esta definición a personas legalmente autorizadas para el ejercicio de la práctica de odontología.

MONEDA: Todos los pagos realizados por el Asegurado Principal y la Aseguradora, deben ser ejecutados en la moneda estipulada en la Carátula de la Póliza.

OPERACIÓN QUIRÚRGICA: Es el procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.

PAÍS DE RESIDENCIA: Es el lugar donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario, o donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la Póliza está en vigor. El seguro solo podrá contratarse en el país de residencia y cualquier diferencia o desacuerdo deberá ser solventada mediante las leyes éste país.

PERÍODO DE ESPERA O CARENCIA: Es el período durante el cual la Aseguradora no cubre ciertos beneficios de la Póliza. Es el tiempo de vigencia continua que debe transcurrir para cada Asegurado, para que se puedan cubrir las enfermedades sujetas a esa condición.

PERIODO DE COBERTURA: El Seguro sólo cubrirá reclamos por servicios prestados y gastos incurridos dentro de la vigencia de la Póliza.

PERÍODO DE GRACIA: Es el período de tiempo de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha de vencimiento de la fracción de prima, durante el cual la Aseguradora permitirá que la Póliza sea renovada. Si la prima no es recibida por la Aseguradora antes de que termine el período de gracia, esta Póliza y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha de vencimiento original. En este último caso, ningún beneficio será proporcionado durante el Período de Gracia.

PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES CONGÉNITAS: Es la alteración del estado de salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que pudo haber sido heredada genéticamente, adquirida durante el embarazo, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después de varios años.

PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO: Es el porcentaje de los gastos elegibles con cobertura bajo la Póliza, que corren por cuenta del Asegurado, después de descontar el Deducible aplicable por el año calendario.

PARTO: Es la culminación del embarazo, en el que él bebe nace sin intervención quirúrgica invasiva.

PRE-AUTORIZACIÓN: El Asegurado deberá solicitar antes de requerir tratamiento médico, servicios hospitalarios o farmacéuticos elegibles para pago directo, la autorización correspondiente. Todo servicio médico aprobado por la Aseguradora, que previamente ha sido notificado por el Asegurado, sobre cualquier admisión hospitalaria en cualquier parte del mundo, o sobre cualquier cirugía ambulatoria o beneficios elegibles.

El proceso de pre-Autorización estará completo después de que el Asegurado reciba tratamiento o servicios en la red de proveedores, a la cual el Asegurado pueda tener acceso, y que confirme que tal ingreso es médicamente necesario.

PREMATURIDAD: Prematuridad significa todo parto que no ha completado un mínimo de treinta y siete (37) semanas de gestación.

PRIMA: Es el costo del Seguro o contraprestación que el Contratante debe pagar a la Compañía por la transferencia de los riesgos Objeto del Seguro.

PROVEEDORES: Agrupa los siguientes términos: médicos, enfermeras, hospitales, facilidades quirúrgicas ambulatorias, unidades de cuidados intensivos, red de proveedores, ambulancias, fisioterapeutas, droguerías o farmacias, técnico de servicios médicos, laboratorios y demás proveedores de suministros o servicios médicos.

RECEPTOR: Es la persona que ha recibido, o está en el proceso de recibir, un Trasplante de Tejido o Trasplante de Órgano cubierto bajo esta Póliza.

RED DE PROVEEDORES: Son los médicos, hospitales, clínicas, laboratorios y demás proveedores de servicios médicos, que se encuentren inscritos en la lista vigente de proveedores autorizados. Esta lista podrá ser modificada a decisión de la Aseguradora en el momento en que lo considere necesario y el Asegurado tendrá acceso a la información actualizada cuando él así lo solicite.

REPATRIACIÓN: Es el traslado del Asegurado hasta su país de residencia.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA O QUIRURGICA: Es la opinión de un médico diferente del que está atendiendo actualmente al Asegurado. El médico de la segunda opinión médica debe tener la misma especialidad que el médico principal. El Asegurado o la Aseguradora, en caso de falta de certeza sobre la conveniencia del procedimiento indicado, podrán solicitar una segunda opinión médica.

SERVICIOS AMBULATORIOS: Se consideran Servicios Ambulatorios cuando el Asegurado no queda internado más de veinticuatro (24) horas. Son los tratamientos o servicios médicos proporcionados en hospital o una institución, incluyendo centros de cirugía ambulatoria; instalaciones de enfermería para convalecencia o cuidados especializados; o consultorio del médico, adonde se acude por enfermedad o lesión, pero donde no se es internado o recluso y no se cobra habitación y comida.

SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO: Son los procedimientos y exámenes de diagnóstico necesarios para establecer las condiciones médicas del Asegurado.

SERVICIOS HOSPITALARIOS: Es todo tratamiento médico suministrado al Asegurado en un hospital Autorizado. Los Servicios Hospitalarios comprenden los cargos de habitación y alimentación, en caso de hospitalización; así como el uso de todas las facilidades médicas del hospital. Incluye todos los tratamientos y servicios médicos prescritos por un médico, incluso el cuidado intensivo cuando sea necesario.

También incluye enfermería, sangre o plasma, miembros y ojos artificiales, yeso tablilla, braguero, muletas, oxígeno y alquiler del equipo necesario para su aplicación, alquiler de silla de ruedas o cama especial de hospital, alquiler de pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria; tratamiento de quimioterapia, radioterapia o terapia radioactiva.

SINIESTRO: Constituye una lesión, enfermedad o condición médica amparada bajo alguna de las Coberturas de la Póliza.

SOLICITANTE: A la persona que firma la Solicitud de Seguro.

SOLICITUD DE SEGURO: A la declaración extendida en formulario por un Solicitante sobre sí mismo y sus Dependientes, utilizada por la Aseguradora para determinar su asegurabilidad. La Solicitud de Seguro incluye cualquier historial médico, cuestionario, y otros documentos proporcionados o solicitados por la Aseguradora antes de la emisión de la Póliza, y forma parte del Contrato completo celebrado entre las partes. En la Solicitud de Seguro, el Solicitante autoriza a la Aseguradora a investigar con los médicos y hospitales tratantes sobre su salud propia y la de su familia.

SUBROGACIÓN: Cuando el Asegurado en nombre propio o en nombre de sus Dependientes Asegurados, tenga derecho de recuperar los gastos elegibles bajo esta Póliza, de parte de un tercero responsable, de un Seguro de Responsabilidad Civil, de otra Póliza de Seguro Médico; la Aseguradora tiene el derecho de subrogarse sobre los derechos de los Asegurados, de ser necesario interponiendo una demanda judicial en nombre el Asegurado.

SUSPENSIÓN DE COBERTURA: Plazo posterior al Período de Gracia que se produce cuando el Contratante incumple con el pago de las primas. La Compañía tendrá derecho a declinar cualquier indemnización sobre servicios prestados y gastos incurridos durante el periodo de Suspensión de Cobertura. La Suspensión de Cobertura se reactiva mediante el pago de la prima pendiente que corresponda. Cuando el plazo es mayor de treinta (30) días, la Aseguradora podrá decidir si reanuda o no la vigencia del Seguro. En caso de conceder una rehabilitación de la cobertura, el Asegurado y sus Dependientes deberán someter nuevas evidencias de asegurabilidad y quedará sujeto a la aceptación del riesgo en función de las normas de selección de la Aseguradora.

TEJIDO: Es el conjunto de células similares y especializadas, las cuales están unidas para realizar una función determinada.

TERAPIA Y/O REHABILITACIÓN FÍSICA: Es el procedimiento practicado por un profesional acreditado, con el propósito de recuperar las funciones motoras y sensitivas afectadas por una lesión, enfermedad o tratamiento quirúrgico cubierto por la Póliza, así como tratamientos para controlar el dolor.

TRASPLANTE DE ÓRGANO: Es el procedimiento médicamente necesario donde los órganos, tejidos o células son quirúrgicamente trasplantados desde el Donante vivo o muerto al Receptor.

TRANSFUSIÓN: Es la introducción en la corriente sanguínea de sangre completa o de alguno de sus componentes, para compensar una pérdida de sangre por traumatismo, intervención quirúrgica o enfermedad que ponga en peligro inminente la vida del paciente.

TRATAMIENTO: Son los servicios quirúrgicos o médicos necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia con el objeto de que el Asegurado recupere o conserve su estado de salud, o que restaure su estado de salud previo.

TRATAMIENTO AMBULATORIO: Es el tratamiento suministrado en el hospital, clínica o sanatorio, consultorio, u oficina del médico o doctor, que no requieren de una admisión intra-hospitalaria.

TRATAMIENTO DE EMERGENCIA: Es la atención o servicios médicamente necesarios que se requieren debido a una emergencia.

TRATAMIENTO DENTAL: Al tratamiento para arreglar o reemplazar los dientes naturales después de un accidente cubierto por esta Póliza, o si se contrata la cobertura Dental, sujeto a las condiciones que esta cobertura estipula en estas Condiciones Generales.

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO: Es el tratamiento de una enfermedad o dolencia mental, incluyendo desórdenes alimenticios.

TERMINACIÓN ANTICIPADA: La Aseguradora o el Asegurado Principal, podrán terminar anticipadamente el Contrato sin expresión de causa, dando aviso con quince (15) días de anticipación. La prima devengada no será devuelta al Asegurado.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: Es aquella parte de un hospital designada como tal, ya sea una facilidad general de cuidados intensivos o cualquier tipo de facilidades especializadas de cuidados intensivos, tales como unidades de cuidados coronarios, entre otros. Deberá estar permanentemente equipada y con personal para proveer cuidados mayores y estrecha vigilancia a pacientes gravemente enfermos o lesionados con enfermedades críticas, que no deban ser atendidos en otros cuartos o salas del hospital. Como parte de estos cuidados, deberá existir una constante observación por el personal.

USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO: La cantidad pagada por un servicio médico en un área geográfica con base en lo que los proveedores de esa área cobran usualmente por ese servicio médico o por un servicio similar. Es el costo o valor en dinero que para efectos de esta Póliza tiene un servicio dado de atención médica, hospitalaria, de laboratorio, medicamento, suministro o insumo médico, y que se determina de la siguiente manera; definidos por el equipo médico de la Aseguradora.

Para los servicios Médicos, Hospitalarios y de Laboratorio:

Prestados en la República de Guatemala: Es el costo o valor promedio del servicio conforme el nivel general de cargos hechos por otros médicos u hospitales de carácter similar en el país, cuando se compara con servicios o tratamientos iguales administrados a individuos de mismo sexo y edad para la atención de una misma lesión o enfermedad.

Para los servicios Prestados en el Extranjero: Es el costo o valor promedio del servicio conforme el nivel general de cargos hechos por otros médicos u hospitales de carácter similar en el área geográfica o división política donde el cargo es incurrido, o en un área comparable, cuando se compara con servicios o tratamientos iguales administrados a individuos de mismo sexo y edad para la atención de una misma lesión o enfermedad.

En caso de referirse a un periodo de hospitalización mayor del usual y acostumbrado, se requerirá según diagnóstico, de un informe del médico tratante, del por qué o motivos de los días adicionales solicitados, el que se revisará contra los protocolos de atención de la Aseguradora.

Además de lo establecido en los párrafos anteriores de esta Cláusula, también rige en la determinación de la razonabilidad del cargo, el límite acostumbrado por la Aseguradora con base a sus estadísticas de utilización de servicios similares al caso evaluado.

VIAJE DE RECREO: El principal objetivo del viaje o traslado es de vacaciones, placer o diversión.

VIAJE DE NEGOCIO: El principal objetivo del viaje o traslado es para atender un asunto relacionado al trabajo u ocupación actual. El traslado de la residencia a su lugar de trabajo no se considera un viaje de negocios.

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) / SINDROME DE INMUODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA): El SIDA consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos.

III. CLÁUSULA TERCERA: DE LOS REQUISITOS DEL ASEGURADO

1. REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Para el Asegurado Principal

El Asegurado Principal debe cumplir con los siguientes requisitos para ser elegibles:

- a. Tener como país de Residencia la República de Guatemala;
- b. Ser mayor de dieciocho (18) años de edad, y menor de setenta (70) años de edad, al momento de solicitar el Seguro; para efectos de renovación de la Póliza, no existirá edad máxima.
- c. Se requerirá obligatoriamente una evaluación médica completa para los Solicitantes a partir de los cincuenta (50) años de edad, y opcionalmente, a quien la Aseguradora considere necesario;
- d. Pagar la prima correspondiente.

La Aseguradora puede solicitar a cualquiera de los Solicitantes una evaluación médica adicional, derivado de las respuestas proporcionadas en la Solicitud de Seguro.

Para los Dependientes elegibles:

- Cónyuge y/o Conviviente del Asegurado Titular.
- Hijo(a) natural, hijastro, o legalmente adoptado(a) por el Asegurado Titular, elegible desde los catorce (14) días de edad, hasta el cumplimiento de su veinticincoavo (25º.) cumpleaños, siempre y cuando dependa económicamente del Asegurado Titular, sea soltero (a) y conviva con él.
- Los límites de edad que se aplican a el (los) hijo(s) dependiente(s) no se aplicarán a ningún hijo(s) asegurado del Asegurado Titular que dependa de éste para su sustento y manutención porque se encuentra imposibilitado totalmente para trabajar, a consecuencia de un impedimento físico o retardo del desarrollo cognitivo, que ocurriese antes de alcanzar la edad límite de elegibilidad de cobertura para los dependientes (25 años de edad) y mientras estuviese asegurado por esta Póliza.

Conversión del Dependiente Asegurado

El Dependiente Asegurado cuando deje de ser elegible como Dependiente de la presente Póliza, pueden optar por la opción de Conversión a otra Póliza de Seguro de Salud con iguales o inferiores beneficios, sin presentar pruebas de asegurabilidad, de acuerdo a lo siguiente:

- 1) Que la solicitud y el primer pago de la prima correspondiente a la conversión se haga dentro de un período no mayor de treinta (30) días después de terminada su cobertura bajo la presente Póliza;
- 2) Se mantendrán las mismas exclusiones temporales o permanentes provenientes de la Póliza anterior al momento de la conversión;
- 3) La prima a pagar será basada en la Prima aplicable a la clase de riesgo a la cual pertenezca el Asegurado y a la edad que tenga en la fecha efectiva de la Póliza nueva de Seguro de Salud Individual;
- 4) La nueva Póliza tendrá como fecha de emisión la fecha de la conversión.
- 5) Que el Dependiente tenga un mínimo de cinco (5) años asegurado en el Certificado actual.

- 6) La nueva Póliza arrastrará el saldo del máximo vitalicio vigente de su cobertura actual, al igual que el Deducible y Copagos satisfechos en el año calendario del cambio. En la nueva Póliza el Solicitante podrá contar con el máximo vitalicio completo, siempre que presente pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Aseguradora.

Se deberá completar la Solicitud de Póliza, y pagarse la prima única convenida o el primer pago fraccionado, a la emisión de la Póliza, antes de transcurridos treinta (30) días.

2. RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO

3.1 Deducible Anual:

Se aplicará un (1) Deducible Anual por cada Asegurado definido en la Póliza.

Los gastos médicos cubiertos en que incurra el Asegurado, y cuyo monto sean menores al valor del Deducible, podrán ser presentados a la Aseguradora para que le sean acreditados para la satisfacción de su Deducible.

3.2 Participación del Asegurado:

Por cada reclamación, el Asegurado es responsable de cubrir un porcentaje de participación de los gastos y al igual que cubrir el deducible estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

3.3 Copago:

Es el pago por evento que el Asegurado debe hacer cuando utiliza la opción de Pago Directo. El Copago es independiente de la responsabilidad de satisfacer el Deducible anual.

Para ciertos beneficios y ciertos proveedores de la red, el Asegurado deberá realizar un pago por cada gasto médico conforme lo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

IV. CLÁUSULA CUARTA: DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

1. DE LA COBERTURA DE GASTOS MEDICOS Y LOS BENEFICIOS ELEGIBLES.

BASES DE ASEGURAMIENTO

Para efectos del presente Contrato de Seguro, los beneficios elegibles cubiertos serán detallados para cada cobertura y serán los contratados por el Asegurado, los cuales serán indicados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

La responsabilidad de la Aseguradora en ningún Año Póliza será superior al Máximo Vitalicio o Máximo Anual y/o Límites de Responsabilidad de la Póliza.

COBERTURA(S) BASICA(S)

Si durante la vigencia de esta Póliza, y como consecuencia directa de accidente y/o enfermedad cubierta, el Asegurado y sus Dependientes Asegurados se vieran precisados a someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud, y siempre que éstos le sean proporcionados por instituciones de salud o por médicos que se encuentren legalmente autorizados para el ejercicio de su actividad, la Aseguradora le reembolsará los gastos médicos cubiertos Usuales, Acostumbrados y Razonables hasta la Suma Asegurada contratada, estipulada en la Carátula de la Póliza y en el Cuadro de Beneficios, ajustándola según corresponda con la aplicación del Deducible, Copagos y participación del Asegurado, así como a las limitaciones consignadas en la Póliza.

La cobertura de Gastos Médicos son todos aquellos Beneficios descritos en el Cuadro de Beneficios, de los cuales dispone el Asegurado y el Dependiente Asegurado.

A. COBERTURA DE HOSPITAL

Los gastos cubiertos en la Cobertura de Hospital, serán cubiertos al porcentaje estipulado en la Carátula de la Póliza luego que la Aseguradora aplique el Deducible año Póliza Local y/o Extranjero indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Los gastos cubiertos son los siguientes:

- Costo de habitación privada o semi-privada (no una suite) de un Hospital o Clínica en la República de Guatemala. Costo de habitación Semi-privada en cualquier otro país. En otro país, cuando el Asegurado Principal o el Dependiente Asegurado solicite una habitación privada, la diferencia en el costo será cubierta por su propia cuenta. Incluye la alimentación del paciente, pero en ningún caso cubre los gastos del acompañante, ya sean parientes o no. En la República de Guatemala, la Aseguradora cubrirá su participación en el costo de una habitación privada corriente.
- Unidad de Cuidados Intensivos y/o Coronarios.
- Sala de Operación y Sala de Recuperación.
- Equipo de Asistencia de corazón y riñón artificial.
- Material médico quirúrgico y de cura.
- Análisis de laboratorio, rayos X y estudios especiales requeridos con fines de diagnósticos.
- Oxígeno, soluciones intravenosas e inyecciones.
- Servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios.
- Honorarios del Cirujano Principal, Asistente y del Anestesiólogo.
- Honorarios por consultas y tratamientos médicos efectuados en el hospital.
- Anatomía Patológica (todo órgano o tejido extirpado, para ser cubierto, requerirá estudio histopatológico y resultado de dicho estudio).

- Medicamentos por prescripción facultativa. Serán cubiertos si son indicados por un médico para tratar una condición cubierta por la Póliza.
- Tratamientos especiales tales como Quimioterapia, Radioterapia y tratamientos por insuficiencia renal (Diálisis), siempre que sea por una indicación médica.
- Tratamientos de Terapia Respiratoria y Fisioterapia.
- Prótesis, equipos y aparatos especiales que se requieran por indicación médica.
- Servicios de Enfermería.

La efectividad del medicamento recetado para tratar una condición determinada debe haber sido probada científicamente y aprobada por la Oficina de Farmacia y Drogas del Ministerio de Salud de Guatemala, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA), por las Agencias Reguladoras de Medicamentos y Productos de Salud Europeas y/o de otros países.

B. COBERTURA DE URGENCIA

Las atenciones en una Sala de Urgencias, dentro y fuera de la República de Guatemala, se cubrirán así:

- URGENCIA POR ACCIDENTE:** Los costos del Cuarto de Urgencia se cubrirán al cien por ciento (100%) y los honorarios del Médico Especialista se cubrirán al cien por ciento (100%) con base en los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados, hasta el máximo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. El excedente de este máximo será indemnizado con las coberturas normales, al porcentaje establecido en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, y respetando los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados, después de aplicado el Deducible año Póliza Local que establece esta Póliza.
- URGENCIA POR ENFERMEDAD:** Los costos del Cuarto de Urgencia por enfermedad se cubrirán al noventa por ciento (90%) y los honorarios del Médico Especialista que atienda dicha Urgencia estarán cubiertos al mismo porcentaje, considerando los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados, después de aplicado el Deducible año Póliza Local que establece esta Póliza.

Se cubrirá como urgencia la primera atención médica dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de la aparición de los síntomas o del accidente. Las atenciones posteriores por un mismo diagnóstico dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de la aparición de los síntomas o del accidente, serán consideradas como una consulta médica y gastos ambulatorios.

C. TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

Al igual que los gastos cubiertos en la Cobertura de Hospital, los Tratamientos Ambulatorios, serán cubiertos al porcentaje indicado en el Cuadro de Beneficios, luego que la Aseguradora aplique el Deducible año Póliza Local y / o Extranjero indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, hasta el límite del Beneficio Máximo Anual o Vitalicio establecido por Asegurado.

En el evento de que el Asegurado utilice los servicios prestados por Clínicas u Hospitales no participantes en la Red, se establece que la Participación del Asegurado será penalizada con un diez por ciento (10%) adicional.

Los gastos cubiertos en el Cobertura de Tratamientos Ambulatorios son los siguientes:

- Honorarios del Cirujano Principal, Asistencia y del Anestesiólogo.
- Honorarios por consultas y tratamientos médicos, ya sean efectuados en el hospital o el consultorio;
- Análisis de laboratorios, rayos X y estudios especiales requeridos con fines de diagnóstico.
- Anatomía Patológica (todo órgano o tejido extirpado, para ser cubierto, requerirá estudio histopatológico y resultado de dicho estudio).

- Los medicamentos serán cubiertos si son indicados por un médico para tratar una condición cubierta por la Póliza. La efectividad del medicamento recetado para tratar una condición determinada debe haber sido probada científicamente y aprobada por la Oficina de Farmacia y Drogas del Ministerio de Salud de Guatemala, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA) y por las Agencias Reguladoras de Medicamentos y Productos de Salud Europeas. Los Medicamentos de Venta Libre no tendrán cobertura bajo las condiciones de esta Póliza.
- Tratamientos especiales tales como Quimioterapia, Radioterapia y tratamientos por insuficiencia renal (Diálisis).
- Pruebas de sensibilidad de alergias y sus tratamientos de inmunización.
- Servicio de Ambulancia Terrestre y/o Aérea local.
- Tratamientos de Terapia respiratoria y fisioterapia.
- Prótesis, equipos y aparatos especiales que se requieran por prescripción médica, para el uso del Asegurado Principal o del Dependiente Asegurado (la compra o alquiler del mismo será cubierto por la Aseguradora con base en su justificación). Dichos equipos deberán ser justificados por el médico tratante por escrito, separado a la receta.
- Tratamientos Psicológicos para trastornos nerviosos o mentales. La Aseguradora cubrirá los servicios prestados y gastos incurridos por esta condición al cincuenta por ciento (50%) en lugar del porcentaje normal de reembolso, después de satisfecho el Deducible año Póliza, de los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados incurridos, hasta un máximo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza de forma vitalicia. Este beneficio se ofrecerá únicamente por tratamientos ambulatorios.
- Opción 1) No se cubre la adquisición de aparatos o equipo para controlar la apnea de sueño. Opción 2) los aparatos o equipo para controlar la apnea de sueño, estarán cubiertos por una única vez y hasta el máximo establecido en el Cuadro de Beneficios. La Aseguradora no cubrirá la reparación o mantenimiento de este equipo.

D. AMBULANCIA (AÉREA O TERRESTRE) EN EL EXTRANJERO

Se pagará el Porcentaje correspondiente hasta el máximo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza **contra reembolso**, por el traslado aéreo o terrestre de Emergencia en el Extranjero cuando:

- El diagnóstico del Asegurado esté relacionado con una condición cubierta por esta Póliza.
- Las necesidades técnico científicas y complejidad del tratamiento médico requerido exceden la capacidad técnico científica del sitio donde se encuentre el Asegurado en el momento que se requiera el beneficio.
- El transporte por cualquier otro medio puede poner en riesgo la vida o la integridad física del Asegurado.
- El transporte lo presta una entidad autorizada por la Autoridad Competente para dicho propósito a través de una unidad móvil que cuente con equipo médico de primeros auxilios, material biomédico, fármacos y tripulación conformada por especialistas en la atención de emergencias médicas.
- El Asegurado es transportado a la instalación médica más cercana donde se pueda proporcionar el tratamiento adecuado para su condición médica.

Toda transportación vía ambulancia aérea debe ser aprobada con anterioridad por la Aseguradora. Cuando un Asegurado ha sido originalmente transportado fuera de su país de residencia por medio de una ambulancia aérea pagada por la Aseguradora, esta última, a su juicio, y sólo cuando sea médicamente necesario, podrá aprobar el retorno del Asegurado a su país de residencia vía ambulancia aérea.

El Asegurado o Dependiente Asegurado, Contratante, o su representante deberán escoger el proveedor de servicios médicos que brinde el servicio de traslado por vía ambulancia aérea o terrestre, sujeto a la autorización previa de la Aseguradora. La responsabilidad de la Aseguradora quedara limitada al reembolso del pago del servicio prestado hasta el máximo establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, y no a la calidad o disponibilidad del servicio prestado.

La Aseguradora no pagará indemnizaciones por Ambulancia (aérea o terrestre) cuando el servicio no haya sido previamente autorizado por ésta.

La Aseguradora no es responsable por complicaciones que resulten de la negligencia de los proveedores de servicios de transporte o afiliados, incluyendo retrasos o restricciones de vuelo.

E. TRASPLANTES

Los Trasplantes serán cubiertos al Porcentaje de Reembolso descrito en el Cuadro de Beneficios, luego que la Aseguradora aplique el Deducible año Póliza Local y / o Extranjero indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, hasta el límite del Beneficio Máximo Anual o Máximo Vitalicio por Asegurado establecido en esta Cobertura.

En el evento de que el Asegurado utilice los servicios prestados por Clínicas u Hospitales no participantes en la Red, se establece que la Participación del Asegurado será penalizado con un diez por ciento (10%) adicional.

Los servicios o suministros para o relacionados con procedimientos de trasplante, incluyendo trasplantes de órganos humanos, tendrán cobertura únicamente en los siguientes casos:

- a) Corazón, corazón y pulmón combinados, riñón, córnea, hígado, hueso, piel (para injerto o para cualquier otro propósito médicamente necesario).
- b) Médula ósea autóloga para:
 - Linfoma No-Hodgkin, Estadio III A o B; o Estadio IV A o B.
 - Linfoma Hodgkin, Estadio III o Estadio IV.
 - Neuroblastoma, Estadio III o Estadio IV.
 - Leucemia No-Linfocítica aguda después del primero o segundo relapso.
- c) Médula ósea alogeneica para Anemia Aplásica, Leucemia Aguda, Inmunodeficiencia combinada severa, Síndrome de Wiskott-Aldrich, Osteopetrosis Infantil Maligna (enfermedad de Albers-Schönberg u Osteopetrosis generalizada), Leucemia Mieloide Crónica, Neuroblastoma Estadio III A o B en niños mayores de un (1) año, Beta Talasemia Homocigote (talasemia mayor), Linfoma de Hodgkin, Estadio III o Estadio IV, Linfoma de No-Hodgkin, Estadio III o Estadio IV.

En caso de que el Asegurado Principal o Dependiente Asegurado requiera de un donante vivo, se consideran gastos cubiertos: los gastos médicos en que incurra el donante durante el acto quirúrgico de donación.

Los beneficios por servicios o suministros para o relacionados con el corazón, corazón y pulmón combinados y trasplante de hígado, el Asegurado Principal o Dependiente Asegurado deberá obtener aprobación expresa de la Aseguradora por adelantado, tanto para el procedimiento como para la facilidad donde el trasplante será realizado.

Los trasplantes de órganos se cubrirán únicamente cuando sean prestados en instalaciones dentro de la Red de Trasplantes de la Aseguradora. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Aseguradora, quien puede solicitar una segunda opinión médica, una vez que un médico ha determinado y documentado la necesidad de trasplantar un órgano o tejido humano.

La cobertura para trasplantes de cualquier tipo (órganos o médula ósea) queda limitada a dos (2) trasplantes de por vida y hasta un máximo acumulado de por vida de los servicios prestados y gastos incurridos hasta el máximo indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, para Trasplantes, mientras la Póliza se encuentre vigente.

F. COBERTURA DE MATERNIDAD

La Maternidad para efectos de cobertura, será considerada como cualquier otra enfermedad y se cubrirá hasta el máximo indicado en el Cuadro de Beneficios, con el Porcentaje indicado en el Cuadro de Beneficios, después de aplicar el Deducible año Póliza Local y/o Extranjero de esta Póliza.

En el evento de que el Asegurado utilice los servicios prestados por Clínicas u Hospitales no participantes en la Red Autorizada de la Aseguradora, se establece que la Participación del Asegurado penalizado con un diez por ciento (10%) adicional.

Solamente tendrá derecho al beneficio de maternidad la Asegurada Principal, Cónyuge o, en su defecto, la persona que vive en calidad de compañera permanente del Asegurado Principal inscrita en la Póliza, según sea el caso, siempre y cuando el embarazo se inicie ciento ochenta (180) días después de la fecha de inclusión de la madre en la Póliza. Se tomará como fecha de inicio del embarazo, la fecha de la última menstruación de la madre.

El Beneficio de Maternidad se limita así:

a) Gastos Prenatales Externos: Se cubrirán al Porcentaje indicado en el Cuadro de Beneficios de la Aseguradora, después de satisfacer el Deducible año Póliza de esta Póliza, todos los gastos prenatales incurridos a consecuencia del embarazo, siempre y cuando dichos gastos sean médicamente necesarios.

b) Gastos Prenatales - Paciente Interna: Aquellas complicaciones del embarazo que requieran tratamiento médico en el hospital, tales como Amenaza de Aborto, Hiperemesis Gravídica o Amenaza de Parto Prematuro, estarán cubiertos así:

- Gastos elegibles de hospital al Porcentaje indicado en el Cuadro de Beneficios de la Aseguradora después del Deducible año Póliza
- Honorarios del Ginecólogo-Obstetra al Porcentaje indicado en el Cuadro de Beneficios de la Aseguradora después del Deducible año Póliza

c) Alumbramiento: Se incluye en este beneficio cualquiera complicación del embarazo que requiera tratamiento hospitalario como paciente interna, el Parto Normal, Cesárea, Pérdida, Óbito Fetal o Aborto Terapéutico (Código Penal Artículo 137). Esta cobertura será cubierta según lo indicado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, después del Deducible año Póliza, de los gastos del hospital correspondientes a la madre. Los honorarios médicos estarán limitados a este mismo porcentaje de reembolso, después del Deducible año Póliza, correspondientes al Ginecólogo-Obstetra, Asistente y al Anestesiólogo. Estos honorarios se basarán en las tarifas establecidas para estos servicios en la Tabla de Honorarios Máximos de la Aseguradora.

d) Gastos del Recién Nacido: Siempre y cuando esta Póliza esté en vigor, y la madre esté amparada por el Beneficio de Maternidad, los hijos que le nazcan estarán cubiertos durante los primeros nueve (9) días de nacido con los siguientes beneficios:

- Gastos elegibles del hospital pagaderos al porcentaje y máximo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza de la Carátula de la Póliza.
- Honorarios Médicos pagaderos al porcentaje y máximo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza de la Carátula de la Póliza.

G. COBERTURA DENTAL

Solo se cubrirán los tratamientos dentales, curas u operaciones odontológicas, que sean a consecuencia de un accidente sufrido dentro de la vigencia de la Póliza.

En caso de fractura por trauma accidental de diente sano, la Aseguradora requiere la siguiente información:

- a) Radiografías periapicales del área afectada, antes y después del tratamiento (para una mejor evaluación, también serán necesarias fotografías, antes y después, de la restauración de las piezas afectadas).
- b) Informe del Asegurado respecto al Accidente y el Formulario de Reclamación que la Aseguradora le proporcionará, debidamente completado por el Asegurado Principal y por el Odontólogo tratante.

La atención en Cuarto de Urgencias en un hospital será considerada como una consulta inicial y se cubrirá según los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados en concepto de honorarios profesionales. Dicha atención deberá efectuarse dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas siguientes al accidente, y sólo se cubrirán los gastos señalados a continuación, ocasionados por el accidente, hasta un período máximo de ciento ochenta (180) días después del accidente. Cualquiera complicación o secuela de dicho accidente posterior al ciento ochenta (180) días no estará cubierta por esta Póliza.

Sólo se cubrirán los servicios prestados o gastos incurridos en la reconstrucción de los incisivos, caninos y premolares sanos fracturados por un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la Póliza.

La reconstrucción podrá consistir en uno o varios de los siguientes tratamientos:

- a) Ferulización de piezas luxadas y/o avulsionadas.
- b) Endodoncia comprobada por examen radiográfico.
- c) Corona con o sin perno.
- d) Puente fijo con pñóticos, sustituyendo piezas que hayan sido perdidas en dicho accidente, según comprobación de radiografías. Las radiografías iniciales deberán ser tomadas en un plazo máximo de treinta (30) días calendario después del accidente.

Los costos de esta reconstrucción serán reembolsados al Porcentaje de la Aseguradora de los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados por dicho servicio, luego de aplicar el Deducible año Póliza Local y/o Extranjero correspondiente.

Los tratamientos de Ortodoncia, así como los tratamientos por malposiciones dentales a consecuencia de un accidente, no tienen cobertura.

H. COBERTURA DE GASTOS DE REPATRIACIÓN

Si el Asegurado Principal o Dependiente Asegurado fallece fuera de su país de residencia, y la causa de muerte es debido a una condición cubierta por la Póliza, la Aseguradora reembolsará los servicios prestados y gastos incurridos en el trámite, certificaciones y traslado del Asegurado fallecido a la República de Guatemala, ya sea de los restos mortales o de sus restos mortales cremados, de acuerdo a lo que requieran las Autoridades Competentes. Este beneficio debe ser aprobado con anticipación por la Aseguradora.

La cobertura otorgada comprende los gastos de traslado desde cualquier lugar del mundo hasta el lugar del sepelio en la República de Guatemala, hasta el máximo establecido en el Cuadro de Beneficios de esta Póliza.

La suma máxima a indemnizar en concepto de esta cobertura será al límite estipulado en el Cuadro de Beneficios en la Carátula de la Póliza, al cien por ciento (100%). La cobertura aplica contra reembolso y no aplica Deducible año Póliza Local y/o Extranjero.

I. TABLA DE RESUMEN DE BENEFICIOS

La Tabla de Resumen de Beneficios (Cuadro de Beneficios) forma parte de las Condiciones Particulares de la Póliza y la misma podrá ser modificada a la renovación de la Póliza por la Compañía.

Todos los Beneficios son por Asegurado, por año Póliza y están sujetos a la aplicación del Deducible año Póliza Local y/o Extranjero y Desembolso Máximo Local y/o Extranjero hasta el Beneficio Máximo Anual de la Póliza, a menos que existan Condiciones Especiales que modifiquen lo anterior.

Los Beneficios están limitados a los Gastos Médicos Cubiertos en esta Póliza, y corresponden a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados.

Todos los beneficios están indicados en la moneda indicada en la Solicitud.

El Resumen de Beneficios muestra las Coberturas / Beneficios dentro de la Red de Proveedores Participantes de la Aseguradora. Cualquier servicio utilizado fuera de la Red de Proveedores Participantes se indemnizará al setenta (70%) después del Deducible año Póliza aplicable. El Beneficio Máximo Anual será indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2. DE LAS EXCLUSIONES

Todos los gastos ocasionados directa o indirectamente por una o cualquiera de las causas detalladas a continuación, quedan excluidos expresamente de la Póliza; y por lo tanto, la Aseguradora no tendrá ninguna obligación en virtud de los mismos:

1. Aquellos tratamientos, servicios o suministros que no estén especificados dentro de los beneficios de la Póliza, aún y cuando hayan sido recibidos por el Asegurado.
2. Procedimientos que no sean médicamente necesarios para el tratamiento de una afección, tales como pero no limitados a: Servicios de peluquería y barbería, Masajes relajantes, Servicios de Internet, la compra o alquiler de artículos para la comodidad personal (radio, televisor, aire acondicionado, vaporizador, humidificador, equipo para hacer ejercicios o similares), entre otros.
3. Prótesis, el uso de aparatos correctivos o instrumentos médicos que no sean médicamente necesarios.
4. Cualquier servicio prestado y gasto incurrido por el acompañante del Asegurado Principal durante la hospitalización del mismo en exceso de lo dispuesto bajo la "COBERTURA DE GASTOS DEL ACOMPAÑANTE".
5. Suplementos Alimenticios a menos que sean indicados por el médico tratante para darle sustento a un Asegurado que esté hospitalizado.
6. Regímenes de ejercicio y dietéticos, inyecciones, medicamentos, suplementos, cirugía o tratamientos relacionados con el control del peso del paciente, ya sea por obesidad, para aumentar apetito o por cualquier otro diagnóstico.
7. Tratamientos dentales, curas u operaciones odontológicas, que no sean a consecuencia de un accidente sufrido dentro de la vigencia de la Póliza, salvo los cubiertos bajo la "COBERTURA DENTAL".

8. Cuidado de Enfermeras Especiales, excepto en los casos cuando los servicios privados de enfermería sean indicados por el médico tratante y aprobados por la Aseguradora, de acuerdo al máximo de días establecido en el Cuadro de Beneficios.
9. Tratamiento por Deficiencia o Sobreproducción de Hormona de Crecimiento, con excepción de Enanismo Deformante, siempre y cuando el Asegurado Principal o Dependiente Asegurado que tenga esta condición haya nacido con la cobertura de esta Póliza.
10. Controles periódicos o exámenes generales o rutinarios. Se excluye también la cobertura de vitaminas, minerales, esquema de vacunación de niños sano, certificaciones médicas.
11. Exámenes de la vista y del oído, servicios optométricos, cirugía para corregir la visión, cirugía por defectos de refracción del ojo, queratotomías, queratoplastías, y queratoconos, la compra de lentes regulares, lentes de contacto, exámenes de la vista y del oído (Audiometría) y de aparatos para mejorar la audición, implantes cocleares, así como sus pruebas de ajuste.
12. Cualquier lesión o enfermedad causada como consecuencia de actos de Guerra Declarada o no, Acto de un Enemigo Extranjero, Hostilidades, Operaciones Bélicas, Invasión, Guerra Civil, Rebelión, Revolución, Insurrección, Guerrillas, Terrorismo, Golpe de Estado, Ley Marcial, Poder Usurpado o de Facto; Huelga, Motín, Conmoción Civil, Alborotos Populares; Actos de Riña, Desafío o Actos Delictivos en que el Asegurado participe por culpa de él mismo. Lesiones que se produzcan a consecuencia de delitos intencionales de los que sea responsable y/o sea participante el Asegurado.
13. Cualquier tratamiento resultante de enfermedad o lesión causada por el mismo Asegurado Principal o Dependiente Asegurado; suicidio o cualquier intento del mismo; mutilación voluntaria, aun cuando cualquiera de estas acciones se cometa en estado de enajenación mental;
14. Enfermedades o Accidentes que sufra el Asegurado estando bajo los efectos o la influencia producida por la ingestión de bebidas alcohólicas, tóxicos, drogas, narcóticos, estupefacientes o psicotrópicos.
15. Igualmente estarán excluidas las enfermedades producidas por tratamientos contra el alcoholismo y otras toxicomanías, así como sus complicaciones y otros efectos secundarios.
16. Exámenes de diagnóstico y tratamientos por Síndrome de Fatiga Crónica a consecuencia del tabaquismo, alcoholismo, obesidad o a consecuencia de cualquiera enfermedad excluida en esta Póliza.
17. Hospitalización por trastornos mentales, o por desórdenes nerviosos funcionales.
18. Enfermedades y defectos físicos congénitos o adquiridos, secuelas de accidentes, de intervención quirúrgica o de enfermedad, que, a juicio de la Junta Médica de la Aseguradora, debió ser sintomática antes de la fecha de vigencia de esta Póliza o del ingreso de algún Dependiente Asegurado en la misma. Estas Condiciones, las cuales deberán ser declaradas en la Solicitud del Seguro, estarán cubiertas después de haber transcurrido un período de espera de doce (12) meses contados a partir de la fecha de vigencia de esta Póliza, o de la inclusión de algún Dependiente Asegurado en la misma, salvo aquellas condiciones que por estipulación de la Aseguradora queden excluidas permanentemente de la cobertura de esta Póliza.
19. Enfermedades y defectos físicos congénitos en hijos nacidos de un embarazo no cubierto por la Póliza.
20. Servicios prestados por institutos o sanatorios no registrados ni autorizados como instituciones hospitalarias, donde se brinden servicios de cuidados de larga duración, tales como curas de reposo, geriatría o similares, spas o hidroclínicas.
21. Abortos y legrados uterinos punibles.

22. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas por infertilidad, impotencia, frigidez o cambio de sexo; tratamientos por disfunción o insuficiencia sexual y sus consecuencias.
23. Tratamientos o cirugía por Gigantomastia o Ginecomastia.
24. Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, como son la ligadura o extirpación de trompas y la vasectomía, ni su restitución funcional o consecuencias.
25. La práctica de deportes profesionales, así como la de cualquier deporte peligroso que exponga, por irresponsabilidad, desconocimiento o por circunstancias agravantes, la vida o la salud del Asegurado Principal o Dependiente Asegurado, tales como y no limitado a: alpinismo, paracaidismo, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, vuelo sin motor y ultraligeros, rapel y cualquier otro tipo de práctica de salto en caída libre o similares. Viajes aéreos salvo que el Asegurado Principal o Dependiente Asegurado se encuentre viajando como pasajero en rutas aéreas autorizadas.
26. Lesiones durante el ascenso, vuelo o descenso de cualquier aeronave; excepto si se viaja como pasajero en rutas aéreas autorizadas, sin desempeñar deberes de tripulación o servicio durante el vuelo.
27. Medicinas sin prescripción facultativa y/o gastos a consecuencia de evaluación y/o tratamientos relacionados por una persona no médico idóneo. No se cubrirán sustancias sin registro de medicamento y que no hayan sido aprobadas por la Oficina de Farmacia y Drogas del Ministerio de Salud de Guatemala o quien haga sus veces, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA) o por las Agencias reguladoras en Europa en caso que el servicio sea prestado en Europa.
28. Los Medicamentos de Venta Libre no estarán cubiertos bajo esta Póliza.
29. Enfermedades de transmisión sexual, salvo el HIV / SIDA si es adquirido por el Asegurado Principal o Dependiente Asegurado después de estar asegurado por cinco (5) años bajo esta Póliza, siempre y cuando no haya sido adquirido al utilizar cualquier tipo de droga intravenosa ilícita.
30. Cuando el Asegurado utilice drogas, medicamentos o tratamientos experimentales.
31. Tratamiento médico o quirúrgico contra la calvicie, acné, tratamiento cosmético o cirugía plástica, salvo la de tipo reconstructivo por accidente ocurrido estando esta Póliza en vigor.
32. Complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, tratamientos, intervenciones, lesiones o afecciones no amparadas bajo la presente Póliza, así como los servicios prestados y gastos incurridos después de la fecha de terminación de la Póliza, aun aquellos derivados de secuelas de accidentes o enfermedades conocidas o diagnosticadas durante la vigencia de la misma.
33. Tratamientos de quiropodista o de pedicuro, incluyendo los relacionados con síntomas de molestias en los pies tales como callos, pie plano, arco débil, plantillas especiales, tratamientos o cirugías por Hallux Valgus o "juanetes", dedo en gatillo y/o deformidad en los pies a menos que sean a consecuencia de un accidente. Cualquier tipo de pieza para insertar en los zapatos y en ningún caso se cubrirán la renta o compra de zapatos y plantillas ortopédicas.
34. Tratamientos o intervenciones de la articulación temporomandibular y otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura ni sus consecuencias, excepto los cubiertos por accidente ocurrido dentro de la vigencia de la presente póliza.
35. Servicios recibidos en alguna institución del Estado o cualquier otro servicio médico por los cuales no se exija pago alguno al Asegurado Principal o Dependiente Asegurado.

36. Trasplantes de órganos ni sus consecuencias, salvo aquellos procedimientos específicos establecidos en esta Póliza. En caso de que el Asegurado Principal o Dependiente Asegurado sea el receptor de un donante vivo, se excluyen todos los gastos pre quirúrgicos y post quirúrgicos del donante ocasionados por dicha donación, así como cualquiera gratificación o remuneración que el donante reciba. Se exceptúa de esta exclusión los gastos de la cirugía de trasplante del donante. Quedan excluidos los tratamientos o complicaciones posteriores a la cirugía de donación.
37. Se excluye cualquier gasto efectuado cuando el Asegurado Principal o Dependiente Asegurado son donantes.
38. Exámenes de diagnóstico y tratamientos relacionados a trastornos del sueño; incluyendo Apnea del Sueño.
39. Terapias recreativas, terapias educacionales, terapias de psicomotricidad y terapias del lenguaje.
40. Tratamientos y estudios para diagnosticar y/o corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje, el lenguaje y trastornos por déficit de atención.
41. Cualquier servicio prestado y gasto incurrido fuera de la vigencia de la Póliza.
42. Tratamientos naturistas, homeopáticos y vegetarianos, así como tratamientos médicos con base a hipnotismo.
43. Cualquier tratamiento de medicina alternativa.
44. Servicios médicos cuando el médico tratante sea familiar directo (padres, hermanos, hijos, cónyuge) del Asegurado o el mismo Asegurado, hasta el segundo grado de consanguinidad.
45. Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentenas que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias o pandemias.
46. Cuidados de Maternidad o del Recién Nacido y sus complicaciones, que estén relacionados con un embarazo no cubierto por esta Póliza.
47. Cualquier embarazo y sus complicaciones que inicie durante el periodo de espera de ciento ochenta (180) días después de la fecha de inclusión de la madre en la Póliza. Se tomará como fecha de inicio del embarazo, la fecha de la última menstruación de la madre.
48. Equipos y aparatos portátiles o para ser usados en el hogar, a menos que la Aseguradora los apruebe expresamente.
49. Costos relacionados con la preservación de médula ósea, criopreservación, células madres, sangre del cordón umbilical, o cualquier otro tejido o célula.
50. Procedimientos y/o tratamientos relacionados con implantes artificiales u órganos procedentes de animales.
51. Cualquier servicio o suministro que no sea, a juicio de la Aseguradora, médicamente necesario para el diagnóstico y/o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión accidental.
52. Cualquier monto en exceso de los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados.

53. Tratamientos experimentales o para investigación y que estén todavía en la fase investigativa, o experimentación en seres humanos, o en el proceso de ensayo clínico.
54. Gastos de cualquier tipo relacionados con enfermedades o tratamientos, medicamentos, hospitalización, servicios médicos, uso de equipo médico y/o tecnología médica, o procedimientos que se encuentren en fase experimental.
55. Cualquier servicio o suministro que no estuviere específicamente declarado como un beneficio bajo el presente Contrato.
56. Las Condiciones Preexistentes no declaradas en la Solicitud de Seguro, no estarán cubiertas en ningún momento.
57. Padecimientos que la Aseguradora haya excluido para el Asegurado Principal o sus Dependientes Asegurados, mediante un Endoso particular al momento de la suscripción del Contrato.

3. LIMITACIONES - PERÍODO DE CARENCIA:

Esta Póliza cubrirá a partir del segundo año de antigüedad del Asegurado Principal o Dependiente Asegurado afectado, los gastos resultantes de las siguientes condiciones y/o procedimientos quirúrgicos:

- Amigdalectomía y/o adenoidectomía.
- Enfermedades ano rectales.
- Circuncisión para mayores de dos (2) años.
- Cirugía funcional de nariz.
- Procedimientos quirúrgicos de columna vertebral.
- Endometriosis y/o dolor pélvico.
- Tratamiento quirúrgico, endoscópico y/o litotripsia de cálculos renoureterales y/o vesícula vías biliares.
- Hernioplastías y eventraciones cualquiera que sea su causa (incluyendo hernia hiatal y hernia de disco intervertebral).
- Cirugía de piso perineal, útero u ovarios.
- Padecimientos prostáticos.
- Cirugía de Rodilla u Hombro a menos que sea por una lesión accidental aguda.
- Tratamiento quirúrgico de tumoraciones benignas mamarias.
- Tratamiento quirúrgico de várices.
- Procedimientos quirúrgicos de vesícula y vías biliares.
- Lesiones pigmentarias de la piel, conocidas como lunares o nevus.
- Cataratas, glaucoma o pterigion.
- Las condiciones o padecimientos preexistentes declarados en la Solicitud no excluidos permanentemente por la compañía por doce (12) meses.

Una vez transcurrido el período de Carencia de doce (12) meses, esta cobertura estará sujeta a todas las demás Condiciones Generales establecidas en esta Póliza.

Si la Aseguradora rescinde el Contrato, y en esa fecha alguna de las personas cubiertas en virtud de esta Póliza se encontrase hospitalizada, y tal hospitalización fuere cubierta por este Seguro, la Compañía indemnizará los gastos

ocasionados por la misma hasta la fecha de fin del Contrato. No se reconocerá ningún beneficio posterior a la fecha de fin de Contrato.

V. CLÁUSULA QUINTA: PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

1. PRE-AUTORIZACIÓN DE RECLAMACIONES

Algunos beneficios bajo esta Póliza están sujetos a un requisito previo de notificación y pre- autorización. La pre- autorización le permite a la Aseguradora confirmar la cobertura del Asegurado y autorizar los beneficios como corresponde. El Asegurado deberá notificar siempre a la Aseguradora sobre su intención o necesidad de hospitalizarse, o de someterse a una cirugía ambulatoria fuera del consultorio del médico tratante, y deberá obtener previamente la autorización correspondiente.

El Asegurado deberá notificar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia deberá ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento.

2. PAGO DIRECTO

En el caso de que el Asegurado requiera y solicite la atención de los proveedores de la Red de Proveedores Preferidos para pago directo, podrá hacer uso de este servicio previa autorización de la Aseguradora, quien efectuará el pago de los gastos cubiertos por la Póliza directamente a dichos Proveedores, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, el Copago (si lo hubiera), así como el Deducible y la Participación del Asegurado que correspondan.

El servicio de Pago Directo estará sujeto a la oportunidad, viabilidad y procedencia del caso por parte de la Aseguradora.

Una vez aprobado el servicio de Pago Directo pactado con el Proveedor de la Red por concepto de honorarios profesionales por un procedimiento, la Aseguradora no pagará ninguna otra cantidad por este mismo concepto.

3. REEMBOLSO DE GASTOS

El Asegurado Principal o sus Dependientes Asegurados podrán realizar reclamos a la Aseguradora por gastos incurridos con otros Proveedores de Servicios Médicos que no figuren en la Red de Proveedores Preferidos de conformidad con las condiciones de la Póliza, debiendo enviar los siguientes documentos a la Aseguradora para comenzar el proceso de Reclamo:

- a. Formulario (s) de Reclamación por cada enfermedad o accidente, debidamente completado y firmado. El (Los) formulario (s) será proveído a los Asegurados por los medios que la Aseguradora estime conveniente.
- b. Facturas originales de cada Proveedor.
- c. Fotocopia de los expedientes médicos y documentos correspondientes, si así se requiriera.

La Aseguradora podrá solicitar al Asegurado cualquier información que considere relevante, tales como resúmenes clínicos, resultados de exámenes de diagnóstico y reportes médicos; de igual forma, la Aseguradora podrá requerir al Asegurado que se realice exámenes médicos con el médico de la elección de la Aseguradora (bajo el costo de la Aseguradora), quien a su vez proporcionará a la Aseguradora un reporte médico sobre el estado de salud del Asegurado.

El Asegurado debe proporcionar a la Aseguradora todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite la Aseguradora, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga tales expedientes y reportes médicos. De conformidad con el Artículo 897 del Código de Comercio, la Aseguradora tendrá derecho a exigir del Asegurado o del Dependiente, toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro, por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

Si el Asegurado Titular o sus Dependientes no cumple con las obligaciones de dar aviso del siniestro en los términos del Artículo 896 del Código de Comercio de Guatemala (dar aviso dentro de un plazo de cinco (5) días, la Aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que hubiere correspondido si el aviso se hubiere dado oportunamente, de conformidad con el Artículo 914 (Omisión de aviso) del mismo Código.

La Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones de conformidad con el Artículo 915 (Extinción de responsabilidad) si:

- a) Se omite el aviso del siniestro con la intención de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias.
- b) Con el fin de hacerle incurrir en error, se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieren excluir o restringir sus obligaciones.
- c) Con igual propósito, no se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro o la prueba de pérdida.

Cuando se verifique que el reclamo procede conforme a lo estipulado en esta Póliza, la Aseguradora reembolsará al Asegurado Titular la cantidad Razonable, Usual y Acostumbrada de los cargos reembolsables que le hayan sido sometidos a estudio. Si el Asegurado Titular falleciera, cualquier reclamo pendiente será pagado al Beneficiario de la Póliza. La Aseguradora pagará los reclamos en los plazos establecidos en el artículo 34 de la Ley de la Actividad Aseguradora.

4. GASTOS EN EL EXTRANJERO

Los gastos y/o tratamientos médicos en el extranjero deberán ser autorizados previamente por la Aseguradora. La Aseguradora tomará los siguientes criterios para la autorización de gastos en el extranjero:

- Si el tratamiento médico o intervención quirúrgica no puede ser realizado en Guatemala por el nivel de complejidad, o requerimiento de equipo o tecnología médica específica, entonces la Aseguradora podrá autorizar el requerimiento de acuerdo a las condiciones de la Póliza contratada.
- Los gastos médicos por maternidad, no tendrán cobertura en el extranjero a menos que exista una indicación médica que respalde la necesidad de un tratamiento específico que no pueda darse en Guatemala.

El Asegurado tendrá la obligación de enviar a la Aseguradora con al menos diez (10) días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al Hospital o Centro de Atención Médica los siguientes documentos:

- Formularios de la Aseguradora.
- Informes médicos que respalden la necesidad de recibir tratamiento en el extranjero.
- Resultados de exámenes médicos que respalden el o los diagnósticos.
- Los que la Aseguradora considere necesarios para la evaluación del caso.

En el caso de una Urgencia Médica, se deberá notificar a la Aseguradora durante las veinticuatro (24) horas siguientes del ingreso al hospital.

Para los gastos generados en territorio extranjero se aplicará el Deducible y Coaseguro correspondientes señalados en la carátula de la Póliza.

El reembolso por Gastos Médicos en el extranjero que no haya sido previamente autorizado por la Aseguradora tendrá una penalización en la participación del Asegurado correspondiente a un coaseguro del cuarenta por ciento (40%); quedando la Aseguradora con la cobertura de un sesenta por ciento (60%) de los gastos cubiertos según las condiciones de la Póliza, y de acuerdo a los Gastos Razonables y Acostumbrados.

El Asegurado Titular o Dependiente deberá residir permanentemente en Guatemala al momento de la contratación del Seguro. Se conceden sesenta (60) días de cobertura por viaje o traslado al extranjero. Pasado este período, el Asegurado queda sin cobertura para gastos médicos en el extranjero.

VI. CLÁUSULA SEXTA: DE LAS DISPOSICIONES GENERALES

1. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar o rechazar cualquier Solicitud de Seguro.

La fecha del inicio de la vigencia de la Póliza, será aquella que se indique en la Carátula de la Póliza y su perfeccionamiento estará condicionada al pago de la prima correspondiente.

La Póliza tiene una vigencia de doce (12) meses y se renovará automáticamente por períodos de doce (12) meses adicionales con el pago de la prima correspondiente, sujeto a las definiciones, condiciones y otras disposiciones de la Póliza vigentes en el momento de la renovación.

2. REHABILITACIÓN

Toda Póliza que tenga su cobertura suspendida por incumplimiento de pago podrá solicitar su rehabilitación para ser evaluada por la Aseguradora. No obstante, la Aseguradora se reserva el derecho de declinar dicha Rehabilitación de la Póliza cuando dentro del periodo de suspensión de cobertura haya incurrido en gastos y servicios prestados o los riesgos asegurados en esta Póliza cambiaran o variaran.

Si la Aseguradora ha cancelado la Póliza debido al incumplimiento de pago de primas, una vez vencido el periodo de suspensión de sesenta (60) días, la Póliza podrá ser rehabilitada bajo las siguientes condiciones:

- a) El Asegurado Principal deberá completar y firmar la Solicitud de Rehabilitación que provee la Aseguradora;
- b) La Solicitud de Rehabilitación y el pago de las primas atrasadas se reciben en la Aseguradora previo a realizar la rehabilitación;
- c) La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar o declinar dicha Solicitud de Rehabilitación.

3. DEDUCIBLE AÑO PÓLIZA

Es la cantidad predeterminada de dinero que asume el Asegurado por las prestaciones. El Deducible está indicado en las Condiciones Particulares y su monto dependerá del lugar de la prestación del reclamo. Una vez acumulado el Deducible año Póliza correspondiente, entonces se aplicarán las Coberturas y Servicios de la Póliza.

Esta Póliza establece dos (2) Deducibles año Póliza distintos:

1. Para la República de Guatemala.
2. Para cualquier otro país.

Ambos Deducibles son acumulables por año Calendario por separado y no podrán ser catalogados como uno solo al momento de incurrir en los gastos descritos anteriormente. El Deducible se aplicará para cada Asegurado Principal y/o Familiar Asegurado.

Los gastos amparados tanto en la Cobertura de Hospital y Urgencia como en los Tratamientos Ambulatorios por concepto de servicios prestados e incurridos en otros países, fuera de la República de Guatemala se indemnizarán luego de completado el Deducible año Calendario establecido en las Condiciones Particulares.

Todos aquellos gastos médicos elegibles aplicables al Deducible año Calendario, se recibirán para su debida tramitación, una vez sea completado el Deducible año Calendario que establece esta Póliza y no antes.

Para los fines de esta Póliza se entenderá que aplicarán los Deducibles respectivos dependiendo si la atención médica ha sido brindada dentro o fuera de la República de Guatemala. Los Deducibles antes indicados estarán estipulados en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Los gastos no elegibles no son acumulables al Deducible Año Calendario.

4. DESEMBOLSO MÁXIMO AÑO CALENDARIO EN CONCEPTO DE COASEGURO

El porcentaje de Coaseguro asumido por el Asegurado y / o Familiar Asegurado es acumulado hasta la cantidad máxima por año Calendario indicada en las Condiciones Particulares, que como participación pagará cada Asegurado sobre el gasto total después de haber cubierto el Deducible año Calendario:

Esta Póliza establece dos (2) Desembolsos Máximos Anuales Año Póliza distintos:

1. Para la República de Guatemala.
2. Para cualquier otro país.

Los Desembolsos Máximos Anuales son acumulables por separado y no podrán ser catalogados como uno solo al momento de acumularse. El Desembolso Máximo Año Póliza se aplicará para cada Asegurado Principal y/o Familiar Asegurado.

Los gastos no amparados no son acumulables en el Desembolso Máximo Año Calendario.

A partir de cuándo el Asegurado Principal o uno de sus Dependientes Asegurados complete el Desembolso Máximo Anual, establecido en el Cuadro de Beneficios, la Aseguradora asumirá el pago del cien por ciento (100%) de todos los gastos médicos elegibles en los que incurra el Asegurado Principal o uno de sus Dependientes Asegurados durante el resto del año calendario en que se satisfaga el mismo.

5. RENOVACIÓN

Al finalizar la vigencia de la Póliza estipulada en este Contrato, se entenderá como renovada la Póliza por un nuevo período de igual duración. Las Condiciones Generales aplicables, serán las que rijan para el Contrato de Seguro en la fecha de renovación.

Para el incremento en la prima que se efectuará para cada renovación serán tomados en cuenta entre otros, los siguientes factores:

- Por inflación todos los años.
- Por cambio en rango de edad.
- Por siniestralidad de portafolio.

6. PAGO DE LA PRIMA

El Asegurado Principal es responsable del pago oportuno. La prima es pagadera en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o en cualquier otra fecha de pago que haya sido convenida con la Aseguradora. El Asegurado Principal es responsable del pago sin necesidad de requerimiento previo por parte de la Aseguradora.

Todas las Pólizas son consideradas Contratos anuales. Las primas pueden ser pagadas en forma anual, semestral, trimestral o mensual, según sea convenido con la Aseguradora.

7. PERÍODO DE GRACIA

Si el pago de la prima no es recibido en la fecha de pago convenida, la Aseguradora concederá un período de gracia de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha en que debió efectuarse el pago. Si la prima no es recibida por la Aseguradora antes de que termine el período de gracia, esta Póliza y todas sus coberturas se considerarán terminadas en la fecha original del vencimiento de la prima. En este caso, ningún gasto será cubierto durante el Período de Gracia.

8. PERÍODO DE ESPERA O CARENCIA

Durante los primeros sesenta (60) días calendario contados a partir de la fecha de inicio de vigencia, se cubrirán solamente Accidentes y Enfermedades Infecciosas.

9. LÍMITE DE MÁXIMO ANUAL o VITALICIO

El Máximo Vitalicio es la Suma Asegurada que tiene la Póliza durante todo el tiempo de su vigencia incluyendo las renovaciones, ya sea globalmente para todas las coberturas en conjunto o bien en particular para alguna cobertura específica o para algún beneficio o rubro de beneficio asociado a una o varias coberturas según se estipule en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, que correrá a cargo de la Aseguradora por cada Asegurado, como resultado de recibir servicios médicos y hospitalarios elegibles cubiertos bajo la Póliza, siempre y cuando, los servicios se reciban en el área geográfica de cobertura indicada en la Carátula de la Póliza.

En el caso del Máximo Anual, las condiciones rigen para el actual período de vigencia, y al momento de la renovación anual, se restablecen las coberturas y condiciones por un período anual adicional.

Cuando se incrementen los límites de responsabilidad de una o varias coberturas, los mismos aplicaran solamente para aquellas incapacidades o padecimientos que se originen después de la fecha de la modificación. Las incapacidades o padecimientos existentes previamente, mantendrán sus coberturas vigentes antes de la fecha del cambio.

10. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

La póliza puede ser cancelada por una de las siguientes circunstancias:

- a. Por falta de pago de la prima, después del período de gracia, o
- b. A solicitud por escrito del Asegurado Principal para terminar su cobertura, o
- c. A solicitud por escrito del Asegurado Principal para terminar la cobertura para algún Dependiente, o
- d. Por notificación por escrito de la Aseguradora con quince (15) días de anticipación en los casos previstos en el Código de Comercio de Guatemala, o
- e. Por falsa o inexacta declaración de salud. Cualquier omisión de información que permita a la Aseguradora valorar el riesgo a asegurar, será causal de terminación de Contrato, o
- f. Por cambio de país de residencia.

En caso de terminación del Contrato por falta de pago de prima, el Asegurado podrá solicitar su rehabilitación cumpliendo los siguientes requisitos:

- a. Pago de primas pendientes.
- b. Carta de No Siniestro de todos los Asegurados de la Póliza.
- c. Comprobación de estado de salud de todos los Asegurados de la Póliza.

La Aseguradora tiene el derecho de rechazar la Solicitud de Rehabilitación de cualquier Asegurado de la Póliza.

11. LIMITACIÓN DE AUTORIDAD

Ningún Intermediario de Seguro tiene autoridad para cambiar la presente Póliza o eliminar ninguna de sus condiciones. Después de emitida, ningún cambio en la Póliza será válido, a menos que sea solicitado por escrito por el Asegurado y aprobado por la Aseguradora.

12. DECLARACIONES FALSAS E INEXACTAS

La Póliza será indisputable por omisión, falsa o inexacta declaración inmediatamente después de haber cumplido el segundo año de vigencia. En el caso de nuevos Dependientes, la indisputabilidad en cuanto a estos será después de dos (2) años contados desde la fecha en que respectivamente quedan asegurados.

En el caso de declaración inexacta en la edad del Asegurado Principal y/o cualquier Dependiente, la Aseguradora sólo podrá dar por terminado el Contrato, si la edad real estuviere fuera de los límites de admisión fijados por la Aseguradora.

Si la edad real del Asegurado estuviere dentro de los límites de admisión fijados por la Aseguradora, y como consecuencia de la declaración inexacta de su edad, se hubiere fijado una prima menor o mayor, se procederá a ajustar la misma según corresponda durante el año de póliza vigente.

Si la edad del Asegurado estuviera fuera de los límites de elegibilidad de la Aseguradora se procederá a la devolución de la prima no devengada.

Para los cálculos mencionados en este artículo se aplicarán las tarifas que hubieran estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato.

En el caso de declaración inexacta en la declaración de salud del Asegurado Principal y/o cualquier Dependiente, la Aseguradora podrá dar por terminado el Contrato.

13. BENEFICIARIOS

En caso del fallecimiento del Asegurado Principal, la Aseguradora pagará cualquier beneficio pendiente de pago a los Beneficiarios, conforme a lo indicado en la Solicitud de la Póliza.

14. OTROS SEGUROS

De existir otro seguro de Gastos Médicos, incluyendo programas patrocinados por el gobierno, este hecho deberá ser declarado en el momento de adquirirlo, o cuando se llene la Solicitud de Seguro original de la Aseguradora. En caso de reclamación, se deberá presentar verificación del otro seguro de Gastos Médicos y copia de las facturas desglosadas, conjuntamente con la liquidación de los gastos pagados por la otra Aseguradora. La Aseguradora procederá a establecer una coordinación de beneficios donde los montos pagados por la otra Aseguradora serán

aplicados al Deducible inicialmente y de acuerdo a los beneficios y limitaciones de esta Póliza. El total de los pagos efectuados no podrá exceder el cien por ciento (100%) del monto de los gastos incurridos.

15.SUBROGACIÓN DE DAÑOS

La Aseguradora tiene derecho a la subrogación o reembolso por parte del Asegurado a quien ha pagado, o en cuyo nombre ha pagado, así como a cualquier reclamación, si el Asegurado ha recobrado todo o parte de tal pago de parte de una tercera entidad. Además, la Aseguradora tiene el derecho de proceder a su propia costa en nombre del Asegurado contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta Póliza, o que sean responsables por haber causado una lesión cubierta bajo esta Póliza. Esto aplica proporcionalmente, incluso si el Asegurado no recupera el total de su reclamación en contra de dichas personas, y también si el pago que el Asegurado recibe se describe como pago por otros gastos que no sean por cuidado médico. Los gastos incurridos por concepto de honorarios legales u otros no podrán descontarse para reducir la cantidad que debe rembolsar a la Aseguradora.

16.AVISOS Y NOTIFICACIONES

El Asegurado Principal deberá enviar todas las notificaciones e informaciones que se relacionen con este Contrato de Seguro directamente a las oficinas centrales de la Aseguradora en la Ciudad de Guatemala, cuya dirección está señalada en la Carátula de la Póliza. La Aseguradora, por su parte, enviará las notificaciones pertinentes a la dirección que el Asegurado Principal señaló en la Solicitud de la presente Póliza, o a la última dirección registrada en la Aseguradora.

17.RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS (Arbitraje)

Toda contienda que surja entre las partes a causa del siniestro o de la interpretación de las cláusulas de la presente Póliza, se resolverán en primer lugar por la vía conciliatoria entre el Asegurado y/o El Contratante y La Aseguradora. Si no se llegara a una conciliación, ambas partes acuerdan someter las diferencias surgidas de la aplicación, ejecución o interpretación de esta Póliza, al procedimiento arbitral previsto en la Ley de Arbitraje, Decreto 67-95 del Congreso de la República y sus reformas, para cuyos efectos se observarán las reglas siguientes:

- a. Si la controversia gira alrededor de la prescripción o alcances de cobertura de la Póliza o de un asunto de puro derecho, el Arbitraje será de Derecho.
- b. Si la controversia gira alrededor de montos, o aspectos técnicos o científicos del reclamo, se someterá a Tribunal de Arbitraje de Equidad;
- c. Las partes someterán el conocimiento del asunto a la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala (CRECIG) e igualmente aplicarán su Reglamento.

18.PRESCRIPCIÓN

Todos los derechos y acciones que deriven de esta Póliza prescribirán en el término de dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y si el Beneficiario no tiene conocimiento de su derecho, la prescripción se consumará por el transcurso de cinco (5) años, contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones de la Aseguradora.

19.OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO Y PAGO DE RECLAMO

SERVICIO DE PAGO DIRECTO Y PRE-AUTORIZACIÓN DE BENEFICIOS

Cuando el Asegurado requiera y solicite la atención de los servicios de la Red de Proveedores para Pago Directo, podrá utilizar este servicio una vez sea autorizado por la Aseguradora. Este servicio consiste en que la Aseguradora pagará los gastos cubiertos bajo la Póliza directamente a los proveedores negociados; quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos y la participación, deducible y coaseguro, que corresponda.

El Servicio de Pago Directo estará sujeto a las condiciones pactadas en el Contrato de Seguros y, para poder gozar de este servicio, la prima del seguro deberá estar pagada según la frecuencia acordada. Las pólizas que están en mora, no podrán gozar del servicio de Pago Directo.

Es necesario gestionar una autorización previa a gozar de este servicio. Por medio de dicha autorización, la Aseguradora confirma la cobertura y las condiciones bajo las cuales aplica el servicio. El Asegurado deberá notificar a la Aseguradora cuando tenga la necesidad de utilizar el Seguro para cualquiera de los beneficios amparados. Para esto, deberá notificar a la Aseguradora con una anticipación de al menos setenta y dos (72) horas antes de recibir un servicio médico. En el caso de emergencias médicas, el Asegurado deberá notificar a la Aseguradora dentro de las siguientes cuarenta y ocho (48) horas del inicio de dicho evento.

Los Proveedores dentro de la Red de Pago Directo están sujetos a cambios; por lo que es importante que el Asegurado valide la afiliación del proveedor a la Red.

El Asegurado prestará toda la ayuda que esté a su alcance para facilitar la investigación y el ajuste de cualquier reclamación, obligándose a presentar para su examen todos los documentos, facturas y comprobantes que en cualquier forma estén relacionados con la reclamación presentada. La Compañía podrá requerir al Asegurado que colabore en todas las investigaciones y procesos, a través de cualquier documento, información o declaración que sean reconocidos en derecho como válidos.

El Asegurado Principal está obligado a declarar honestamente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea exigido por la Compañía.

La falta de cumplimiento de estas obligaciones o negligencia de terceros en la salud y bienestar del Asegurado, o su resistencia al cumplimiento, relevará a la Compañía de la obligación de cubrir la indemnización correspondiente.

20. MONEDA

Todos los pagos realizados por el Asegurado Principal y la Aseguradora, deben ser ejecutados en la moneda estipulada en la Carátula de la Póliza.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 385-2022 del 8 de marzo del 2022, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.