



CONDICIONES GENERALES

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A., se compromete a reembolsar al Asegurado Principal bajo la cobertura de esta Póliza, los Gastos Médicos 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 incluyendo los montos de Deducibles aplicables, y a los límites estipulados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

I. CLÁUSULA PRIMERA: DEL CONTRATO

1. CONTRATO

Estas Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, la Carátula de la Póliza, el Cuadro de Beneficios, el Certificado Individual, el Consentimiento Individual 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 Contratante al recibir la Póliza y el (los) Asegurado(s), al recibir el (los) Certificado(s) Individual(es) debe cerciorarse que concuerde con lo solicitado a la Aseguradora, para los efectos de los primeros párrafos del artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala que dice 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 (15) 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 (15) 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.

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: Es la acción repentina, violenta y fortuita de un agente externo que actúa independientemente de la voluntad del Asegurado y que cause a éste lesiones corporales.

ABUSO DE ALCOHOL O DROGAS: A cualquier patrón de uso patológico voluntario o involuntario de alcohol o drogas que causa deterioro en el funcionamiento 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 con equipamiento y personal médico entrenado para el traslado de personas heridas o enfermas.

AMBULANCIA AÉREA: Al transporte aéreo configurado para el transporte de pacientes ambulatorios u otros pacientes que requieren cuidado incluyendo, pero no limitado, a apoyo básico de vida o apoyo 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.

ANEXO: Es el documento que forma parte integrante de la Póliza que puede ser emitido simultáneamente con la Póliza o que se agreguen con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales.

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.

ASEGURADO: Es la persona individual que a solicitud del contratante queda cubierta por un seguro colectivo. Para efectos de esta Póliza, Asegurado comprenderá al Asegurado Principal y Asegurados Dependientes (Cónyuge o Conviviente e Hijos Dependientes).

ASEGURADO PRINCIPAL: Es la persona natural no menor de quince (15) años y menor de setenta (70) años al momento de la contratación del Seguro, que se obliga a pagar la prima correspondiente y tiene derecho a recibir el pago de los gastos cubiertos a que hubiere lugar por esta Póliza, y 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) soltero(a) del Asegurado desde los catorce (14) días de edad hasta su décimo noveno (19º.) cumpleaños, siempre y cuando el niño dependa económicamente del Asegurado Titular y conviva con él.
- Hijo(a) soltero(a) con al menos diecinueve (19) años de edad, pero menor de veinticinco (25) años, y matriculado como estudiante a tiempo completo en un colegio o universidad acreditada y que no sea empleado(a) a tiempo completo.
Se entiende por estudiante a tiempo completo a la persona matriculada en una institución educativa debidamente autorizada como tal, a la cual asiste en forma regular, cumpliendo con un programa de estudios.
- 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 este para su sustento y manutención porque se encuentre imposibilitado de trabajar a consecuencia de un impedimento físico o retardo del desarrollo cognitivo, que ocurriese antes de alcanzar la edad límite y mientras estuviese asegurado por esta Póliza.

ASEGURADORA: ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

BAJAS DE ASEGURADOS: A los egresos de Asegurados por separación del Grupo Asegurado de acuerdo a las Condiciones de la Póliza, posteriores al inicio de Vigencia de la Póliza y durante la vigencia de la Póliza.

BENEFICIO: Es el gasto médico cubierto y pagadero por la Aseguradora de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza.

BENEFICIARIO: Es la persona designada por el Asegurado Principal en el Consentimiento Individual 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.

CARÁTULA DE LA PÓLIZA: Al documento de la Póliza que especifica los datos particulares del Contratante, la fecha de Inicio de Vigencia, la fecha de Fin de Vigencia, el Cuadro de Beneficios, cualquier limitación del Seguro y forma parte del Contrato de Seguro.

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.

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 la Evaluación de Riesgo de un Consentimiento Individual.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Al documento que extiende la Aseguradora, en el que se describe el número de Póliza, nombre del Asegurado Titular y sus Asegurados Dependientes si los hubiere, las fechas de Inicio y Fin de la Vigencia del Asegurado, Coberturas y Sumas Aseguradas contratadas, Beneficiarios si hubiere.

CESÁREA ELECTIVA O PLANEADA: Es la cesárea programada, decidida desde la consulta externa o al momento del parto a solicitud de la Asegurada, sin que exista sufrimiento fetal o complicaciones maternas.

CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Es un procedimiento de diagnóstico invasivo, o al tratamiento de una enfermedad o lesión mediante operaciones manuales o instrumentales realizados 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 o para tratar un desorden nervioso producido por la presencia de secuelas causadas por accidentes o cirugías por malignidad.

CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA: Es 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 el porcentaje establecido a ser cubierto por el Asegurado al momento en el que éste incurra en un siniestro.

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/o Certificado Individual.

COMPLICACIÓN: Es la condición que sobreviene en el curso evolutivo de una enfermedad o lesión accidental y que altera el pronóstico al dificultar o impedir 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 normal evolución 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 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.

CONDICIÓN PARTICULAR: Son aquellas estipulaciones que por su naturaleza no son materia de Condiciones Generales y que permiten la individualización de una Póliza de seguro determinada, especificando sus particularidades.

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 algún 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.

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL: A la declaración extendida en un formulario por un Solicitante sobre sí mismo y sus Dependientes, utilizada por la Aseguradora para determinar su

asegurabilidad. Este Consentimiento incluye historial médico, cuestionarios, 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.

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

CONTRATANTE: es la persona individual o jurídica que celebra y mantiene un contrato de seguro colectivo con una aseguradora, con el fin de asegurar a un grupo asegurable.

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, lo cual deberá demostrarse fehacientemente a satisfacción de la Aseguradora.

CÓNYUGE: Es la persona con quien el Asegurado ha contraído matrimonio, válido en la jurisdicción donde se efectuó dicho matrimonio.

COPAGO: Es el monto fijo establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, a ser cubierto por el Asegurado en el momento en el que este incurre en un siniestro.

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 toda vez superen el Deducible, Copagos y participación del Asegurado que sean aplicables.

CUIDADOS A DOMICILIO: Son los servicios que ofrece 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 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.

DEDUCIBLE: Es el monto que cada Asegurado debe cubrir por cuenta propia en un solo evento o bien, debe acumular durante el año calendario por razón de gastos elegibles cubiertos y que estará indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual. Después de satisfecho el Deducible, la Aseguradora pagará el porcentaje de participación estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual. 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 y/o Certificado Individual.

DEDUCIBLE CATASTRÓFICO: Es la cantidad de gastos médicos elegibles cubiertos que debe cubrir el Asegurado, en caso de un accidente en el cual más de un miembro de una familia sufre lesiones.

DEDUCIBLE FAMILIAR: Es la suma de los Deducibles individuales de tres (3) miembros de una misma familia (Asegurado Titular y Dependientes), incurridos en el mismo Año Calendario.

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

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.

DONANTE: Es la persona que cede un órgano o tejido para ser recibido por un receptor o por un centro de trasplante legalmente autorizado.

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: Es toda alteración en la salud que resulte de la acción de agentes mórbidos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

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

ESPECIALISTA: Un cirujano, anesthesiólogo u otro profesional de la medicina que no sea un médico o doctor general y 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.

EXPERIMENTAL: A cualquier tratamiento, procedimiento, medicamento, equipo, drogas, dispositivos, suministros u hospitalización 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.

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 y se indica en el Certificado Individual.

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA: Es la fecha en que la Póliza entra en vigor, tal como aparece en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

FECHA FIN DE VIGENCIA: Es la fecha en que concluye la cobertura de la Póliza, tal como aparece en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

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.

GRUPO ASEGURABLE: Al conjunto de personas individuales, que mantienen un vínculo o interés en común con el Contratante, previo e independiente de la celebración de este Contrato de Seguro.

GRUPO ASEGURADO: Al conjunto de personas individuales que, satisfaciendo las características del Grupo Asegurable, están cubiertos por este contrato de Seguro Colectivo

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 ANESTESIÓLOGO: 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 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 las cuales se les cobra una suma que el Asegurado está legalmente obligado a pagar, a falta de un Seguro;
- 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 VITALICIO DE COBERTURA: Es la cantidad total pagadera a un Asegurado. Esta cantidad es la acumulación de las sumas pagaderas durante el tiempo que el Asegurado está cubierto en la Póliza y sus renovaciones, hasta el máximo indicado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual. No obstante, los Asegurados Dependientes podrán continuar asegurados después que el Asegurado Principal haya agotado su propio límite máximo.

El límite máximo del Asegurado se reducirá cuando el Asegurado cumpla setenta y un (71) años y quedará estipulado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

LÍMITE DE PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO: Es la cantidad máxima de Participación que absorbe el Asegurado, de acuerdo con las condiciones y montos indicados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual por evento en un año calendario.

MÉDICAMENTO NECESARIO O NECESIDAD: Es el Servicio Médico, Suministro, Equipo, Medicamento por Receta Médica, o estadía en un Hospital que:

- Sea apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad 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.

MEDICAMENTO

Es toda sustancia o mezcla de fármacos integrados que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

MEDICAMENTO GENÉRICO: Es aquel que no se distribuye con el nombre comercial pero posee la misma concentración y dosificación que su equivalente de marca.

MEDICAMENTO BIOEQUIVALENTE: Es el medicamento que tiene el mismo principio activo o fármaco, que el original y que tiene equivalencia terapéutica.

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 autorizado para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios. También se incluirá a personas legalmente autorizadas para el ejercicio de la práctica de odontología. Para efectos de la Aseguradora, un médico no incluye una persona que: viva en el hogar del Asegurado o sea parte de su familia, entendiéndose como tal a aquellos parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.

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.

PERÍODO DE ESPERA O CARENCIA: Es el período durante el cual la Aseguradora no cubre ciertos beneficios 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 o por dificultades en el parto, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después de varios años.

PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO: Es el porcentaje y/o monto 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 humano, en el que el bebé nace sin intervención quirúrgica invasiva.

PRE-AUTORIZACIÓN: 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.

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 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. 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.

SEGURO COLECTIVO: es un contrato de seguro que proporciona cobertura a un grupo asegurado.

SERVICIOS AMBULATORIOS: 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, a donde se acude por enfermedad o lesión, pero donde no se es internado o recluso por un periodo de veinticuatro (24) horas, y donde 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. 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 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.

SOLICITANTE: A la persona que firma el Consentimiento Individual.

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 hacen necesarios 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.

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.

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.

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) No ser menor de quince (15) años de edad, ni mayor 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 una evaluación médica completa para los Solicitantes a partir de los cincuenta (50) años de edad, o si se declara alguna enfermedad existente;
- d) Pagar la prima correspondiente.

La Aseguradora puede solicitar una evaluación médica, derivado de las respuestas proporcionadas en el Consentimiento Individual.

Para los Dependientes elegibles:

- a) Cónyuge legítimo del Asegurado Titular o Conviviente del Asegurado Titular.
- b) Hijo(a) natural, hijastro, o legalmente adoptado(a) soltero(a) del Asegurado cuyas edades no sean mayores diecinueve (19) años de edad, siempre y cuando el niño dependa económicamente del Asegurado Titular y conviva con él.
- c) Hijo(a) soltero(a) con al menos diecinueve (19) años de edad, pero menor de veinticinco (25) años, y matriculado como estudiante a tiempo completo en un colegio o universidad acreditada y que no sea empleado(a) a tiempo completo. Se entiende por estudiante a tiempo completo a la persona matriculada en una institución educativa debidamente autorizada como tal, a la cual asiste en forma regular, cumpliendo con un programa de estudios.

Los límites de edad que se aplican a el (los) hijo(s) dependiente(s) no se aplicarán a ningún hijo(s) del Asegurado Titular que dependa de este para su sustento y manutención porque se encuentre imposibilitado de trabajar a consecuencia de un impedimento físico o retardo mental, que ocurriese antes de alcanzar la edad límite y mientras estuviese asegurado por esta Póliza.

2. RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO

2.1 Deducible Anual:

Se aplicará un (1) Deducible Anual por cada Asegurado definido en la Póliza. La Aseguradora, para ciertos beneficios y ciertos proveedores de la red, puede exonerar el pago de este Deducible.

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

2.2 Participación del Asegurado:

Por cada reclamación, el Asegurado deberá hacer frente a un porcentaje de participación de los gastos y al Deducible estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

2.3 Copago / Coaseguro:

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 y/o Certificado Individual.

IV. CLÁUSULA CUARTA: DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS Y LOS BENEFICIOS ELEGIBLES Y LAS EXCLUSIONES

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

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 reembolsará los gastos médicos cubiertos Usuales, Acostumbrados y Razonables hasta la Suma Asegurada contratada y estipulada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual y en el Cuadro de Beneficios, ajustándola previamente en su caso, al Deducible, Copagos y participación del Asegurado, así como a las limitaciones consignadas en la Póliza.

La Cobertura de Gastos Médicos son todos aquellos Beneficios Elegibles efectivamente incurridos por un Asegurado.

BENEFICIOS ELEGIBLES

1.1 GASTOS DEL HOSPITAL

La Aseguradora cubrirá los gastos erogados en un Hospital, los cuales comprenden:

- a) La utilización de la sala de operaciones, recuperación y curaciones.
- b) Estancia del Asegurado por habitación privada o semi-privada y alimentos.
- c) Estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedio y/o unidad de cuidados intensivos.
- d) Cuidados generales de enfermeras,
- e) Medicamentos administrados dentro del Hospital,
- f) Servicios de Diagnóstico.

1.2 GASTOS AMBULATORIOS

La Aseguradora cubrirá los gastos erogados por los tratamientos o servicios médicos ambulatorios proporcionados que no requieren de una admisión intra-hospitalaria.

1.3 HONORARIOS MÉDICOS

HONORARIOS DEL CIRUJANO: Los honorarios del cirujano se cubren con base en los honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables que corresponden a los procedimientos quirúrgicos realizados, o con base en las tarifas especiales establecidas o pactadas por la Aseguradora para un área geográfica, país o proveedor determinado. La atención médica en el hogar tendrá cobertura de acuerdo con la condición del asegurado e informes médicos presentados incluyendo el plan de tratamiento.

HONORARIOS DEL ANESTESIÓLOGO: Los Honorarios del Anestesiólogo se cubren con base en los honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables en proporción a los honorarios médicos cubiertos del cirujano principal para los procedimientos quirúrgicos realizados, o con base en las tarifas especiales establecidas o pactadas por la Aseguradora para un área geográfica, país o proveedor determinado.

HONORARIOS DEL MÉDICO-CIRUJANO ASISTENTE: Los Honorarios del Médico/Cirujano Asistente se cubren con base en los honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables en proporción a los honorarios médicos cubiertos del cirujano principal para los procedimientos quirúrgicos realizados, o con base en las tarifas especiales establecidas o pactadas por la Aseguradora para un área geográfica, país o proveedor determinado.

HONORARIOS DE ENFERMERO (A) INTRA-HOSPITALARIA: Los Honorarios de Enfermería Intrahospitalaria se cubren con base en los honorarios Usuales, Acostumbrados y Razonables, siempre y cuando sean médicamente necesarios.

HONORARIOS DE ENFERMERO (A) EN EL HOGAR: Si el médico tratante determina que es indispensable, y que no están relacionados con Cuidados de Custodia, se cubrirán los honorarios de enfermero(a) de acuerdo a las tarifas especiales establecidas o pactadas, pudiendo amparar

las veinticuatro (24) horas del día en diversos turnos (máximo tres (3) y hasta un máximo de treinta (30) días calendario. El servicio prestado de enfermero (a) siempre deberá ser intradomiciliario y será cubierto por reembolso.

HONORARIOS MÉDICOS POR CONSULTA: Quedan cubiertos los honorarios médicos por consulta de alguna enfermedad/accidente cubierto por la Póliza, así como las consultas del médico tratante previas a la intervención quirúrgica y posteriores a los quince (15) días calendario subsecuentes del alta hospitalaria, necesarias para el restablecimiento de la salud a excepción de las consultas de rutina (control prenatal, chequeos, atención de niño sano, etc.). El pago por estas consultas estarán sujetos a honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables.

HONORARIOS DE FISIOTERAPIA: Si el médico tratante determina que es indispensable y que no estén relacionados con Cuidados de Custodia se cubrirán los honorarios del Fisioterapeuta en casa y ambulatoriamente de acuerdo con las tarifas especiales establecidas o pactadas, y hasta un máximo por año calendario estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

1.4 MEDICAMENTOS FUERA DEL HOSPITAL

MEDICAMENTOS: Los gastos erogados por medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital siempre que sean prescritos por el médico tratante y relacionados con la enfermedad/accidente cubierto.

MEDICAMENTOS POR RECETA MÉDICA: Se cubren solamente los medicamentos que requieran de receta médica para ser expedidos y no sean de venta libre, y sean dispensados por un médico o farmacéutico autorizado. En todos los casos, la reclamación deberá estar acompañada de la receta médica y factura correspondiente con el desglose de los medicamentos.

1.5 GASTOS DE DIAGNÓSTICO FUERA DEL HOSPITAL

Los gastos erogados por análisis de laboratorio, estudios de Rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalogramas, tratamiento con terapia radioactiva, fisioterapia o cualquier otro que esté médicamente justificado para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades/accidentes cubiertos por esta Póliza, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante y no sean de tipo experimental o en fase de investigación

1.6 OTROS BENEFICIOS APLICABLES A LA OPCIÓN DE SEGURO A ELEGIR

La Aseguradora amparará:

A) Maternidad:

El beneficio máximo de gastos cubiertos de maternidad es el indicado en el Cuadro de Beneficios estipulado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual. Este beneficio incluye los gastos pre y post natales, atención de parto (natural o cesárea) o aborto espontáneo, y gastos del recién nacido.

El período de espera para esta cobertura es de diez (10) meses continuos e ininterrumpidos a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, por lo que los gastos por maternidad, para que sean elegibles a reembolso, así como el parto normal, cesárea o aborto espontáneo, deben ocurrir diez (10) meses después de estar la persona asegurada con este beneficio.

El beneficio de maternidad aplica para Aseguradas Principales y Cónyuges o Convivientes, a exclusión de las hijas dependientes.

A.1. Embarazo y Parto

Este beneficio ampara el evento final al que llegue por embarazo la Asegurada cubierta con este beneficio, tratándose de parto normal, cesárea o aborto espontáneo.

El beneficio contratado en la presente Póliza, incluye cualquier complicación que pueda resultar durante el período de gestación y, durante y después del parto normal, cesárea o aborto espontáneo, hasta el monto indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Las complicaciones del embarazo se consideran como enfermedad sujeta a la Suma Asegurada, Deducible, Copago y porcentaje de participación del Asegurado aplicables a la cobertura de Gastos Médicos.

A.2. Gastos por Atención del Recién Nacido

La Aseguradora cubrirá los gastos elegibles y médicamente necesarios en la atención médica y hospitalaria del recién nacido en el momento de su nacimiento y, siempre y cuando, se cumplan todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. Que la madre esté cubierta bajo el Beneficio de Maternidad y que el embarazo que dio como resultando el alumbramiento del recién nacido sea elegible;
- b. La Póliza se encuentre vigente;
- c. Sujeto a los límites máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de esta cobertura en particular, o bien a cualquier servicio específico en particular asociado a este beneficio.
- d. Sujeto al límite indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

A.3. Gastos por Atención del Recién Nacido Prematuro

La Aseguradora cubrirá los gastos elegibles y médicamente necesarios en la atención médica y hospitalaria del recién nacido prematuro a partir del primer (1°) día de vida, siempre y cuando se cumplan todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. Que la madre esté cubierta bajo el Beneficio de Maternidad y que el embarazo que dio como resultando el alumbramiento del recién nacido sea elegible;
- b. La Póliza se encuentre vigente;
- c. Los gastos no sean incurridos a consecuencia de un Padecimiento o una Enfermedad o Lesión Congénita del recién nacido.
- d. Sujeto a los límites máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a este beneficio.
- e. Sujeto al límite indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

B) Control del Niño Sano:

Cubre los gastos por control pediátrico y vacunas, hasta el cumplimiento de los cinco (5) años, hasta el límite máximo anual establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

C) Condiciones Congénitas y/o Hereditarias:

Este beneficio ampara el límite máximo de por vida para las Condiciones Congénitas y/o Hereditarias del hijo dependiente que se manifiesten antes de los dieciocho (18) años de edad. El beneficio excluye condiciones congénitas y/o hereditarias que sean resultado de un tratamiento de fertilidad, o de cualquier tipo de procedimiento de Fertilidad Asistida. En casos de un parto múltiple cubierto por la Póliza que no es producto de un tratamiento de fertilidad o de cualquier tipo de procedimiento de Fertilidad Asistida, cada hijo (a) dependiente recién nacido tendrá derecho al límite máximo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual. Esta cobertura aplica únicamente a niños que hayan nacido dentro de la vigencia de la Póliza.

D) Tratamiento Dental por Accidente:

La Aseguradora cubre los gastos del tratamiento necesario para la reconstrucción o el remplazo de piezas dentales naturales sanas, que hayan sido dañadas o perdidas a consecuencia de un

accidente ocurrido estando la Póliza en vigor, siempre que tal tratamiento sea provisto dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a dicho accidente.

E) Servicios de Ambulancia

La Aseguradora cubrirá los gastos erogados por este servicio, considerando el área geográfica donde haya sido prestado el servicio mismo, para la debida atención médica del Asegurado. Estarán limitados a un (1) viaje de traslado al hospital por una emergencia médica, y en caso de requerir el servicio para transporte intra-hospitalario por causa de una emergencia médica, se limita a un (1) viaje entre instituciones hospitalarias. Este servicio incluye solamente los siguientes rubros:

- a. Ambulancia Terrestre;
- b. Ambulancia Aérea.

Todo lo anterior, siempre sujeto a los límites, participación del Asegurado, y/o Deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual vigentes y al momento de la ocurrencia del gasto y condicionado en adición a los requisitos siguientes:

- a) El Asegurado muestre síntomas de incapacidad o enfermedad/accidente cubiertas bajo la Póliza;
- b) El tratamiento no esté disponible donde el Asegurado esté hospitalizado.

En el caso de ambulancia aérea se requerirá, además:

- a) Pre-autorización por escrito de la Aseguradora y la coordinación entre la Aseguradora y el médico tratante del Asegurado para los arreglos correspondientes para el transporte en una ambulancia aérea, la cual deberá llevar personal y equipos adecuados;
- b) Que la condición médica del Asegurado no le permita viajar en una aerolínea regular de pasajeros;

F) Trasplantes de Órganos

La Aseguradora cubrirá este beneficio, hasta el monto máximo indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual por Asegurado. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Aseguradora. Toda vez que el médico haya determinado y documentado la necesidad de trasplantar un órgano y/o tejido, la Aseguradora puede solicitar una segunda opinión médica, cuyo costo correrá por su cuenta cuando así lo considere necesario.

G) Terapia Física y Rehabilitación

La Aseguradora cubrirá para este beneficio un período de tratamiento inicial de hasta el número de días calendario estipulados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, por año Póliza, siempre y cuando esté coordinado y aprobado por la Aseguradora. Si se considerara médicamente necesario, se podrá aprobar una extensión del período de tratamiento.

H) Terapias Alternativas

La Aseguradora cubrirá el máximo de visitas estipuladas en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, por año Póliza, los cuales comprenden: servicios quiroprácticos y/o psiquiátricos que se requieran debido a la complicación de una condición cubierta por esta Póliza. Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anterioridad por la Aseguradora.

I) VIH/SIDA

La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de la infección de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Humana), siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el período de espera estipulada por este beneficio en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

J) Cobertura para Actividades y Deportes Peligrosos

La Aseguradora cubrirá los costos relacionados con tratamientos médicos derivados de la práctica de Actividades y Deportes Peligrosos: montañismo, buceo, paracaídas libre y motocross, tanto de forma amateur como profesional o por compensación, siempre que se incluya en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

K) Cobertura para Dependiente de Asegurado Principal Fallecido:

En caso de fallecimiento de un Asegurado Titular, la Aseguradora otorgará cobertura de Gastos Médicos gratuita a los Dependientes ya incluidos en la Póliza. Esta cobertura estará en vigor por el plazo establecido en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, contado a partir de la fecha de fallecimiento del Asegurado Titular, en el mismo plan en que estaba registrado; aplicándose las siguientes Condiciones Especiales:

- a) La cobertura otorgada se mantiene siempre y cuando la Póliza continúe en vigor.
- b) Los familiares Dependientes deberán haber estado asegurados como mínimo un año, bajo la Póliza que habrá de cubrirlos.

El reembolso de los Gastos Médicos de los Dependientes se efectuará al padre, madre o tutor legal que sobreviva o quien ejerza legalmente la patria potestad. Esta cobertura aplica únicamente para Gastos Médicos y no surtirá efecto sobre los Anexos adicionales.

L) Ayuda de Sepelio para Dependientes:

Se incluye la cobertura de Ayuda de Sepelio para Asegurados Dependientes. El beneficio es una ayuda de servicio funerario por el monto establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual, con el requisito que la Póliza deberá estar vigente.

Para cubrir a un Asegurado Dependiente fallecido, deberá estar incluido en los registros de la Aseguradora y haber estado asegurado como mínimo un (1) año en la Póliza.

2. EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre Gastos Médicos relacionados a las causas, complicaciones, ni tratamientos relacionados con:

1. Cualquier tratamiento, enfermedad, lesión o accidente, resultantes de cualquier servicio o suministro que:
 - a) No sea médicamente necesario; o
 - b) Sea para un Asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico o profesional legalmente calificado; o
 - c) No sea autorizado o prescrito por un médico o por un profesional calificado como idóneo en el país donde se da la atención médica; o
 - d) Sea un Cuidado Paliativo, o
 - e) No sea probado científicamente o que esté todavía en la fase investigativa
2. Cualquier gasto relacionado con Condiciones Pre-existentes como se definen en esta Póliza incluyendo, cualquier complicación y tratamiento relacionado con las condiciones excluidas.
3. Cualquier gasto por servicios y/o suministros médicos determinados que excedan lo Usual, Acostumbrado y Razonable, teniendo en cuenta el lugar de ocurrencia del mismo.
4. Complicaciones médicas relacionadas con cualquier condición excluida por esta Póliza.
5. Cualquier condición diagnosticada dentro de los primeros sesenta (60) días calendario posteriores a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, no relacionada con una enfermedad de origen infeccioso o con lesiones originadas por accidentes.
6. Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido para el tratamiento indicado o que sea considerado Experimental o incluyendo cualquier servicio, tratamiento y/o gasto médico derivado, así como sus complicaciones.
7. Cualquier tratamiento o gasto en una institución gubernamental (tales como Clínicas u Hospitales Públicos o del Seguro Social) o privada en la que el Asegurado tenga derecho a cuidados gratuitos, o servicios y tratamientos por los cuales no habría que pagar de no

- existir un seguro médico. Esto incluye los costos por procedimientos que se efectúen en instituciones que reciban fondos gubernamentales o privados relacionados con un proyecto de investigación para el procedimiento en cuestión.
8. Cualquier atención o tratamiento por enfermedades o lesiones causadas a sí mismo (auto infligidas), estando el Asegurado en su juicio o no; así como en casos de suicidio, conato de suicidio o suicidio fallido.
 9. Cualquier atención o tratamiento por enfermedades o lesiones como consecuencia del abuso de alcohol; uso o abuso de drogas o estupefacientes; uso de sustancias ilícitas o el uso ilícito de sustancias controladas; así como resultado de embriaguez o estar bajo la influencia de drogas estupefacientes.
 10. Cualquier atención o tratamiento por lesiones a consecuencia de riñas o actos delictivos, provocados por el Asegurado o de un miembro de su familia, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa, propia o de su familia.
 11. Cualquier tratamiento de lesiones y sus complicaciones y secuelas sufridas por un Asegurado mientras es miembro activo de una unidad de seguridad pública policial o militar.
 12. Cualquier gasto por exámenes de rutina de la vista y oídos, dispositivos auditivos, implantes cocleares, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y/u otros procedimientos para corregir trastornos de refracción visual.
 13. Cualquier complicación médica relacionada con cualquier condición excluida por esta Póliza.
 14. Cualquier gasto por maternidad, salvo que esté incluida en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.
 15. Cualquier gasto por recién nacido, salvo que esté incluido en el Cuadro de Beneficios esta Póliza.
 16. Cualquier gasto por recién nacido prematuro, salvo que esté incluido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.
 17. Cualquier gasto de cuidados de maternidad o del recién nacido que estén relacionados con un embarazo no cubierto por esta Póliza, incluyendo las complicaciones de maternidad y las complicaciones del nacimiento.
 18. Complicaciones de embarazos o de recién nacidos que resulten por el uso de métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad.
 19. Cualquier interrupción del embarazo voluntariamente inducido, a menos que la vida de la madre esté en peligro.
 20. Cualquier Condición Congénita y/o Hereditaria y sus consecuencias, salvo que esté incluido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.
 21. Cualquier tratamiento de lesiones o enfermedades y sus complicaciones y secuelas provocadas por materiales nucleares o radioactivos, polución o contaminación ambiental.
 22. Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, tratamiento por infertilidad, inseminación artificial o implantación de embriones in-vitro, enfermedades de la madre y del recién nacido que sean resultado de un tratamiento de fertilidad o de cualquier tipo de procedimiento de Fertilidad Asistida, tratamiento o prótesis para mejorar o restablecer la función sexual, disfunción o inadecuación sexual.

23. Cualquier gasto, servicio, o tratamiento para la obesidad, control de peso, reducción o ganancia de peso y alteraciones del crecimiento de la talla corporal, incluyendo cualquier tipo de suplemento alimenticio, cirugía bariátrica o de derivación gástrica ("bypass"), sus complicaciones, tratamientos y cualquier tipo de procedimiento quirúrgico destinado a la pérdida de peso.
24. Cualquier tratamiento de los pies que no esté relacionado con infecciones, tumores malignos o trauma, incluyendo, pero no limitado a callos, callosidades, hallux valgus (juanetes), dedo en martillo, Neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles u otros trastornos sintomáticos de los pies, incluyendo pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.
25. Cualquier tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento independientemente del motivo por el cual ha sido indicado, y tratamiento con estimulador o estimulación del crecimiento óseo.
26. Cualquier tratamiento dental no relacionado con un accidente cubierto por esta Póliza o cuando un tratamiento dental por accidente cubierto por la Póliza, comienza después de noventa (90) días calendario de la fecha del accidente cubierto por la Póliza.
27. Cualquier tratamiento del maxilar superior, la mandíbula, la articulación temporomandibular y su complejo de músculos, nervios, y otros tejidos conectivos relacionados con la misma, a menos que sean secundarios al tratamiento de cáncer o un accidente cubierto por esta Póliza.
28. Cualquier gasto por hospitalizaciones por tratamientos médicos que puedan efectuarse de forma ambulatoria o gastos por hospitalizaciones de más de veintitrés (23) horas previas a una cirugía programada.
29. Cualquier gasto por cuidados de custodia y costos relacionados con servicios o suministros usados comúnmente en el hogar.
30. Cualquier gasto por equipos de diálisis portátiles o para ser usados en el hogar, a menos que la Aseguradora los apruebe expresamente.
31. Cualquier gasto por suplementos alimenticios.
32. Cualquier gasto por medicamentos de venta libre o sin receta médica.
33. Cualquier gasto por reemplazo de prótesis fijas o removibles y de prótesis externas o implantes del oído, excepto cuando la inserción de la prótesis original ha sido cubierta bajo esta Póliza.
34. Cualquier gasto por tratamientos homeopáticos o cualquier tipo de medicina alternativa, salvo que se encuentre en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.
35. Cualquier terapia física y de rehabilitación, salvo que se incluya en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.
36. Cualquier tratamiento de lesiones o enfermedades y sus complicaciones y secuelas relacionadas con la participación del Asegurado en la práctica amateur o profesional de deportes salvo que se incluya en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.
37. Cualquier tratamiento por cirugía electiva de carácter cosmético o reconstructivo y sus complicaciones y secuelas; o tratamientos médicos cuyo propósito principal sea de carácter estético, y sus complicaciones y secuelas, con la excepción de los casos en que dichos

- tratamientos sean médicamente indicados durante o después del tratamiento de una lesión, accidente o enfermedad cubierta por la Póliza, siempre y cuando dicha lesión, accidente o enfermedad haya ocurrido posteriormente a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.
38. Cualquier tratamiento por trastornos del sueño, apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica, alopecia, y trastornos de conducta o de aprendizaje.
 39. Cualquier tratamiento por trastornos psiquiátricos o psicológicos, salvo que se incluya en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.
 40. Cualquier servicio médico proporcionado por el cónyuge, conviviente o por parientes del Asegurado hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad o por cualquiera otra persona que conviva con el Asegurado.
 41. Cualquier tratamiento relacionado con procedimientos de implantes artificiales u órganos procedentes de animales. Los costos de la criopreservación por espacio de más de veinticuatro (24) horas, la preservación de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, o cualquier otro tejido o célula.
 42. Cualquier tratamiento relacionado con procedimientos de Trasplantes, incluyendo, pero no limitado al Trasplante de órganos humanos, artificiales o de animales; salvo que se incluya en el Cuadro de Beneficios de esta Póliza.
 43. Cualquier tratamiento relacionado con la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los gastos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); salvo que se incluya en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
 44. Cualquier servicio médico suministrado por tercero obligado a cubrir el tratamiento médico del Asegurado por razón de la existencia de un contrato o por responsabilidad civil contractual.

V. CLÁUSULA QUINTA: PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

1. PRE-AUTORIZACIÓN DE RECLAMACIONES

- a) 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 someterse a una cirugía ambulatoria fuera del consultorio del médico tratante, y deberá obtener previamente la autorización correspondiente.
- b) El Asegurado deberá notificar a la Aseguradora, con por lo menos setenta y dos (72) horas de anticipación, de la recepción de 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. Quedarán a cargo del Asegurado, los gastos no cubiertos así como el Copago (si lo hubiera), 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.

Toda 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 podrá 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 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 cumplen con las obligaciones de dar aviso del siniestro en los términos del Artículo 896 del Código de Comercio, 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) Si 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.

VI. CLÁUSULA SEXTA: DE LAS DISPOSICIONES GENERALES

1. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar o rechazar cualquier Consentimiento Individual.

La fecha del inicio de Vigencia de la Póliza, será aquella que se indique como tal en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

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

1.1 Fecha de Inicio de Cobertura

La Cobertura comenzará para el Asegurado Titular y Asegurados Dependientes en la fecha en que el Consentimiento Individual de Seguro sea aprobado por la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de negar la inscripción sobre la base de un Consentimiento Individual y Declaración de Salud, para incluir Dependientes a cargo sin dar ninguna razón, o para aceptar al Asegurado Titular y / o Asegurados Dependientes en condiciones especiales.

1.2 Fecha de Terminación de Cobertura Individual de un miembro del Grupo Asegurado.

Para el Asegurado Titular:

La cobertura terminará en la más temprana de las fechas siguientes:

- a) En la fecha de vencimiento o terminación de esta Póliza;
- b) En la fecha en que el Asegurado Titular deje de cumplir con los requisitos de elegibilidad descritos en estas Condiciones Generales;
- c) En la fecha en que deje de formar parte del Grupo Asegurable;
- d) En la fecha del fallecimiento del Asegurado.
- e) En la fecha en que el Asegurado Titular deje de hacer su contribución, en caso sea una Póliza Contributiva.

Para el Asegurado Dependiente:

El Seguro de cualquier Asegurado Dependiente del Asegurado Titular, quedará terminado por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) En la fecha en que termine el Seguro del Asegurado Titular por cualquier causa.
- b) En la fecha de fallecimiento del Dependiente del Asegurado Titular.
- c) En la fecha en que dejen de ser elegibles como Dependientes de acuerdo a las condiciones de esta Póliza;
- d) En la fecha de terminación de esta Póliza.
- e) En la fecha en que se termine la relación de parentesco con el Asegurado Titular.
- f) En la fecha en que el Asegurado Titular notifique por escrito su deseo de renunciar a la cobertura del Asegurado Dependiente.

2. RENOVACIÓN

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

Para el incremento de la prima que se efectúe al momento de cada renovación, se tomará en cuenta, entre otros, la edad del Asegurado y las coberturas ofrecidas.

. CONTRIBUCIÓN DE LA PRIMA:

La prima puede ser:

Contributiva: Si el Asegurado paga parte o la totalidad de la prima.

No Contributiva: Si el Contratante paga la totalidad de la prima y el Asegurado no contribuye con ésta.

Si la prima es Contributiva, debe asegurarse como mínimo el 75% del Grupo Asegurable, si el grupo es menor o igual a 50 personas, y si el grupo es mayor a 50 personas debe asegurarse como mínimo el 60% del grupo.

Si la prima es No Contributiva, debe asegurarse a la totalidad de Grupo Asegurable.

En ninguno de los casos anteriores el Grupo Asegurado debe ser menor a veinticinco (25) titulares.

4. PAGO DE LA PRIMA

El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del Contratante sin necesidad de requerimiento previo por parte de la Aseguradora. La prima es pagadera anualmente en la fecha de renovación de la Póliza o en otra autorizada por la Aseguradora. El pago de la prima conserva la Póliza en vigor por el tiempo al cual corresponda dicho pago.

La prima total es la suma de todas las primas individuales anuales de los Asegurados Titulares del Grupo Asegurado.

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

5. 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 vencerse el período de gracia, esta Póliza y todas sus coberturas se considerarán terminadas, sin responsabilidad de la Aseguradora, en la fecha original del vencimiento de la prima. En este caso ningún gasto será cubierto durante el período de gracia.

6. PERÍODO DE ESPERA O CARENCIA

Durante los primeros sesenta (60) días calendario contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, se cubrirán solamente Accidentes y Enfermedades Infecciosas. La Aseguradora podrá exonerar al Asegurado del Período de Espera o Carencia, de forma tal que la cobertura comience en la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza, lo cual se hará constar en el Cuadro de Beneficios.

7. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

Son Obligaciones del Contratante:

- A. Pagar a la aseguradora la prima de seguro con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
- B. Recaudar de las personas del grupo asegurado la cantidad de la prima de seguro con la que contribuyen, con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
- C. Informar, en la forma convenida, a la aseguradora:
 - i. El ingreso al grupo asegurado de nuevas personas, adjuntando los consentimientos respectivos y demás documentación que le requiera la aseguradora;
 - ii. La separación definitiva de alguna persona asegurada del grupo asegurado;
 - iii. Cualquier situación de los asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza, así como las agravaciones esenciales que tenga el riesgo, que sean de su conocimiento; y,
 - iv. La terminación de su calidad como contratante.
- D. Dar a conocer a la persona que se asegure, la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- E. Entregar el certificado individual a cada persona del grupo asegurado y, en su caso, la constancia de contratación del seguro, por el medio convenido.
- F. No efectuar cargos adicionales al asegurado sobre la prima fijada por la aseguradora.

8. ALTAS DE ASEGURADOS

Las personas que llenen los requisitos establecidos para formar parte del Grupo Asegurado de esta Póliza, podrán incorporarse al Grupo Asegurado con posterioridad a la fecha de emisión o renovación de la presente Póliza, siempre que presenten su Consentimiento Individual de Seguro por escrito, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a su ingreso o alta a la entidad Contratante y que forme parte legalmente del Grupo Asegurable.

Los que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado con posterioridad a los treinta (30) días calendario mencionados, quedarán sujetos a los requisitos de asegurabilidad que indique la Aseguradora,

La Aseguradora cobrará al Contratante la prima promedio que corresponda, calculada a prorrata por el tiempo que falta para concluir el período asegurado, computada siempre por meses completos.

9. BAJAS DE ASEGURADOS

Los Asegurados que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejan de estar cubiertos por la presente Póliza desde el momento de dicha separación, quedando automáticamente sin validez alguna el Certificado de Seguro emitido a su favor por la Aseguradora. Para estos casos

la Aseguradora devolverá la prima no devengada a prorrata, tomando en cuenta que los meses serán contados como meses completos y siempre que el Asegurado Titular o sus Dependientes no hayan incurrido en reclamo.

10. REGISTRO DE ASEGURADOS

La Aseguradora llevará un Registro de los Asegurados de acuerdo a la modalidad de pago de la Póliza, en el que se detalla el Grupo Asegurado, con Número de Registro, Nombre Completo, Número de Certificado, Fecha de Alta y/o Fecha de Baja, Tarifa y Suma Asegurada por Cobertura, Prima Total e Impuestos.

11. LÍMITE DE 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 y/o Certificado Individual. Esta obligación 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 y/o Certificado Individual.

12. 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) En caso de Pólizas No Contributivas, a solicitud por escrito del Contratante de la Póliza para terminar su cobertura, o
- c) A solicitud por escrito del Asegurado Principal para terminar su cobertura, o
- d) A solicitud por escrito del Asegurado Principal para terminar la cobertura de algún Dependiente, o
- e) Por notificación por escrito de la Aseguradora al Asegurado Principal, con por lo menos quince (15) días calendario de anticipación, para aquellos casos previstos en el Código de Comercio de Guatemala, o
- f) En caso el Asegurado Principal cambie 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 la totalidad de las primas pendientes,
- b) Comprobación de estado de salud de los Asegurados.

13. LIMITACIÓN DE AUTORIDAD

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

14. DECLARACIONES FALSAS E INEXACTAS

Toda omisión, reticencia, declaración falsa o inexacta por parte del Asegurado y/o sus Asegurados Dependientes en el Consentimiento Individual o cualquier otro documento relacionado con el seguro otorgado por esta Póliza, acerca de cualquier circunstancia, que aminore el concepto de gravedad del riesgo o cambie el objeto del mismo, dará lugar a la terminación o disminución de la suma asegurada del contrato conforme a lo estipulado en el Código de Comercio de Guatemala.

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

15. BENEFICIARIOS

En caso del fallecimiento del Asegurado Principal, la Aseguradora pagará cualquier beneficio pendiente de pago a los Beneficiarios debidamente designados conforme a lo indicado en el Consentimiento Individual

16. OTROS SEGUROS

De existir otro Seguro de Gastos Médicos, incluyendo programas patrocinados por el Gobierno, este hecho deberá ser declarado por el Asegurado en el momento de adquirirlo, o cuando se llene el Consentimiento Individual. 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 en forma inicial, y de acuerdo a los beneficios y limitaciones de esta Póliza. El total de los pagos efectuados no podrá exceder el monto de los gastos incurridos.

17. 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 cualquier reclamación), si el Asegurado ha recobrado todo o parte de tal pago de parte de un tercero. Además, la Aseguradora tiene el derecho de proceder legalmente a su propia costa, y 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 deba reembolsar a la Aseguradora.

18. 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 y/o Certificado Individual. La Aseguradora por su parte, enviará las notificaciones pertinentes a la dirección que el Asegurado Principal señaló en el Consentimiento Individual, o a la última dirección registrada en la Aseguradora.

19. RESOLUCIÓN DE ASUNTOS LITIGOSOS

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.

20. PRESCRIPCIÓN

Todos los derechos y acciones que se deriven de esta Póliza, prescribirán en 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 a la Aseguradora.

21. 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 y/o Certificado Individual.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 445-2019 del 10 de abril de 2019, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.