TEXTO APROBADO POR RESOLUCION

No._____DE FECHA_____

DE LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS INSPECTOR I DE SEGUROS Y FIANZAS GUATEMALA, C.A.

COMPAÑIA DE SEGUROS GENERALES GRANAI & TOWNSON, S.A.
Guatemala, Guatemala, C.A.

209

CONDICIONES GENERALES SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS

Cláusula 1.
CONTRATO-INDISPUTABILIDAD

La póliza, constituída por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y Anexos si los hubiere, la solicitud del seguro, los registros de asegurados y los consentimientos individuales de las personas aseguradas, si los hubiere, constituyen el contrato completo entre las partes contratantes.

Salvo que se indique lo contrario en las Condiciones Particulares, la validez de la póliza no será impugnada, excepto por la falta de pago de las primas, después que haya estado en vigor un año, contado a partir de la fecha de emisión. Ninguna declaración hecha por cualquier persona asegurada por la póliza, referente a su asegurabilidad, se utilizará para impugnar la validez de su cobertura, salvo dentro de un plazo de dos años contados a partir de la fecha de tal declaración, o de la fecha en que entró en vigor la cobertura individual para dicha persona, de cualquiera de estas fechas la que sea anterior, siempre que tal declaración conste en la solicitud de seguro o en cualquier otro documento firmado por el Contratante o por el Asegurado.

De acuerdo con el Artículo 673 del Código de Comercio:

Si esta póliza no concuerda con la solicitud que le dió origen, el Contratante deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquel en que la recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de esta póliza, si no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince días siguientes de recibida la petición de rectificación a que se refiere el párrafo anterior, la Compañía no declara al Contratante que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último.

Cláusula 2.
MODIFICACIONES

La Póliza se puede modificar en cualquier momento, por medio de solicitud escrita del Contratante, aceptada por la Compañía. Para que cobren validez las modificaciones, no es necesario el consentimiento de los asegurados o beneficiarios, pero tal modificación no perjudicará reclamación alguna que haya ocurrido con anterioridad. Dicha modificación tendrá efecto 15 días después que la Compañía notifique al Contratante.

Solamente las personas con la representación legal de la Compañía tienen la potestad de aceptar modificaciones a esta póliza.

Se conviene que esta póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República de Guatemala. Queda también establecido que las 12:00 horas, hora Nacional en la República de Guatemala, será considerada la hora efectiva con respecto de cualquier fecha de inicio o vencimiento referida en la póliza.

Cláusula 3.
GRUPO ASEGURABLE Y GRUPO ASEGURADO

Se entenderá por Grupo Asegurable el grupo que está constituído por todas las personas que pertenezcan formalmente al grupo al que representa el Contratante y que reúnan todos los requisitos legales para ser asegurados mediante esta póliza. No puede formarse un grupo exclusivamente para efectos del seguro. El grupo Asegurado lo integran las personas que perteneciendo al grupo asegurable y que habiendo dado su consentimiento, aparecen inscritos en el registro de asegurados que forma parte de esta póliza.

Los miembros que ingresan al grupo asegurable posteriormente a la celebración del contrato y hubieran dado su consentimiento dentro de los treinta días siguientes a su ingreso, quedarán asegurados sin exigencias de asegurabilidad, si están en servicio activo.

La Compañía podrá exigir pruebas de asegurabilidad a los miembros del grupo asegurable que den su consentimiento después de 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del grupo asegurado. En este caso quedarán asegurados desde la fecha de aceptación por la Compañía.

Cláusula 4.
FORMACION DEL GRUPO ASEGURADO

Cuando la prima es No Contributiva, es decir que los miembros del grupo no aportan para cubrir la prima, el grupo asegurado deberá estar formado por la totalidad del grupo asegurable.

Cuando la prima es Contributiva debe asegurarse como mínimo el 75% del grupo asegurable para grupos menores de 50 personas, y 60% para grupos mayores a 50 personas.

En ningún caso el grupo asegurado debe estar formado por menos de 10 personas.

Cláusula 5.
OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE

- 5.1 Comunicar a las personas candidatas al seguro de las normas que rigen el seguro y solicitarles que llenen el respectivo consentimiento para el Seguro.
- 5.2 Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos al grupo asegurado, remitiendo los consentimientos respectivos, velará que estos consentimientos sean llenados correcta y exactamente.
- 5.3 Pagar a la Compañía el total de la prima de la póliza, lo que implica la recaudación del porcentaje con que, en su caso contribuyan los asegurados del grupo.
- 5.4 Comunicar a más tardar 15 días después, las separaciones definitivas de miembros asegurados del grupo.
- 5.5 Dar aviso, a más tardar 15 días después, de cualquier cambio que se produzca en la situación de los asegurados y que dé lugar a modificaciones en la cobertura individual de acuerdo con las Condiciones Particulares de esta póliza.

VERSION DICIEMBRE DE 1,990

Ruta 2, 2-39 Zona 4, Guatemala, C. A. 01004
Tels. 341361 al 68 Fax (502-2) 366993 Telex 5955 GYTSA GU Ap. Postal 233

SEGUROS g&t

- 5.6 Informar por escrito a la Compañía de cualquier situación de los asegurados que afecte a alguna de las Cláusulas o endosos de esta póliza.

- 5.7 Comunicar a los asegurados de las modificaciones a que se refiere la cláusula 2, que los afecten en sus beneficios o en sus contribuciones.

Cláusula 6.
GRUPOS ASOCIADOS

Para todos los efectos de la póliza, los miembros de las asociaciones, empresas, corporaciones, firmas o individuos subsidiarios o afiliados formalmente con el Contratante, según se detallan más adelante, (denominados aquí grupos asociados) se considerarán miembros del Contratante, y el servicio a cada uno de dichos grupos asociados, se considerará como servicio al Contratante. Se pueden añadir grupos asociados adicionales a dicha lista, previa aceptación dada por escrito por la Compañía. Si cualquier grupo asociado cesara de comprenderse en esta sección, la póliza se considerará terminada en la fecha del mencionado cese, con respecto de todos los miembros de dicho grupo asociado, se exceptúan aquellos que al día siguiente a tal cese, continúen siendo miembros del Contratante o de algún otro grupo asociado, dentro de las clases de miembros elegibles para el seguro conforme la Póliza. El Contratante deberá comunicar a la Compañía, por escrito, cuando un grupo asociado deje de ser subsidiario o afiliado del mismo.

Cláusula 7.
REGISTROS E INFORMES

El Contratante mantendrá un registro de las personas aseguradas conforme la Póliza, que contenga, por cada persona, la información general y demás datos particulares de cada una de ellas, que se consideren esenciales para el seguro.

El Contratante enviará periódicamente a la Compañía, en formularios proporcionados por ésta, la información referente a las personas elegibles para el seguro, que pueda considerarse razonablemente necesaria para la administración del seguro y para la determinación de los tipos de prima. Todos los registros del Contratante, que tengan o puedan tener relación con el seguro estarán a disposición de la Compañía para su inspección en los días y horas hábiles de trabajo. Cualquier error cometido al llevarse estos registros no invalidará aquel seguro que estuviere legalmente en vigor, ni continuará aquel que legalmente hubiere terminado, pero al conocerse se hará, si fuere necesario, el ajuste de prima correspondiente.

Cláusula 8.
PAGO DE PRIMAS

Las primas correspondientes a esta póliza, serán pagadas por el Contratante, en las Oficinas Centrales de la Compañía o en las que ésta indique al Contratante por escrito. Las primas serán pagadas según se especifica en la carátula de esta póliza, sin embargo, por mutuo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, se puede modificar la forma de pago, mediante el ajuste correspondiente, con el fin de convenir en pagos anuales, semestrales, trimestrales o mensuales, o una forma diferente, según sea el caso.

La prima correspondiente a esta póliza será igual a la suma de las primas parciales estipuladas en las Condiciones Particulares de la misma. La Compañía, podrá variar dichas primas en cualquier momento en que se modifique alguna de las coberturas, o anexos.

210

Cláusula 9.
PLAZO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

El Contratante tiene un plazo de 31 días, contados a partir del día de vencimiento de la prima, para hacerla efectiva. El plazo de gracia antes mencionado es válido para todas las primas con excepción de la primera, la cual deberá ser pagada en la fecha en que se presenta la solicitud de seguro. Si no se abona la prima, antes de la expiración del plazo de gracia, la póliza caducará y cualquier evento posterior a dicho plazo queda fuera de la responsabilidad de la Compañía.

Cláusula 10.
ELEGIBILIDAD DE ASEGURADOS

Serán elegibles los miembros a que se refiere la cláusula 6 de estas Condiciones Generales, que a fecha de iniciación del seguro se encuentren en las categorías cubiertas y sean aceptados por la Compañía. También serán elegibles los miembros nuevos que cumplan con lo anterior desde la fecha de su ingreso al grupo.

La clasificación de miembros elegibles para cada Anexo adherido a esta póliza se describe en las Condiciones Particulares.

Cláusula 11.
MIEMBROS ASEGURADOS

Cada miembro elegible que halla llenado su consentimiento, en un formulario aprobado por la Compañía, para participar en el plan de seguros, y que acuerde pagar las contribuciones requeridas, quedará asegurado, sujeto a las estipulaciones que se indican a continuación.

- 11.1 Si el consentimiento lo dá el miembro en la fecha en que es elegible o antes, será asegurado desde dicha fecha de elegibilidad, siempre que el número de Asegurados de su clasificación inscritos sea del 75% o más de los Asegurados elegibles de dicha clasificación.

- 11.2 Si el consentimiento para participar la hace el Asegurado dentro del período de 30 días en que es elegible y se encuentre formando parte, legalmente, del grupo asegurable. Será asegurado desde la fecha de solicitud.

- 11.3 Si el consentimiento para participar la hace el miembro elegible después del fin del período de 30 días siguientes al primer día en que es elegible y está activo, o la hace después de la terminación de su cobertura individual por falta de pago de cualquiera de las contribuciones requeridas, el miembro deberá mostrar evidencias satisfactorias de asegurabilidad, antes de que pueda ser asegurado. Si la Compañía determina que dichas evidencias son satisfactorias, el miembro será asegurado a partir de la fecha en que la Compañía así lo comunique. Cualquier miembro que deba mostrar evidencias de asegurabilidad como Condición para ser asegurado y cuya afiliación con el Contratante cese sin que dicha evidencia haya sido presentada, continuará sujeto a los mismos requisitos si es miembro nuevamente.

Un miembro es activo cuando se encuentra formando parte, legalmente, del grupo asegurable.

TEXTO APROBADO POR RESOLUCION
No._____DE FECHA_____
DE LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS INSPECTOR I DE SEGUROS Y FIANZAS

Ruta 2, 2-39 Zona 4, Guatemala, C. A. 01004
Tels. 341361 al 68 Fax (502-2) 366993 Telex 5955 GYTSA GU Ap. Postal 233

SEGUROS g&t

VERSION DICIEMBRE DE 1,990

La Compañía emitirá certificado individual para cada miembro, en donde constará la fecha a partir de la cual quedará vigente su cobertura, las condiciones de dicha cobertura, y en su caso, los nombres de sus dependientes asegurados.

Cláusula 12.
TERMINACION DE LA COBERTURA INDIVIDUAL DE UN MIEMBRO

Las Coberturas Particulares de un Asegurado conforme esta póliza cesarán automáticamente:

- 12.1 Si perdiere su calidad de miembro elegible para el seguro durante el plazo de gracia.
- 12.2 Por concluir su afiliación al grupo.
- 12.3 Si caduca esta póliza.
- 12.4 Si el Asegurado deja de hacer, en su oportunidad cualquier contribución requerida.
- 12.5 En la edad indicada en esta Póliza.

Cláusula 13.
DEPENDIENTES ELEGIBLES

El término "DEPENDIENTES" se referirá solamente a:

- 13.1 Conyuge legítimo de un asegurado, o la conviviente que sea reconocida como tal en los archivos del contratante, y haya señalado como dependiente en los documentos de solicitud del seguro o consentimiento.
- 13.2 Los hijos solteros de un asegurado, hijastros e hijos legalmente adoptados que sean mayores de 30 días, y menores de 25 años de edad, a condición de que sean solteros y tengan el mismo domicilio permanente que el asegurado y sean estudiantes a tiempo completo en una institución educativa acreditada. Dichos hijos deberán depender del asegurado para su sostenimiento y estar registrados en los archivos del contratante.

Cláusula 14.
DEPENDIENTES ASEGURADOS

Cualquier miembro asegurado será elegible para el seguro de dependientes:

- 14.1 En la fecha en que se asegura conforme esta póliza siempre que en tal fecha tenga dependientes que sean elegibles conforme las estipulaciones de este seguro, o:
- 14.2 En el día en que por primera vez asuma responsabilidades por dependientes elegibles en la forma ya indicada.

De cualquiera de las dos fechas, la que fuere posterior.

Los miembros asegurados conforme esta póliza, que se encuentren en cualquiera de las situaciones indicadas en los incisos (13.1) y (13.2) de la cláusula anterior, pueden optar si se inscribirán o no para el Seguro de dependientes.

Cuando un Asegurado decida inscribir a sus dependientes para dicho seguro, debe declarar a todos sus dependientes elegibles y se obliga a declarar cualquier cambio que ocurriere de tales dependientes.

El seguro para los dependientes de un Asegurado entrará en vigor: 211

- 14.3 Si el Asegurado tiene uno o más dependientes en la fecha efectiva de su seguro, el seguro de dichos dependientes entrará en vigor en la misma fecha.
- 14.4 Si el Asegurado asume responsabilidad por uno o más dependientes después de la fecha efectiva de su seguro, tales dependientes quedaran asegurados automáticamente en la fecha en que el Asegurado los declare y efectúe cualquier contribución aplicable que resulte del cambio, si lo hubiere de su categoría de inscripción. Sin embargo, si la solicitud es presentada después de un período de 30 días siguientes a la fecha en que se asumió responsabilidad por uno o más dependientes, estos deberán presentar a la Compañía muestras satisfactorias de buena salud. La Compañía se reserva el derecho de aprobar o rechazar dicha solicitud.
- 14.5 Si la solicitud para el Seguro de dependientes, la hace el Asegurado vencido el plazo de 30 días, a que se refiere el numeral anterior o la hace después de que la cobertura individual hubiere terminado por falta de pago de la contribución requerida, la cobertura de los dependientes elegibles del Asegurado no entrará en vigor sino hasta tres meses después de la fecha en que se inscribe.

Cláusula 15.
TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL DE DEPENDIENTES

El seguro de un dependiente conforme esta póliza terminará automáticamente en la fecha en que:

- 15.1 Concluya el seguro del Asegurado como tal, según esta póliza.
- 15.2 El dependiente asegurado cese de ser elegible como dependiente, conforme esta póliza.
- 15.3 Venza esta póliza.
- 15.4 El Asegurado deje de efectuar, en su oportunidad cualquier contribución a que esté obligado.
- 15.5 En la edad indicada en esta póliza.

Cláusula 16.
RECLAMACIONES

TEXTO APROBADO POR RESOLUCION
No._____DE FECHA_____
DE LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS

- 16.1 AVISO DE SINIESTRO

  El aviso escrito de un caso sobre el cual pueda establecerse una reclamación deberá ser entregado prontamente a la Compañía, dentro de los 30 días siguientes de haber ocurrido.

- 16.2 PRUEBA DE LA RECLAMACION;

  Al recibir tal aviso, la Compañía suministrará los formularios para la presentación de la prueba de reclamación. Los formularios deben llenarse y devolverse a la Compañía dentro de los 30 días siguientes a la fecha de haber sido suministrados.

  La falta de envío del aviso de siniestro o de la prueba de reclamación, dentro de los límites de tiempo estipulados arriba, no invalidará o reducirá la reclamación si se demuestra que no fue razonablemente posible a juicio de la Compañía dar tal aviso o prueba y que el aviso y prueba se dieron tan pronto como fue razonablemente posible.

- 16.3 EXAMENES:

VERSION DICIEMBRE DE 1,990

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS INSPECTOR I SEGUROS Y FIANZAS GUATEMALA, C.A.

La Compañía tendrá el derecho y oportunidad, por medio de su representante médico, de examinar a la persona del Asegurado. Cuando y tantas veces como lo crea necesario mientras esté pendiente de pago una reclamación según la presente póliza, así mismo en caso de muerte, se reserva el derecho y se le dará oportunidad de examinar el cuerpo del Asegurado y de ordenar que se practique la autopsia o necropsia cuando la ley lo permita.

- 16.4 PAGO DE RECLAMACION:

Los beneficios serán pagaderos al Asegurado o a sus Beneficiarios según corresponda a la cobertura.

- 16.5 PROCEDIMIENTOS LEGALES:

Ninguna acción legal podrá ser presentada contra la Compañía, para lograr el pago de una reclamación a menos que haya transcurrido un término mayor de 30 días, contados a partir de la fecha en que la prueba de reclamación haya sido suministrada de acuerdo con los requisitos de la Póliza. Tampoco podrá presentarse ninguna acción legal después de transcurridos 2 años contados desde la fecha del acontecimiento que dió origen a la reclamación.

Cláusula 17.
SOLICITUDES, NOTIFICACIONES, AVISOS E INFORMACIONES

Las solicitudes de rehabilitación de esta póliza, cambio de forma de pago de la prima y en general toda clase de avisos, notificaciones e informaciones que se relacionen con este contrato de seguro, deberán ser enviadas directamente, por el Contratante, a las oficinas centrales de la Compañía en la Ciudad de Guatemala.

En consecuencia queda entendido que los agentes de la Compañia no están autorizados para recibir comunicaciones de ninguna clase.

Cláusula 18.
COMPETENCIA

Para todos los efectos del presente contrato, las partes reconocen la exclusiva competencia de los tribunales de la capital de la República de Guatemala, renunciando al fuero de otro domicilio.

Cláusula 19.
DETERMINACION DE LAS PRIMAS A PAGAR

La prima que debe pagarse por los beneficios proporcionados por esta póliza se determinarán multiplicando el número de participantes en cada tipo de clasificación por la tarifa correspondiente. El total de las sumas así calculadas constituirá la prima, la cual deberá pagarse anticipadamente en el primer día hábil del mes.

Los ajustes que resulten a las primas por cualquier cambio en el tipo de clasificación de un miembro asegurado, se harán efectivos en la fecha del cambio, si ésta coincide con la fecha de vencimiento de primas, si no, en la fecha subsiguiente de vencimiento de primas.

ALTAS DE ASEGURADOS

Las personas que llenen los requisitos establecidos en esta póliza, podrán ingresar al grupo asegurado con posterioridad a la fecha de emisión o renovación de la misma. Este derecho se reserva a los que presten su consentimiento dentro de los 30 días siguientes a su ingreso en la entidad Contratante y que forme parte legalmente del grupo asegurado.

Si al formalizarse el Seguro de Grupo, se considera por escrito que durante el primer año de vigencia del mismo existe la posibilidad de ingreso al Grupo de determinado miembro o miembros, al realizarse dicho ingreso únicamente deberá cobrarse la prima prorrata, tomando en cuenta:

- 19.1 La fecha de aceptación de ingreso del Grupo Asegurado.
- 19.2 El tiempo faltante para concluir el período asegurado.
- 19.3 La suma asegurada que se cubra durante dicho período parcial.

Los que soliciten ingresar al seguro con posterioridad quedan sujetos a las normas de selección que la Compañía requiera.

Salvo en el caso que en la fecha de formalización del seguro se deje la posibilidad de ingreso de ciertos miembros, la Compañía cobrará, al Contratante, la parte proporcional de la prima promedio que corresponde al tiempo que faltare para cubrir el período asegurado. Este tiempo siempre se computará en meses completos. Para lo cual se considerará que todo ingreso anterior al 15 o el mismo 15 del mes se tomará como que fue el 1 del mismo mes y en todo ingreso posterior al 15 se tomará como 1 del mes siguiente.

Podrán tomarse como pertenecientes al grupo del seguro los asegurados que sean jubilados o pensionados, siempre y cuando estos hallan estado asegurados por lo menos un año y sean menores de 65 años.

BAJAS DE ASEGURADOS

Los asegurados que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejan de estar amparados por esta póliza desde el momento mismo de dicha separación y como consecuencia automáticamente el certificado de seguro emitido a su favor queda sin ningún valor. En estos casos la Compañía reembolsará al Contratante la prorrata de la prima promedio no devengada, siempre y cuando el asegurado o sus dependientes no hayan incurrido en ninguna reclamación. Este tiempo deberá contarse en meses completos y para el cómputo de estos deberá hacerse el redondeo según lo especificado en la cláusula que se refiere a altas de asegurados.

Cláusula 20.
EDAD

La Compañía no aceptará el ingreso a esta Póliza de ninguna persona mayor de la edad especificada en las condiciones particulares de la póliza. En los casos de renovación la póliza podrá estar en vigor hasta un límite de edad de cada Asegurado, establecido en las mismas Condiciones Particulares.

Si a consecuencia de la inexacta declaración la edad real del Asegurado al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del contrato del seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente póliza quedarán nulos y sin ningún valor para con el asegurado y la Compañía reintegrará al Contratante el 70% de la prima en exceso que hubiere pagado por el Asegurado, en el último año de vigencia de la Póliza.

Si a consecuencia de inexacta declaración de la edad se hubiere pagado una prima mayor, la Compañía estará obligada a reembolsar al Contratante la totalidad de la prima correspondiente que se hubiere pagado en exceso, en el último año de vigencia de la póliza.

Si a consecuencia de inexacta declaración de edad del Asegurado se estuviere pagando una prima inferior a la que corresponde a la edad real, la obligación de la Compañía para con ese Asegurado será igual a la prima pagada que hubiere podido comprar a la edad real.

La Compañía se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados.

Cláusula 21.

TEXTO APROBADO POR RESOLUCION
No._____ DE FECHA _____
DE LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS

VERSION DICIEMBRE DE 1,990

Ruta 2, 2-39 Zona 4, Guatemala, C. A. 01004
Tels. 341361 al 68 Fax (502-2) 366993 Telex 5855 Ap. Postal 233

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS INSPECTORIA DE SEGUROS Y FIANZAS

RENOVACION

Esta Póliza se considerará renovada, por período de un año, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada período alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito, de su voluntad de darla por terminada. El pago de la prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de la Compañía, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación los asegurados cuya edad, a la fecha de renovación, esté fuera de los límites establecidos en esta Póliza.

Cláusula 22.
TERMINACION DE LA POLIZA

Esta póliza caducará automáticamente, al vencimiento del período de gracia de cualquier prima, excepto la primera cuyo pago es indispensable para que entre en vigor.

Si en cualquier aniversario de la póliza o en cualquier fecha posterior de vencimiento de primas, los Asegurados conforme esta póliza son: (a) menos de 10 en número o (b) son menos del 75% de aquellos que originalmente eran elegibles para el seguro, la Compañía podrá dar por terminada esta póliza, previo aviso escrito al Contratante, con no menos de 31 días calendario de anticipación a la fecha en que deba surtir efecto la mencionada terminación.

Cláusula 23.
BENEFICIOS Y COBERTURAS DEL SEGURO

La Compañía reembolsará al miembro asegurado los gastos médicos incurridos, que sean razonablemente necesarios, acostumbrados y a consecuencia de lesión corporal y accidental o por tratamiento médico de enfermedad que no sea profesional. Los beneficios amparados en esta póliza son los estipulados en las Condiciones Particulares que formen parte de esta póliza. Cualquier beneficio para el cual no aparezca cantidad alguna en las Condiciones Particulares, anotadas por la Compañía, indicará que tal beneficio no está cubierto por la póliza.

Cláusula 24.
EXTENSION DE BENEFICIOS

No obstante las disposiciones de las cláusulas 12 y 15 de Condiciones Generales -Terminación del Seguro Individual de un miembro y Terminación del Seguro Individual de un Dependiente, respectivamente, los beneficios bajo el presente contrato continuarán siendo pagaderos, siempre y cuando los gastos médicos incurridos correspondan a un siniestro originado antes de la fecha de terminación de la cobertura individual de un asegurado o de un dependiente. Sin embargo, esta extensión de beneficios será sólo por 30 días calendario, contados a partir de la fecha en que el miembro asegurado o dependiente terminaron su cobertura.

Cláusula 25.
GASTOS CUBIERTOS

El término GASTOS MEDICOS significa: los gastos en que incurra un asegurado por razón de enfermedad o accidente cubierto, de acuerdo con las condiciones estipuladas por esta póliza. Tales gastos deben ser por concepto de tratamiento, servicios y medicamentos ordenados por un médico colegiado, según se detalla más abajo y siempre que no estén excluídas expresamente en la Cláusula Gastos No Cubiertos de estas Condiciones Generales. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios para la recuperación de la salud del asegurado, o que sean cargados por persona o institución que por su naturaleza o relación con el asegurado no acostumbre o deba hacer tales cargos. Ni se pagará gasto alguno en exceso de la cantidad que usualmente se acostumbra reconocer por el servicio o medicamento de que se trate. Se considerará que un gasto cubierto está incurrido en la fecha de suministro del servicio o de la compra de las medicinas.

213

TEXTO APROBADO POR RESOLUCION
No._____DE FECHA_____
DE LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS

Cláusula 26.
GASTOS NO CUBIERTOS

Esta póliza no cubre gastos resultantes de:

- 26.1 Padecimientos pre-existentes a la fecha en que se inicia la vigencia de esta póliza con respecto a cada Asegurado. Pre-existencia es una enfermedad cuyos síntomas aparecieron antes que la cobertura del asegurado cobrara vigencia y un accidente es Pre-existente si ocurrió antes que la cobertura del asegurado cobrara vigencia. Los padecimientos congénitos también se consideran como pre-existentes.

- Las exclusiones a que se refiere el párrafo anterior no serán aplicables después del número de días de cobertura contínua sin incurrir en gastos médicos por tales incapacidades, indicados en las Condiciones Particulares, siempre y cuando los padecimientos pre-existentes o congénitos hayan sido declarados previa a la entrada en vigencia de la cobertura correspondiente y no le hayan sido excluídos expresamente de tal cobertura.

- 26.2 Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fueren sus manifestaciones clínicas . Los gastos incurridos por los conceptos a que se refiere el presente inciso estarían cubiertos si son a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza y recomendados por el médico tratante.

- 26.3 Afecciones propias del embarazo, abortos, amenaza de aborto, partos prematuros o partos normales o anormales, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio excepto las consignadas a continuación:

  26.3.1 Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazo extrauterino, (ectópico).

  26.3.2 Los estados de fiebre puerperal.

  26.3.3 Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica.

- 26.4. Padecimientos que resulten de alcoholismo o toxicomanía o cualquier vicio.

- 26.5. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto cuando sean consecuencia de un accidente.

- 26.6 Intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico; excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algun accidente o enfermedad ocurrida durante la vigencia de esta póliza.

- 26.7. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.

- 26.8. Curas de reposo o convalecencia;curas en custodia,períodos de cuarentena o aislamiento; honorarios por reconocimientos médicos o chequeos generales que no sean relacionados, ni necesarios para el tratamiento de una enfermedad.

- 26.9. Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante la

VERSION DICIEMBRE DE 1,990

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS INSPECTOR I DE SEGUROS Y FIANZAS GUATEMALA, C.A.

internación de éste en sanatorio u hospital.

- 26.10. Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar de cualquier clase; en actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución, motín huelgas, conmoción civil , terrorismo y energía nuclear.

- 26.11. Los gastos que sean a consecuencia de riña o actos delictuosos en que participe directamente el Asegurado como actor. Homicidio intencional.

26.12 Suicidio o cualquier intento del mismo; mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

- 26.13. Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como ocupante, de cualquier automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas

  o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad. Incluyendo motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor. Tampoco cubre esta póliza, las lesiones que sufra el asegurado a consecuencia de la práctica de alpinismo paracaídismo o buceo.

- 26.14. Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como piloto, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio regular de pasajeros.

- 26.15. Reembolso de Gastos Médicos, Hospitalarios o quirúrgicos prestados al asegurado en virtud de cualquier ley de Seguro Social u otra prestación a que tenga derecho el asegurado, directa o indirectamente. Sin embargo, el asegurado voluntariamente puede desistir de cualquier programa.

- 26.16. Todos los gastos en que incurra el asegurado debido a consecuencia de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

- 26.17. Lesiones deportivas cuando estas ocurran mientras el asegurado realice estas actividades con calidad de profesional o semiprofesional.

- 26.18. En general todos los gastos que no sean necesarios para la recuperación de la salud del asegurado.

- 26.19. Exclusiones que figuren en las Condiciones Particulares endosos y anexos de esta póliza.

- 26.20. Epidemias ni enfermedades o accidentes originados por catástrofes naturales.

Cláusula 27.
CONCURRENCIA DE COBERTURAS

Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el cual cualquier asegurado pueda estar cubierto. Cuando algún asegurado este cubierto también por otras pólizas que tengan las mismas coberturas que las del presente contrato, los beneficios del mismo se reducirán a una cantidad igual al complemento que resulte para que el pago total por las indemnizaciones conjuntas sea igual al 100% de los beneficios aquí estipulados. Si unicamente esta póliza estipula la concurrencia de beneficios, los beneficios serán pagaderos primeramente por todos los demás planes concurrentes. Si el asegurado goza de beneficios similares a los aquí descritos e incurre en gastos médicos, la forma de pago será como sigue:

- 27.1. El plan que cubra al asegurado como miembro del grupo determinará sus beneficios, con prioridad a cualquier plan que cubra a dicha persona como dependiente.

- 27.2. El plan que cubra al asegurado como dependiente de un miembro hombre, determinará sus beneficios antes que un plan que lo cubra como dependiente de un miembro mujer, y en cualquier caso el que posea beneficios.

214

- 27.3. Si de los dos anteriores incisos no se pudiere establecer un orden de prioridad, el plan que haya cubierto al asegurado por más tiempo determinará los beneficios.

- 27.4. En caso de que los derechos o beneficios concurrentes sean provistos por una póliza individual de seguro, el seguro individual determinará los beneficios.

Cláusula 28.
CANTIDADES DEDUCIBLES Y COASEGURO

Todos los reembolsos sujetos a deducible se harán en exceso de la cantidad DEDUCIBLE fijada en las Condiciones Particulares de la póliza. Adicionalmente, en los beneficios sujetos a coaseguro, el asegurado participará en los gastos cubiertos con el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares.

El deducible se aplicará a los gastos médicos cubiertos por cada asegurado durante un año calendario. Los gastos cubiertos incurridos durante los meses de octubre, noviembre y diciembre, podrán ser utilizados para satisfacer el deducible del siguiente año calendario. Se considera que los gastos están incurridos en la fecha de suministro del servicio o de la compra de las medicinas o artículos.

Cláusula 29.
BENEFICIO MAXIMO VITALICIO

El beneficio Máximo Vitalicio, es la cantidad total a que tiene derecho un asegurado en concepto de reembolso durante toda su vida el cual se irá agotando en la medida que se le hacen reembolsos pero que puede restituirse, de acuerdo con lo estipulado en la Cláusula siguiente. No obstante, los asegurados dependientes podrán continuar asegurados después que el asegurado haya agotado su propio beneficio máximo vitalicio.

TEXTO APROBADO POR RESOLUCION No._____DE FECHA_____ DE LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS

Cláusula 30.
RESTABLECIMIENTO DEL BENEFICIO MAXIMO VITALICIO

Si a consecuencia de los reclamos presentados, un asegurado o dependiente ha recibido en beneficios, menos de la cantidad señalada en las Condiciones Particulares de la póliza, la Compañía puede restablecer el beneficio máximo vitalicio en las condiciones siguientes:

- 30.1 Si es asegurado, que haya permanecido como miembro asegurado ininterrumpidamente durante un mínimo de seis meses y no haya incurrido en gastos médicos durante el mismo período.

- 30.2 Si es dependiente, se suministra a la Compañía la evidencia satisfactoria de asegurabilidad, con certificación médica que no está imposibilitado por accidente o enfermedad para desempeñar cualquiera de sus ocupaciones habituales.

Cláusula 31.
BENEFICIOS POR HOSPITALIZACION

Si un asegurado, incurre en gastos por una incapacidad que requiera reclusión en un hospital, los gastos cubiertos incluirán cargos hecho por:

- 31.1.Atención hospitalaria por habitación privada, semiprivadas o en pabellón durante su internamiento recomendado y aprobado por un

VERSION DICIEMBRE DE 1,990

médico autorizado, pero sin exceder el beneficio máximo diario ni la cantidad máxima por cualquier incapacidad, según se indique en las Condiciones Particulares.

- 31.2.Todos los cargos razonables y acostumbrados hechos por otros servicios y medicamentos suministrados por el Hospital durante su internamiento y que sean necesarios para la recuperación de la salud del asegurado.

- 31.3. Anestesia y administración en un hospital.

- 31.4.Servicio de ambulancia para el transporte al hospital local, siempre y cuando no excedan el límite establecido para este beneficio en las Condiciones Particulares.

Los servicios especiales de hospital no cubrirán los cargos hechos por cuarto, alimentación atención de enfermería privada ni especialistas o doctores que no sean prestados en un hospital. En todo caso la suma de todos los gastos a que se refiere esta cláusula no excederán del beneficio máximo por incapacidad por gastos hospitalarios indicado en las condiciones particulares.

Cláusula 32.
BENEFICIOS DE CIRUGIA Y ANESTESIA

- 32.1 Honorarios del médico por cirugía y tratamiento médico, dentro de los límites establecidos en las Condiciones Particulares de esta póliza.

  Excluídos tratamientos dentales a excepción del tratamiento especificado en el inciso 32.5, de esta cláusula.

- 32.2 Cuando efectuado un procedimiento quirúrgico, otro sea necesario incidentalmente y deba ser practicado a través, de la misma incisión, o en el mismo orificio natural del cuerpo, o en el mismo campo operatorio, el pago será únicamente por el procedimiento mayor.

- 32.3 El valor del beneficio de Cirugía incluye los honorarios por consultas normales preoperatorias, investigación y preparación del paciente asegurado, el procedimiento operatorio, el cuidado total post-operatorio prestado por el cirujano, mientras el asegurado esté recluído en el hospital, y el cuidado por convalecencia subsiguiente a la salida del hospital.

- 32.4 El pago por todas las operaciones quirúrgicas practicadas durante cualquier incapacidad, nunca podrá exceder del Beneficio Máximo por incapacidad según se indique en el inciso (B) COBERTURA DEL SEGURO, de la tabla de Condiciones Particulares de la póliza.

- 32.5 Servicios dentales suministrados por un médico, dentista o cirujano dental, legalmente apto para ejercer tal profesión, por el tratamiento de lesiones accidentales no laborales, causadas a los dientes naturales, por medios externos y violentos, dentro de los seis meses subsiguientes al accidente. Tal tratamiento incluirá reemplazo de dichos dientes naturales dentro del período especificado, o por cirugía dental que usualmente necesite reclusión en un hospital durante un mínimo de 18 horas consecutivas.

- 32.6 Los honorarios de anestesistas hasta un porcentaje máximo de los honorarios cubiertos por esta póliza a los cirujanos y ayudantes por intervención quirúrgica. Este porcentaje se establece en el inciso "B", de las Condiciones Particulares.

La cantidad liquidada por concepto de Beneficios de Cirugía y Anestesia incluye todas las atenciones prestadas al asegurado por los cirujanos y ayudantes, hasta los límites establecidos para cirugía y anestesia en las Condiciones Particulares.

Cláusula 33.

BENEFICIOS A PACIENTES EXTERNOS

La Compañía reembolsará al Asegurado:

215

- 33.1 Los gastos incurridos por el asegurado como paciente externo del hospital, así como cuentas por servicios clínicos, inclusive exámenes de laboratorio y radiología.

- 33.2 Los honorarios por servicios privados de enfermería, fuera de hospital, suministrados por una enfermera graduada que no tenga ninguna clase de parentesco con el asegurado ni resida en el hogar del mismo asegurado, siempre y cuando sea a consecuencia de una incapacidad por la cual el asegurado se encontrase recluído y durante su reclusión el médico tratante recomendare la asistencia de una enfermera especial, sujeto a los máximos establecidos en las Condiciones Particulares.

Cláusula 34.
BENEFICIOS POR VISITAS MEDICAS

Si a consecuencia de una incapacidad, un asegurado incurre en gastos por visitas y tratamiento médico por cualquier razón que no fuere embarazo, la Compañía reembolsará tales gastos hasta la cantidad máxima por visita y por incapacidad indicadas en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Los gastos por tratamiento pre y post-operatorio y de convalecencia de cirugía, son considerados como gastos de cirugía y por lo tanto no pertenecen a este rubro. La Compañía reembolsará tales gastos hasta la cantidad máxima por visita e incapacidad de acuerdo con las Condiciones Particulares.

Este beneficio estará sujeto a las siguientes disposiciones:

- **34.1 Definiciones:**

  34.1.1 CONSULTA -visita y tratamiento médico proporcionado en la clínica del doctor.

  34.1.2 Visita de Médico-atención y tratamiento médico proporcionado en la casa del asegurado.

- **34.2 LIMITACIONES:**

  Los beneficios de esta cláusula se limitan a los tipos de visitas descritos arriba.

  El pago se hará nada más que por una visita al día.

  Las visitas del médico y las consultas serán consideradas como un solo tipo de visitas.

  La consulta a Especialista será reconocida siempre y cuando dicha consulta haya sido ordenada por anticipado por el médico de cabecera.

Cláusula 35.
OTROS BENEFICIOS

La Compañía reembolsará las gastos en que el asegurado incurre por concepto de los servicios y medicamentos siguientes:

- Drogas y medicinas suministradas, contra receta médica, por una droguería o farmacia autorizada.

- Gastos por Transfuciones de Sangre y plasma sanguíneo.

VERSION DICIEMBRE DE 1,990

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS INSPECTOR I DE SEGUROS GUATEMALA

TEXTO APROBADO POR RESOLUCION No. ____ DE FECHA ____ DE LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS

- Gastos originados por consumo de oxígeno.
- Gastos de análisis de laboratorio, o de estudios de rayos X, isotopos radioactivos, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para el diagnóstico o tratamiento de la incapacidad.
- Alquiler de silla de ruedas, muletas, cama de hospital, o pulmón de hierro.
- Gastos originados por tratamiento de radio o de terapia radiactiva.

En las Condiciones Particulares de esta póliza se encuentran los deducibles y límite máximo que se aplicarán para cada incapacidad.

VERSION DICIEMBRE DE 1,990

Cláusula 36.
DEFINICIONES

36.1 CONTRATANTE

En el texto de esta póliza se entenderá como contratante, a la persona o personas que firman la solicitud de seguro.

- **36.2 CONTRIBUTIVO**

El término contributivo, significará que para obtener los beneficios de este seguro, el miembro del grupo deberá efectuar una contribución proporcional a la prima fijada; y el término no contributivo significará que el seguro es sin costo alguno para el miembro del grupo.

- **36.3. MEDICO**

Designa únicamente a un doctor o cirujano titulado en medicina o su equivalente, que esté legalmente establecido y autorizado.

- **36.4 GASTO MEDICO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:**

Significará un gasto por atención médica debido a lesión o enfermedad, el cual se considere justo y hasta el límite acostumbrado, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad en que es suministrado cuando se comparen con tratamientos, servicios, o abastecimientos, a individuos del mismo sexo, de edad e ingresos semejantes.

- **36.5 INCAPACIDAD**

Significará una enfermedad, lesión corporal por accidente que necesite tratamiento por un médico autorizado. Todas las enfermedades o lesiones corporales accidentales que ocurran simultaneamente o sean ocasionadas o debidas a las mismas causas o causas similares, serán consideradas como una sola incapacidad. Si una incapacidad es debida a causas que son las mismas o similares a las causas de una incapacidad anterior (incluyendo complicaciones que resultaren de ella), la incapacidad será considerada como una continuación de la incapacidad anterior, y no como una nueva y diferente incapacidad.

216

- Sin embargo, para casos que requieran rehospitalización y ésta sea después de los 90 días siguientes a la última salida del hospital, la siguiente reclusión debido a la misma causa, será considerada como una nueva incapacidad.
- Para casos que no requieran hospitalización, los beneficios cubren hasta el número máximo de dias señalados en las Condiciones Particulares para una incapacidad, pero una nueva incapacidad se establece después de transcurrido un período de 90 días siguientes a la fecha en la cual el último gasto cubierto fue incurrido, o después del período máximo señalado en este párrafo, lo que ocurra primero, a menos que los gastos ya no estén sujetos a reembolso debido a que el beneficio máximo fue agotado con anterioridad.

- **36.6 HOSPITAL**

El término "HOSPITAL" significa, para los efectos de esta póliza, una institución organizada de acuerdo con la ley, que cuenta con instalaciones para proporcionar servicios a personas enfermas o heridas, inclusive instalaciones para diagnóstico y cirugía. Que brinde atención durante veinticuatro horas diarias, bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras, legalmente autorizados para ejercer.
Los asilos de ancianos, los hogares para convalecientes y enfermos crónicos y las casas de reposo no se consideran hospitales.

- **36.7 HOSPITALIZACION**

Significará la reclusión de una persona que esté registrada como paciente en un hospital según se definió anteriormente, por lo cual incurra en un gasto diario por concepto de cuarto y alimentación.

- **36.8 OPERACION QUIRURGICA**

(1) Operación con incisión, (2), la sutura de una herida (3), el tratamiento de una fractura, (4) la reducción de una luxación, (5) radioterapia (excluyendo terapia con isótopos radioactivos si se utilizan en lugar de la extracción quirúrgica de un tumor) (6) electrocauterización; (7) procedimientos endoscópicos para diagnosis o terapia, (8) el tratamiento por inyección esclesorante para hemorroides y las venas varicosas.

- **36.9 ACCIDENTE**

Se entenderá por accidente, toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el asegurado, independientemente de cualquier otra causa, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.

- **36.10 ENFERMEDAD**

Se entenderá por enfermedad toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo y son materia de esta póliza solo las enfermedades que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

TEXTO APROBADO POR RESOLUCION
No._____DE FECHA_____
DE LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS

SUPERINTENDENCIA DE BANCOS
INSPECTOR I DE SEGUROS Y FIANZAS
GUATEMALA, C. A.