SEGURO DE GASTOS
MÉDICOS INDIVIDUAL EN DÓLARES

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. CONTRATO

La solicitud, la carátula, las condiciones generales, cuadro de beneficios, condiciones particulares, formularios suscritos por el asegurado y anexos, constituyen el contrato de seguro entre el Asegurado Titular y/o Contratante y Seguros G&T, Sociedad Anónima (en adelante denominada "la Aseguradora").

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.

El Asegurado Titular, al recibir esta póliza debe cerciorarse que concuerde con la solicitud presentada a la Aseguradora, para los efectos de los primeros dos (2) párrafos del artículo seiscientos setenta y tres (673) del Código de Comercio que dicen textualmente:

"En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido, o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince días siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último. (...)".

1.1 MODIFICACIONES:

La Aseguradora podrá modificar mediante anexo la póliza en cualquier momento por medio de solicitud escrita del Asegurado Titular. Dicha modificación tendrá efecto quince (15) días calendario después de que la Aseguradora le notifique su aceptación al Asegurado Titular.

Tal modificación no afectará la reclamación alguna que haya ocurrido con anterioridad. Solamente funcionarios debidamente autorizados por la Aseguradora tienen la potestad de aceptar modificaciones a esta póliza. Ninguna modificación será válida a menos que exista un anexo firmado por un Representante legal Autorizado de la Aseguradora.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES GENERALES

Cada palabra o expresión para la que se haya fijado un significado específico, de conformidad con el contenido de esta cláusula, mantendrá ese mismo significado dondequiera que se utilice en la póliza y prevalecerá sobre el sentido natural del término.

ABORTO ESPONTÁNEO: A la pérdida del producto gestacional ocurrido durante las primeras veinte (20) semanas de forma natural.

ACCIDENTE: Se entenderá por accidente a toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el Asegurado, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.

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 TERRESTRE: Al Vehículo terrestre acreditado por las entidades responsables para el traslado de heridos o enfermos.

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 (BLS) o apoyo avanzado de vida (ALS.) Una ambulancia aérea está equipada con el equipo médico necesario para apoyar estos niveles de cuidado en vuelo, con el personal médico entrenado para el cuidado y traslado de pacientes.

ANEXO: Documento emitido por la Aseguradora que forma parte de la póliza y que modifica cualquier condición de esta última.

AÑO PÓLIZA: Al período de doce (12) meses consecutivos que comienza en Ia Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza y termina en la Fecha Fin de Vigencia indicados en la carátula de la póliza.

AÑO CALENDARIO: Al período comprendido entre el primero de Enero de cualquier año y el 31 de Diciembre del mismo año, ambas inclusive.

ASEGURADO: Persona física de cualquier sexo con residencia en Guatemala, que tiene derecho a los beneficios de esta Póliza, siendo el Asegurado Titular o Asegurados Dependientes que cumplen con los requisitos de elegibilidad.

ASEGURADO TITULAR: Será la persona que solicita el seguro para sí mismo que cumple los requisitos de elegibilidad establecidos en esta póliza y quien ejerce los derechos de los Asegurados Dependientes elegibles ante la Aseguradora y tiene derecho a recibir el pago de los gastos cubiertos a que hubiere lugar por esta póliza.

ASEGURADO DEPENDIENTE: Persona inscrita en la póliza como el/la Cónyuge o Conviviente o hijo(a) dependiente del Asegurado Titular, que cumple los requisitos de elegibilidad establecidos en esta póliza.

ASISTENCIA DENTAL: Conjunto de procedimientos realizados por profesional en odontología destinados al diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades que afectan la cavidad oral.

ATENCIÓN DE PRIMER NIVEL: Es la asistencia sanitaria esencial accesible a la población, estructurada por los servicios de consulta externa, servicios de estudios de diagnóstico y atención de urgencias.

AUDITORÍA MÉDICA DENTAL: Acciones realizadas por profesional calificado en el área médica - odontológica para verificar la pertinencia, la calidad y el buen uso de los recursos destinados a la atención de la salud oral y garantizar que se encuentren acorde con los estándares de calidad establecidos por la Aseguradora.

ASEGURADORA: Seguros G&T, Sociedad Anónima.

BENEFICIARIO: A la persona designada por el Asegurado Titular, que en caso del fallecimiento de éste, tramite y reciba el pago de cualquier gasto médico cubierto, que estuvieran pendientes de reembolsar por la Aseguradora. Y en el caso de seguro de Vida, persona o personas designadas(s) por el Asegurado, para recibir de la Aseguradora los beneficios que el contrato de seguro determina.

CÁNCER: 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.

CARÁTULA DE LA PÓLIZA: Al documento de la póliza que especifica la fecha de inicio de vigencia, la fecha de fin de vigencia, fecha de inicio de cobertura, el cuadro de beneficios, cualquier limitación del seguro, enumera al Asegurado Titular y Asegurados Dependientes, y forma parte del contrato de seguro.

CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN MÉDICA, SOCIEDAD ANÓNIMA – CIAM: Entidad que presta servicios de Atención de primer nivel.

CERTIFICACIÓN MÉDICA: Documento emitido por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, en el cual se incluye un Diagnóstico susceptible de ser utilizado como fundamento para el Reclamo de un Siniestro o la Evaluación de Riesgo de una solicitud de seguro.

CESÁREA: Intervención quirúrgica para el nacimiento de un bebé, en la cual, el bebé se extrae a través de una incisión en el abdomen de la madre.

CESÁREA ELECTIVA O PLANEADA: A 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: A 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.

CITOLOGÍA VAGINAL: Al examen ginecológico (Papanicolaou) realizado para diagnosticar cáncer cervical, a través del estudio microscópico de las células raspadas de la superficie del cuello uterino.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN: A la exclusión de los gastos incurridos por un Asegurado por ciertas condiciones médicas o tratamientos e indicados en la Carátula de la Póliza.

COASEGURO**:** Monto porcentual indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, el cual es aplicable después de restado el Deducible, de los gastos médicos elegibles y que debe ser cubierto por el Asegurado.

COBERTURA: A los beneficios cubiertos en esta Póliza, para los cuales el Asegurado es elegible, e indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

COBERTURAS ADICIONALES: Disposiciones que en anexo amplían o agregan beneficios a una póliza, para extender el alcance de la cobertura de los beneficios estipulados en las condiciones generales de la misma; quedando sujetas a su solicitud y pago de prima adicional por parte del Asegurado Titular.

COBERTURA GEOGRÁFICA: Es la limitación geográfica que tiene la póliza con relación a la cobertura que brinda. Cuando se indica que tiene Cobertura Centroamericana, la limitación geográfica se refiere a los países de Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica y cuando se refiere a Cobertura Mundial es en todos los países del mundo.

COMPLICACIONES DE MATERNIDAD: Patología o al tratamiento de una situación adversa imputable al embarazo o al alumbramiento, entre otras: nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, toxemia gravídica, embarazo ectópico, diabetes gestacional, aborto que requiere de intervención médica para ser completado debido a que el feto ha muerto, terminación espontánea del embarazo ocurrido en un período de gestación en el cual no es posible el nacimiento de un ser humano apto de continuar con vida.

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 periodo 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 DE NACIMIENTO O DEL RECIÉN NACIDO: Cualquier trastorno de un recién nacido relacionado con el nacimiento, que se manifiesta durante los primeros treinta (30) días de vida y que ocurra antes que el neonato salga del hospital, incluyendo pero no limitado a condiciones congénitas y/o hereditarias, hiperbilirrubinemia, ictericia, hipoxia cerebral, hipoglicemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

CONDICIÓN CONGÉNITA: Cualquier condición, trastorno orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirido durante el desarrollo del feto en el útero o durante el nacimiento, y no por herencia, independientemente que sea evidente antes del nacimiento, al momento del nacimiento o se manifieste posteriormente.

CONDICIÓN HEREDITARIA: Son aquellas enfermedades genéticas cuya característica principal es su supervivencia de generación en generación, transmitiéndose de padres a hijos y así sucesivamente.

CONDICIÓN PARTICULAR: 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, que aclara modifica o explica condiciones de la póliza.

CONDICIÓN PREEXISTENTE:

1. Es una Enfermedad, lesión corporal, o síntoma, que existían con anterioridad a la fecha de solicitud y fecha de inicio de cobertura de la Póliza del Asegurado, o antes del Cambio de plan o inclusión de cobertura que requiera Pruebas de Asegurabilidad o
2. Una condición de salud que fue diagnosticada por un Médico antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza, Rehabilitación o Cambio de Plan.
3. Una condición de salud por la cual se consultó a un médico y se recomendó o se recibió tratamiento médico antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza, Rehabilitación o Cambio de Plan.
4. Los síntomas manifestados antes de la Fecha De Inicio de Cobertura indicada en la Carátula de la Póliza que ocasionaría que una persona razonable y prudente busque atención médica y que le hubieran permitido a una persona entrenada en medicina hacer un diagnóstico de la condición que produjo los síntomas.
5. Una condición de salud, que como síntoma o signo que se haya presentado a un Médico antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza o su rehabilitación, que pudiera resultar en el diagnóstico de una Enfermedad o trastorno en forma concreta.
6. Los gastos de embarazo incluyendo, antes, y después del nacimiento, complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido dentro de los meses de espera o de carencia, a partir de la Fecha De Inicio de Cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza por este beneficio.
7. Las condiciones congénitas o hereditarias, también se consideran como pre-existentes.

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

CONTRATANTE: Persona que celebra el contrato de seguro para sí o para terceros siempre que cuente con su consentimiento y es responsable del pago de la prima.

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

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

COPAGO: Es la cantidad que un Asegurado debe cubrir en el momento en el que este incurre en un siniestro, por concepto de gastos médicos elegibles incurridos por cada indemnización de acuerdo a la territorialidad y monto fijo establecido, especificadas en Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza distinto al “Deducible”.

CUADRO DE BENEFICIOS: Parte de la Carátula de Póliza que forma parte integral de ésta, en el cual se detallan todos las coberturas y beneficios cubiertos bajo esta póliza, con sus respectivos límites por evento, anual o vitalicio, así como los copagos, coaseguros y deducibles aplicables a los Asegurados, también describe cualquier otra especificación que aclare, individualice o excluya coberturas y beneficios para esta Póliza.

CUIDADOS A DOMICILIO: A los servicios que ofrece una empresa 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.

CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE**:** Al cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable, dentro de un Centro Hospitalario legalmente autorizado para ejercer como tal.

CUIDADOS DE CUSTODIA: Servicios proporcionados que incluyen pero no están limitados a asistencia personal para realizar actividades cotidianas que no requieren la destreza de un profesional de la salud.

CUIDADOS PALIATIVOS: La atención médica a pacientes cuya Enfermedad crónica, avanzada y de pronóstico limitado, no responde ya al tratamiento.

CUARTO Y ALIMENTO DIARIO: Se refiere a la cantidad máxima que la Aseguradora indemnizará por concepto de cuarto y alimentación diario mientras un Asegurado se encuentre recluido en un hospital.

DEDUCIBLE: A la cantidad mínima de los gastos médicos elegibles que debe cubrir el Asegurado cada año póliza o año calendario, de acuerdo a la frecuencia, territorialidad y monto, según se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza, antes de que inicie la obligación de pagar por parte de la Aseguradora.

DEDUCIBLE CATASTRÓFICO: A 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: El deducible máximo que se debe pagar por familia, indicado en el cuadro de beneficios de la póliza.

DENTISTA: se refiere a un médico con licencia legal de cirugía dental, odontología o la ciencia odontológica.

DEPENDIENTE:

1. Cónyuge del Asegurado Titular o al Conviviente del Asegurado Titular.
2. 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 depende económicamente del Asegurado Titular y conviva con él.
3. Hijo(a) soltero(a) con al menos diecinueve (19) años de edad, pero menor de veinticuatro (24) 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.
4. 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 mental, que ocurriese antes de alcanzar la edad límite y mientras estuviese asegurado por esta Póliza.

DEPORTE PROFESIONAL: La realización de deportes que impliquen un beneficio o ingreso en efectivo, en especie o en forma de beca para él que lo realiza.

DIAGNÓSTICO: Dictamen que realiza un médico colegiado autorizado para ejercer la medicina sobre un padecimiento, respaldado por la experiencia y documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la Enfermedad o Lesión, basándose para ello en evaluaciones directas, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, en antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para formular un juicio técnico.

EMERGENCIA: A 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. Las siguientes serán consideradas como emergencias, pero lo estarán limitadas a:

1. Accidentes
2. Convulsiones

3. Hemorragias
4. Crisis súbitas de los sistemas circulatorio, respiratorio, gastrointestinal o urológico
5. Deshidratación severa
6. Pérdida del conocimiento
7. Intoxicación severa
8. Reacciones alérgicas en estado severo

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, únicamente las enfermedades que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

ENFERMEDAD MENTAL: A desórdenes, enfermedades o condiciones mentales, emocionales y psiquiátricas, (sean de origen orgánico o inorgánico, biológico o no-biológico, genético, químico o no-químico). Los desórdenes mentales o nerviosos incluyen, pero no se limitan a; psicosis, trastornos neuróticos, trastornos bipolares, desórdenes afectivos; desórdenes de personalidad, anormalidades psicológicas o de conducta, asociados con disfunción transitoria o permanente del cerebro o de los sistemas neuro-hormonales; y condiciones, desórdenes y enfermedades enumerados en la edición más reciente del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM por sus siglas en inglés)* del *International Classification of Diseases, de la American Psychiatric Association,* a la fecha en que el servicio médico o el Tratamiento es aplicado al Asegurado.

ENFERMERA(O) AUTORIZADA(O): A la persona legalmente licenciada de acuerdo con los requisitos de la jurisdicción local para atender a los enfermos, y le permite ejercer la profesión en el país.

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.

ESTUDIO DIAGNÓSTICO; Estudio químico, biológico, radiológico y nuclear, aprobado para la práctica médica profesional, indicado por un profesional en salud certificado, para el diagnóstico y evaluación del estado de salud del paciente.

EXPERIMENTAL/EN INVESTIGACIÓN Y/O DE ESTUDIO: 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.

FECHA DE INICIO DE COBERTURA: A 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.

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA: A la fecha en que la póliza entra en vigor, tal como aparece en la Carátula de la Póliza.

FECHA DE FIN DE VIGENCIA: A la fecha en que concluye la cobertura de la póliza, tal como aparece en la Carátula de la Póliza.

FECHA DE RENOVACIÓN: Al primer día después de la fecha de vencimiento de vigencia, del próximo Año de Vigencia de la Póliza.

FECHA DE VENCIMIENTO: La fecha en que debe ser pagada la prima del seguro por el período correspondiente.**:** Al momento del vencimiento terminan todos los beneficios de la póliza de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 9.3 de esta póliza.

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.

GASTOS MÉDICOS: Los gastos en que incurra el Asegurado por razón de una incapacidad, cubierto de acuerdo con las condiciones estipuladas en la Póliza, siempre y cuando se encuentren dentro de lo razonable, usual y acostumbrado.

GASTOS INCURRIDOS DENTRO DE LA RED O PAGO DIRECTO: Gastos médicos incurridos dentro de la red de proveedores de médicos, hospitales y centros de diagnóstico aprobados y contratados por la Aseguradora y siempre y cuando exista una autorización por escrito por parte de la Aseguradora.

HABITACIÓN PRIVADA: A la habitación estándar de un Hospital equipada para alojar a un solo paciente.

HABITACIÓN SEMI PRIVADA: Una habitación estándar de un Hospital equipada para alojar a más de un paciente.

HONORARIOS DEL ANESTESIÓLOGO: A 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 CIRUJANO ASISTENTE: A los cargos de uno o más Médicos que asisten al cirujano principal en la realización de una intervención quirúrgica.

HONORARIOS MÉDICOS: Es el monto por atención médica debido a incapacidad cubierta, el cual se considere justo y dentro de los límites acostumbrados, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad en que es suministrado el servicio.

HOSPICIO: se refiere al plan coordinado de cuidados a domicilio, hospitalización y ambulatorios para dar servicios médicos paliativos, sustentadores y otros, a pacientes enfermos terminales. Un equipo multidisciplinario presta cuidados continuos y planificados, cuyo componente médico es dirigido por un médico. El cuidado estará disponible veinticuatro (24) horas al día, siete días a la semana. El establecimiento debe cumplir con los requerimientos legales de la localidad donde opere.

HOSPITAL: A cualquier institución legalmente licenciada como centro médico o quirúrgico en el país donde se encuentra localizada, y que:

1. 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;
2. 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;
3. Ofrece veinticuatro (24) horas de servicio de enfermería bajo la supervisión de un(a) Enfermero(a) autorizado(a) a tiempo completo;
4. 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:

1. Establecimientos u hogares para convalecientes, servicios de enfermería o reposo, ni un albergue geriátrico.
2. 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: Al 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 período no menor de 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 a 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.

El hecho que un médico en particular pueda prescribir, ordenar, recomendar, o aprobar un servicio, tratamiento, suministro o nivel de cuidado, no hace dicho tratamiento médicamente necesario ni convierte los cargos en gastos cubiertos bajo esta Póliza.

INCIDENTE INCAPACIDAD O EVENTO: A que todas las enfermedades y/o Accidentes que existan simultáneamente y que se deban a la misma causa o a causas relacionadas con ella, son consideradas como un incidente. Además, si una enfermedad se debe a causas que son las mismas o se relacionan a causas de una enfermedad anterior, la enfermedad se considerará una continuación de dicha enfermedad anterior, y no un incidente separado. Todas las lesiones debidas por el mismo accidente se considerarán un incidente y/o evento.

INTERMEDIARIO DE SEGUROS: los agentes de seguros dependientes, agentes de seguros independientes y corredores de seguros.

LÍMITE DE COASEGURO O LÍMITE DE PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO (Stop Loss): es la cantidad máxima de Participación en un siniestro o evento, que absorbe un Asegurado de acuerdo con las condiciones y montos indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

LESIÓN: A la lesión física enumerada en la más reciente edición de *Clasificación internacional de enfermedades (CIE) de la OPS/OMS* 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.

MÁXIMO ANUAL RENOVABLE: Es el monto máximo que la Aseguradora llegará a indemnizar por gastos médicos elegibles e incurridos por un Asegurado durante el año póliza en que esté cubierto ininterrumpidamente, hasta el monto límite indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

MATERNIDAD CUBIERTA: Aquella para la cual la póliza proporciona beneficios de embarazo y que la fecha del parto sucede por lo menos diez (10) meses calendario después de la Fecha de Vigencia de la cobertura.

MÉDICAMENTE NECESARIO O NECESIDAD MÉDICA: Al servicio médico, suministro, equipo, o tratamientos ordenados y proporcionados por un Médico tratante, los cuales la Aseguradora determine que:

1. Son adecuados al diagnóstico o tratamiento del padecimiento o lesión del Asegurado;
2. Son consistentes con los estándares médicos y profesionales aceptados;
3. No son principalmente para la comodidad o conveniencia personal de un Asegurado, su familia o su médico;
4. Son proporcionados al nivel más adecuado sin poner en riesgo la vida o la salud del Asegurado;
5. En el caso de hospitalización, que los servicios o tratamientos no puedan ser proporcionados al Asegurado de manera ambulatoria sin arriesgar su vida o salud.

La Aseguradora se reserva el derecho de determinar la Necesidad Médica. El hecho de que un Médico haya ordenado, recomendado o aprobado un servicio o tratamiento no lo hace Médicamente Necesario.

MEDICINA O MEDICACIÓN POR RECETA MÉDICA: A los medicamentos cuya venta o uso está legalmente limitado a su indicación por un Médico dentro del país que se trate. Para efectos de esta Póliza, Medicina o medicación se refiere al equivalente genérico de un fármaco, o si el equivalente genérico no está disponible, el fármaco de marca. Medicina o medicación sólo significará fármacos prescriptibles.

MÉDICO O DOCTOR: Al profesional de la medicina debidamente titulado e inscrito en la institución que legalmente corresponda para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios.

ODONTÓLOGO: Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la odontología en Guatemala, deberá estar debidamente inscrito y vigente ante el Colegio Estomatológico de Guatemala y deberá demostrar una experiencia mínima de dos (2) años como Odontólogo.

PAÍS DE RESIDENCIA: Al lugar donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario o del Año póliza, 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 COBERTURA: Al periodo comprendido entre la Fecha De Inicio de Cobertura y la fecha fin de vigencia de cobertura de esta Póliza.

PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO: A la cantidad que resulta de restarle a los Gastos Médicos y presentados para su reembolso o pago:

1. los gastos no elegibles, bien sea por estar expresamente excluidos o por exceder los límites definidos en el Cuadro de Beneficios o la cantidad razonable y acostumbrada,
2. el deducible; y
3. el reembolso de acuerdo al porcentaje indicado en el Cuadro de Beneficios.

PARTO NORMAL: Es el proceso natural para la finalización de la gestación de un embarazo.

PRE-AUTORIZACIÓN O PRE-CERTIFICACIÓN: Al hecho de que el Asegurado notifica a la Aseguradora, por adelantado, 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 preferidos, a la cual el Asegurado pueda tener acceso, y que confirme que tal ingreso es médicamente necesario. El Pago Directo a proveedores afiliados a la red es un beneficio que está sujeto a las políticas que la Aseguradora tenga vigentes.

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS: A los medicamentos cuya venta y uso son restringidos a la orden de un médico.

PERÍODO DE CARENCIA: Es el periodo en el que un padecimiento no está cubierto dentro de la póliza, es decir el período desde el comienzo de la Fecha de Inicio de Cobertura de cobertura en que los beneficios elegibles aún no han sido aplicados.

PERÍODO DE ESPERA: Al período durante el cual la Aseguradora no pagará ciertos beneficios de la póliza.

PERÍODO DE GRACIA: Al período de treinta (30) días calendario después de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza.

PÓLIZA: La forman la Caratula de la Póliza, el Cuadro de Beneficios, las Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, los Anexos de Coberturas, las Condiciones Particulares y los formularios suscritos por los Asegurados.

PRIMA: Cantidad o Monto de dinero que el Solicitante de la póliza debe pagar durante el año contratado de la póliza para mantener vigente la cobertura del seguro.

PROVEEDOR: A un hospital, hospicio, convalecientes / centro de enfermería especializada, centro quirúrgico ambulatorio, hospital psiquiátrico, centro de salud mental de la comunidad, instalaciones para tratamiento psiquiátrico, centro para el tratamiento de la dependencia de drogas y alcohol, centro de maternidad, médico, odontólogo, quiropráctico, auxiliar médico licenciado, enfermero(a), laboratorio médico, compañía de servicio auxiliar, firma de ambulancia aérea o terrestre o cualquier otra instalación afín que la Aseguradora apruebe para proporcionar servicios según la Póliza..

PUBERTAD ADELANTADA O ACELERADA: Es la pubertad que inicia en su rango de tiempo, pero se desarrolla más rápido. En una niña la pubertad ocurre de los 8 a los 14 años y la duración tiene un promedio de 2 a 3 años, en el caso de pubertad adelantada o acelerada, el tiempo de duración sería menor, por ejemplo, que durará un (1) año, esto se evalúa tomando en cuenta que todos los cambios físicos y hormonales ocurren de una manera más rápida. Esta condición no se considera una enfermedad por estar iniciando dentro del rango de edad considerado como normal para cada sexo.

PUBERTAD PRECOZ: Es el desarrollo y aparición de los caracteres sexuales femeninos o masculinos antes de tiempo, según las guías americanas y latinoamericanas en niñas se considera pubertad precoz antes de los 8 años de edad y en niños antes de los 9 años, considerándose así esta una enfermedad.

RAZONABLE, USUAL Y ACOSTUMBRADO: A la cantidad máxima que la Aseguradora determina que es razonable y acostumbrado en el país en el que se reciban la atención médica hospitalaria, de laboratorio, medicamento, suministro o insumo médico, para los beneficios elegibles que el Asegurado recibe bajo esta póliza, hasta los cargos realmente facturados y sin excederlos. La determinación de la Aseguradora considera:

1. Los montos cobrados por otros proveedores de servicios por el mismo servicio o uno similar;
2. Cualquier circunstancia médica inusual que requiera tiempo, habilidad o experiencia adicionales;
3. El costo que para el proveedor de servicio representa prestar los servicios o suministros, o realizar el procedimiento; y
4. Otros factores que la Aseguradora determine son relevantes, incluyendo un recurso basado en la escala relativa de valores, peso sin limitarse a este.

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. Para un proveedor de servicio que tenga un acuerdo de reembolso con la Aseguradora, el cargo razonable y acostumbrado es igual al monto que constituya pago total bajo cualquier acuerdo de reembolso con la Aseguradora. Si un proveedor de servicio acepta como pago total una cantidad menor que la tasa negociada bajo un acuerdo de reembolso, la cantidad menor será el máximo cargo razonable y acostumbrado. El cargo razonable y acostumbrado será reducido debido a cualquier sanción de la cual un proveedor de servicio sea responsable, como resultado de ése acuerdo del proveedor de servicio con la Aseguradora.

RECIÉN NACIDO: Persona natural desde el momento de su nacimiento hasta el cumplimiento de los treinta y un (31) días de vida.

RECLAMO: Procedimiento mediante el cual el Asegurado presenta a la Aseguradora requerimiento de pago para el reembolso de los gastos médicos incurridos pagados por el Asegurado o solicitados a través del servicio de pago directo por medio de red de proveedores afiliados que puede proporcionar la Aseguradora, dicho pago amparado en las coberturas y beneficios de las pólizas, por medio de la presentación de las facturas originales que respaldan los gastos médicos del Asegurado y el formulario de reclamo que la Aseguradora requiere sea completado.

RED DE PROVEEDORES AFILIADOS: Al grupo de médicos, centros de diagnóstico, laboratorios, farmacias y hospitales con los cuales se han pactado costos de bienes y servicios médicos bajo convenio, y cuya utilización opcional por parte del Asegurado está sujeta al seguimiento de reglas específicas entregadas al Asegurado al momento de contratar su póliza. La Red de Proveedores Afiliados es un servicio que presta la Aseguradora, cuya administración queda a discreción de la Aseguradora y puede ser modificada en cualquier momento.

REEMBOLSO: Es el pago de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza, de acuerdo a las condiciones contratadas. Sólo se pagarán aquellas facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes.

REPATRIACIÓN: Al traslado del Asegurado hasta su país de residencia.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA: La opinión de un Médico diferente del que está atendiendo actualmente al Asegurado.

SERVICIOS AMBULATORIOS: A los tratamientos o servicios médicos proporcionados en hospital o una institución, incluyendo centros de Cirugía Ambulatoria; instalaciones de enfermería para convalecencia o cuidados especializados; o consultorio del Médico, adonde se acude por enfermedad o lesión, pero donde no se es internado o recluido por un periodo de veinticuatro (24) horas, y donde no se cobra habitación y comida.

SERVICIOS HOSPITALARIOS: A 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.

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

SOLICITUD DE SEGURO: A la declaración extendida en formulario por un Solicitante sobre sí mismo y sus dependientes, utilizada por la Aseguradora para determinar su asegurabilidad. La Solicitud de Seguro incluye cualquier historial médico, cuestionario, y otros documentos proporcionados o solicitados por la Aseguradora antes de la emisión de la póliza y forma parte del contrato completo celebrado entre las partes.

TABLA DE VALORES RELATIVOS DE CALIFORNIA: Documento creado por la Workers Compensation Office of the State of California. Conformación de la TVRC Basado en la guía Current Procedural Terminology (CPT), creada y administrada por la American Medical Association (AMA). Aplicará la tabla vigente indicada por la Aseguradora.

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

TRASPLANTE DE ÓRGANO: Al procedimiento Médicamente Necesario donde los órganos, tejidos o células son quirúrgicamente trasplantados desde el Donante Vivo o muerto al receptor.

TRATAMIENTO: Al manejo quirúrgico o médico de un paciente con el propósito de resolver o sanar la enfermedad o lesión, basado en prácticas médicas estándares y aceptadas. Para los propósitos de esta Póliza, sólo incluirá aquellos tratamientos planificados y aprobados, para los cuales el Asegurado sea elegible.

TRATAMIENTO CONVALECIENTE: Al tratamiento, servicios y suministros necesarios para asistir en la recuperación de un paciente para llegar a un cierto grado de funcionamiento corporal que le permita a sí mismo la ejecución de las actividades vitales básicas diarias.

TRATAMIENTO DENTAL: Procedimiento médico odontológico realizado por profesional titulado en Odontología con el cual se busca devolver la salud dental perdida como consecuencia de una enfermedad dental o de un accidente que afecte la cavidad oral. El tipo de tratamiento cubierto depende de la descripción realizada en las Condiciones Particulares de la Póliza

TRATAMIENTO DENTAL POR ACCIDENTE: Al tratamiento para arreglar o reemplazar los dientes naturales después de un accidente cubierto por esta Póliza.

TRATAMIENTO MÉDICO: Conjunto de acciones realizadas por un profesional en salud certificado, cuya finalidad es la curación, alivio, detección y la prevención de las enfermedades y/o síntomas del paciente.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONARIOS: A una unidad de cuidados cardíacos u otra área o unidad de un hospital la cual reúna los requerimientos estándar de la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals for Special Care.* La *Joint Commission on Accreditation of Hospitals for Special Care* es una organización independiente, sin fines de lucro, que acredita y certifica a más de 19.000 organizaciones de atención de salud y los programas en los Estados Unidos.

UNIDAD QUIRÚRGICA: Son los lineamientos a través de los cuales se establece el método de utilización, combinación y cálculo de los códigos de cada sección de la Tabla de Valores Relativos de California.

CLÁUSULA 3. GASTOS CUBIERTOS

Son los gastos médicos 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 con especialidad relacionada a la enfermedad o padecimiento, siempre que estén descritos en el inciso 3.5 Gastos Cubiertos y no estén excluidas expresamente en la Cláusula "Gastos No Cubiertos**.** Serán reconocidos como gastos cubiertos aquellos razonablemente necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado, y sean cargados por persona o institución que por su naturaleza pueda o deba hacer tales cargos. No 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 medicinas, se liquidará con las condiciones de póliza que apliquen según esta fecha.

3.1 BENEFICIOS ELEGIBLES Y LÍMITES PARA EL ASEGURADO TITULAR Y LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES:

Los beneficios elegibles son todos aquellos Gastos Médicos efectivamente incurridos por un Asegurado necesarios para la atención o el tratamiento de cualquier enfermedad, accidente o evento cubierto bajo las condiciones de la presente Póliza bajo los límites máximos establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, según los términos y condiciones de la presente póliza.

3.2 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS:

Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otra póliza, por la cual cualquier Asegurado pueda estar cubierto. Cuando algún Asegurado esté cubierto también por otras pólizas que tengan las mismas coberturas que las del presente contrato, los gastos elegibles 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 únicamente esta póliza estipula la coordinación de beneficios, los beneficios serán pagaderos primeramente por todas las demás pólizas concurrentes. La coordinación de beneficios está sujeta a las coberturas y condiciones de esta póliza y a las deducciones que la Aseguradora y la ley tengan establecidas.

3.3 CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA:

La Póliza se hará nula e inválida por cambio de país de residencia del Asegurado, todos los términos y condiciones de la Póliza quedan sujetos a revisión y aprobación ante un cambio en el país de residencia del Asegurado.

La póliza cubre como máximo 90 días calendario fuera del territorio de Guatemala. El Asegurado deberá notificar por escrito a la Aseguradora cualquier cambio de país de residencia de acuerdo a lo estipulado en este numeral. Para efectos de esta póliza el País de Residencia es donde el Asegurado resida por un total de 180 días calendario en un año póliza.

Se hace la excepción para los hijos dependientes estudiantes de tiempo completo que por motivo de estudio deban residir fuera del territorio de Guatemala, el Asegurado Titular deberá notificar a la Aseguradora y suministras la documentación que ésta requiera.

3.4 CAMBIO DE PLAN:

Cualquier Asegurado tendrá la opción de cambiar de un Plan a otro de acuerdo al siguiente procedimiento:

1. Si desea cambiar de un Plan de menores beneficios a uno que le brinda mayores beneficios, el Asegurado tendrá que presentar pruebas de asegurabilidad a la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar y aprobar dicha solicitud, si así fuere determinará cuando entrarán en vigor los nuevos beneficios o exclusiones.

2. Si desea cambiar de un Plan de mayores beneficios a otro de menores beneficios, únicamente bastará con enviar una carta firmada por el Asegurado Titular solicitando dicho cambio; para que la Aseguradora proceda a su aceptación sí así lo considera, el máximo vitalicio disponible debe ser mayor a la suma asegurada del nuevo plan.
3. Ningún cambio podrá ser con efecto retroactivo y solo se podrán realizar cambios de plan una vez por vigencia.
4. Para solicitar el cambio de plan es necesario que transcurran por lo menos 365 días de cobertura en el Plan anterior.
5. Incrementos de Suma Asegurada (Anual Renovable): Cuando se otorgan incrementos de Suma Asegurada, los montos incrementados serán aplicables únicamente a las incapacidades que se originen posteriormente a la fecha de vigencia de la nueva Suma Asegurada.

Cambio de Deducible:

Cualquier Asegurado tendrá la opción de cambiar de un deducible a otro de acuerdo al siguiente procedimiento:

1. Si desea cambiar de un Plan de menor deducible, el Asegurado tendrá que presentar pruebas de asegurabilidad a la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar y aprobar dicha solicitud, si así fuere determinará cuando entrarán en vigor los nuevos deducibles.
2. Si desea cambiar de un Deducible de menor a otro mayor, únicamente bastará con enviar una carta firmada por el Asegurado Titular solicitando dicho cambio aceptando la tarifa correspondiente.
3. Ningún cambio podrá ser con efecto retroactivo y sólo se podrán realizar cambios de deducible en la renovación.
4. Para solicitar el cambio de deducible es necesario que transcurran por lo menos 365 días de cobertura en el deducible anterior.

3.5 GASTOS CUBIERTOS:

Se consideran beneficios elegibles para la cobertura de Gastos Médicos:

1. Gastos de Hospital: Los gastos de Hospital que incluyen los gastos de cuarto privado o semiprivado, alimentos, cuidados generales de enfermeras, procedimientos de diagnóstico, medicamentos, sala de operaciones, sala de recuperación, unidad de cuidados intensivos y la atención en la sala de emergencia.

2. Honorarios Médicos: Tratamiento suministrado por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad relacionada a la enfermedad del asegurado.
   a) Por intervenciones quirúrgicas realizadas por un cirujano legalmente autorizado para ejercer la medicina.
   b) Por consulta médica con médicos legalmente autorizados para ejercer la medicina.

3. Aplicación de anestesia: suministrada por un médico o un anestesista profesional, anestesia y honorarios del anestesiólogo.
4. Transfusión de Sangre o plasma necesario para el tratamiento de una enfermedad o accidente.

5. Atención suministrada por enfermeras tituladas en el hogar: siempre que la gravedad de la enfermedad lo requiera y que sea recomendado por el médico tratante. La enfermera no deberá tener ningún grado de parentesco con el Asegurado y no debe vivir en la casa de dicho Asegurado. Los montos y días de coberturas están descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

6. Servicios de Hospitalización en el hogar: yeso tablilla, braguero, muletas, oxígeno y alquiler o compra del equipo necesario para su aplicación, alquiler o compra de silla de ruedas o cama especial de hospital, alquiler de pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria. La compra de un equipo queda sujeta a evaluación de la Aseguradora.

7. Prótesis de miembros y ojos artificiales, de acuerdo a lo establecido y hasta el monto máximo de las Condiciones Particulares de la Póliza.

8. Quimioterapia, radioterapia o terapia radioactiva.

9. SIDA/VIH: Toda enfermedad o gasto médico relacionado al SIDA/VIH será pagado bajo las condiciones de esta póliza y hasta el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, toda vez se compruebe que el virus fue adquirido después de la fecha de Inicio de Cobertura de cada Asegurado.

10. Exámenes de Laboratorio Clínico y Diagnóstico por Imágenes: Exámenes de laboratorio, Rayos X, exámenes y procedimientos especiales, así como cualquier otra prueba que sea ordenada por un médico y que sea necesaria para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad.

11. Terapia y/o Rehabilitación Física: Tratamientos suministrados por un fisioterapista siempre que sea indicado por un médico.

12. Medicamentos: Drogas o medicinas recetadas por un médico y que sean proporcionadas por una farmacia autorizada y autorizados por la FDA como medicamento para tratar una enfermedad.

13. Los gastos de un menor de edad hospitalizado, que cubre los cargos incluidos en la factura del hospital por concepto de cama para acompañante de un dependiente hospitalizado menor de dieciocho (18) años se pagarán como se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza, hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

14. Cirugía Bariátrica, El procedimiento estará cubierto después de cumplirse un período de espera de veinticuatro (24) meses, sujeto a los siguientes criterios:

    1. Tener un índice de masa corporal (IMC) de cuarenta (40) o más y un diagnóstico de obesidad mórbida;
    2. Tener un IMC entre treinta y cinco (35) y cuarenta (40) y un problema de salud serio relacionado con su peso;
    3. Presentar evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos veinticuatro (24) meses, y
    4. Haber pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el Asegurado someterse al procedimiento.

    La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el equipo médico de la Aseguradora. El Asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos que la autorización previa haya sido otorgada y hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

15. Cirugía profiláctica, para reducción de riesgo de cáncer.

16. Extracción de Células Madre al recién nacido, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la Carátula de la Póliza.

17. Cuidados paliativos, el alojamiento en residencias para pacientes terminales y los tratamientos y servicios paliativos están cubiertos como se indica en el Condiciones Particulares de la Póliza. para aquellos pacientes terminales con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos, y que necesitan atención física, psicológica y social, así como la instalación o adaptación de equipos especiales, servicios de enfermería y medicamentos por receta. Estos servicios deben ser autorizados por la Aseguradora con anticipación y serán cubiertos hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Carátula de la Póliza.

18. Servicio de Ambulancia Aérea o Terrestre: traslado a un hospital equipado para proporcionar tratamiento, siempre y cuando la utilización de dicho transporte sea absolutamente necesaria para preservar la vida del Asegurado y que el tratamiento no pueda ser suministrado en la localidad donde reside.
    1. Este beneficio aplica siempre y cuando exista cobertura para el padecimiento que está originando el traslado de ambulancia aérea.
    2. El alcance de la cobertura es el transporte de emergencia del aeropuerto más cercano o del lugar del evento a donde el tratamiento tomará lugar.
    3. Que el transporte sea derivado de un tratamiento que no puede ser suministrado localmente y que médicamente sea necesario el transporte por esta vía, el cual debe de ser aprobado previamente por la Aseguradora.
    4. Esta cobertura sólo aplica para el traslado del paciente.

    Para efectos de esta póliza por ambulancia se entiende:
    1. Que sea un operador reconocido legalmente que preste el servicio de ambulancia.
    2. Que el transporte cuente con el equipo e instrumentos médicos especiales a bordo.
    3. Que personal a cargo del traslado sea especializada en este tipo de servicios.

    El límite máximo de la ambulancia aérea aplica solamente una vez por año póliza. El Beneficio Máximo para dicha cobertura es el monto estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

    El Asegurado exonerará expresamente de responsabilidad a la Aseguradora, por las complicaciones resultantes, de cualquier negligencia en los servicios de la entidad, que provee el transporte a sus afiliados, incluyendo retrasos o restricciones del vuelo.

19. Padecimientos Psiquiátricos por accidente, durante la hospitalización, estarán cubiertos hasta el máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

20. Padecimientos Psiquiátricos: Los gastos ocasionados por enfermedades mentales y desórdenes nerviosos y psiquiátricos no diagnosticables más que a través de la observación clínica, estarán cubiertos después de haber satisfecho el deducible correspondiente y hasta el máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. Estarán cubiertos los gastos incurridos, incluyendo pero no limitados a, por tensión, desorden obsesivo –compulsivo, desorden afectivo, depresión reactiva, depresión mayor, desorden de angustia, trastorno de pánico, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso – depresivo, trastornos de adaptación (shock post – traumático), trastorno disociativo (de conversión), trastornos somatomorfos.
    Los gastos incurridos para este beneficio serán cubiertos bajo las siguientes condiciones:

    1. Los gastos incurridos elegibles dentro de hospital por servicios de un psiquiatra profesional a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, no podrán exceder el límite máximo, el cual se encuentran detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza.
    2. Los medicamentos no tienen cobertura.

21. Continuidad de Cobertura en caso de fallecimiento del Asegurado Titular: En caso de fallecimiento del Asegurado Titular se otorgará cobertura sin costo para los familiares dependientes asegurados en la póliza para la Cobertura de Gastos Médicos, por el tiempo establecido en el máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, sujeto a las siguientes condiciones:
    1. El Asegurado Titular y sus Dependientes deben haber estado asegurados bajo esta póliza por lo menos durante doce (12) meses de cobertura continua.
    2. Que la póliza esté vigente y al día en sus pagos de prima al momento del fallecimiento del Asegurado Titular.
    3. Si un dependiente deja de ser elegible de acuerdo a los términos de esta póliza, termina su cobertura dentro de la misma.
    4. Se dará cobertura sin costo durante un año después del fallecimiento del Asegurado Titular.

22. Trasplante de Órganos: Trasplante de órganos sujeto a las siguientes condiciones:
    1. Los gastos deben ser médicamente necesarios.
    2. El procedimiento no puede ser experimental o para investigación.
    3. Se cubren los gastos médicos-hospitalarios del donante a partir de la hospitalización para la intervención quirúrgica de donación y hasta que se registre la salida del hospital, momento en el que cesará esta cobertura para el donante.
    4. Los gastos de compra del órgano no están cubiertos.
    5. Los gastos no pueden exceder el límite establecido para trasplante de órganos que se indica en máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

23. Enfermedades o defectos congénitos y/o hereditarios que necesiten tratamiento médico, para los Asegurados mayores de dieciocho (18) años, quienes tendrá cobertura después de doce (12) meses de cobertura continua como cualquier otra incapacidad, toda vez dicho padecimiento no haya sido tratado o diagnosticado con anterioridad a la vigencia de la póliza y haya sido declarado en la Solicitud de Seguro. Para todo hijo dependiente al que le sea diagnosticado antes de los dieciocho (18) años, hasta el monto máximo vitalicio establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

CLÁUSULA 4. GASTOS NO CUBIERTOS

Esta Póliza no cubre los gastos resultantes de:

1. Tratamientos médicos, estudios, medicina u operaciones quirúrgicas de naturaleza preventiva.

2. Honorarios por reconocimientos médicos o chequeos médicos de rutina en ausencia de enfermedad o lesión, estudios genéticos, exámenes o pruebas de diagnóstico que no sean relacionadas ni necesarias para el tratamiento de una enfermedad o lesión corporal.

3. Exámenes de la vista, chequeos de la vista y la audición, habilitación de lentes, gafas o anteojos, lentes de contacto, implantes, prótesis y/aparatos auditivos, estrabismo, astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, queratoconos y cualquier otro padecimiento refractario de la vista, así como los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregirlos, entre los que se encuentran las queratoplastías y queratotomías radiales; habilitación de audífonos, y los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregir los padecimientos de la audición, incluyendo el implante coclear.

4. Por condiciones preexistentes ningún beneficio será pagado por servicios o atención médica debido a condiciones preexistentes durante los primeros doce (12) meses de vigencia de la cobertura y podrán ser reconocidos como gastos elegibles a reembolso si los gastos por estas condiciones preexistentes son incurridos después de doce (12) meses de vigencia de la cobertura, siempre y cuando dichas condiciones preexistentes se hubieran declarado en la solicitud de seguro y hubieren sido aceptadas por la Aseguradora, de lo contrario no tendrán cobertura.

5. Los tratamientos médicos de cualquier tipo y estudios realizados con el fin de diagnosticar, tratar, corregir o mejorar alguna de las patologías que se mencionan a continuación, así como sus complicaciones y efectos secundarios; no tendrán cobertura dentro de los primeros doce (12) meses de vigencia continua del Asegurado dentro de la póliza:

    - Padecimientos de columna, cadera y articulares, rodillas, hombros, muñecas, tobillos, hombros, codos; cirugía cardiaca, insuficiencia venosa, trasplante de órgano y todo procedimiento que sea necesario llevarse a cabo en una sala de hemodinamia; padecimientos con relación a aparato reproductor femenino: útero, cérvix, ovarios, trompas de Falopio, mamas y masculino: próstata, vesículas seminales, epidídimo y pene, excepto los que sean a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza o consecuencia de enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período.

- Reflujo gastroesofágico, gastritis crónica, hipertensión arterial, sus complicaciones y manifestaciones; diabetes mellitus sus complicaciones y manifestaciones, cáncer de cualquier tipo, en cualquiera que fuera su Estadio, hipotiroidismo, dislipidemia, enfermedades abdominales relacionadas con hígado, vesícula y vías biliares, padecimientos anorrectales como hemorroides, fistulas, fisuras, prolapsos, hernias en general, riñones, vejiga; nariz y senos paranasales, amígdalas, adenoides, excepto los que sean a consecuencia de enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período de 12 meses.

6. Hospitalizaciones por servicios que puedan efectuarse de forma ambulatoria y hospitalizaciones de más de 23 horas previas a una cirugía programada.

7. Equipos de diálisis portátiles o para ser usados en el hogar, a menos que la Aseguradora los autorice con anterioridad.

8. Todos los gastos incurridos por desórdenes relacionados con el Virus del Papiloma Humano (VPH), enfermedades de transmisión sexual, excepto el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH Positivo) y sus consecuencias directas o indirectas hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

9. Tratamiento dental si se encuentra excluido en las Condiciones Particulares de la Póliza, excepto el originado por causas accidentales cubiertos por esta póliza que ocasionen pérdida de dientes naturales y dislocación o fractura de la mandíbula, mientras la persona se encuentre asegurada, y que el tratamiento sea suministrado dentro de los noventa (90) días siguientes al accidente, por un cirujano dentista autorizado para ejercer su profesión, así:
   a) Tratamiento dental por lesiones sufridas, incluyendo el reemplazo de los dientes naturales.
   b) Tratamiento médico y/o quirúrgico de reparación de la mandíbula.

10. Tratamientos y/o intervenciones quirúrgicas de carácter cosmético, reconstructivo, estético o plástico, así como toda complicación derivada o relacionada con dichos tratamientos y/o intervenciones, incluyendo pero no limitado a: Mastectomías por ginecomastia masculina. Blefaritis, Blefaroplastía y Blefaroptosis, Rinoplastia, etc.; excepto en los casos siguientes:
    a) Tratamiento de lesiones sufridas en un accidente, siempre que éste ocurra mientras la persona esté asegurada y que sea proporcionado dentro de los seis (6) meses después de tal accidente.
    b) Tratamiento de alteraciones físicas congénitas en un niño que nazca mientras el padre o madre estén cubiertos con Seguro para dependientes, hasta el límite máximo indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

11. Gastos por tratamientos médicos y compra de medicamentos prescritos con fin cosmético incluyendo pero no limitándose a tratamientos para el acné, melasma, cloasma facial y foliculitis, sin importar su origen, pigmentación o despigmentación de la piel, cicatrices, calvicie y/o alopecia areata, dermatitis ceborreica del cuero cabelludo y efluvio telógeno. Productos de líneas cosméticas sustitutos de los productos normales de uso diario como jabones, cremas humectantes y/o bloqueadores solares, lociones, cremas hidratantes, tónicos, despigmentantes, hemolientes andolvalurónico.

12. Gastos por circuncisión (postectomía) y/o sus consecuencias y complicaciones, siempre y cuando no sea médicamente necesario

13. Cualquier gasto efectuado por el acompañante del paciente, ya sea en el hospital o fuera de éste.

14. Servicios suministrados en un hospital que pertenezca a Instituciones del Estado o al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Instituciones de Seguro Social, o por cualquier otro servicio o atención médica gratuita o tratamientos en el cual los gastos se reembolsen por otra entidad o plan de seguro; con el entendido que en cualquier momento el Asegurado podrá recurrir a los beneficios cubiertos por esta póliza.

15. Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos o quirúrgicos prestados al Asegurado como consecuencia de no poder concebir por medios naturales, infertilidad, inseminación artificial.

16. Gastos por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, disfunción o insuficiencia sexual, cualquier tipo de medicamentos o dispositivos anticonceptivos.

17. Los gastos incurridos por el tratamiento de cualquier enfermedad o accidente, así como sus consecuencias, siempre que tal enfermedad o accidente haya sido ocasionado por alguna lesión causada a sí mismo o por lesiones causadas a través de terceros con el consentimiento del Asegurado, estando o no el Asegurado en el uso de sus facultades mentales, incluyendo lo siguiente:
    a) Suicidio o intento de suicidio.
    b) Uso voluntario o involuntario o indebido de drogas, narcóticos o alcohol.
    c) Cualquier condición o desorden adictivo.
    d) Abuso en el uso de medicamentos, incluyendo los que sean prescritos por un médico autorizado para ejercer la medicina.
    e) Mutilación voluntaria.
    f) Riña.

18. Gastos necesarios para el tratamiento médico de alcoholismo o drogadicción y/o sus consecuencias crónicas/graves por el abuso de consumo.

19. Lesiones o enfermedades causadas en actos de guerra (sea ésta declarada o no), participación en motín o tumulto popular, lesión o enfermedad a consecuencia de insurrección, terrorismo, rebelión o violencia política en general, sea con participación voluntaria o no.

20. Tratamientos médicos o quirúrgicos por Control de Peso, sobrepeso u Obesidad, control dietético, consultas o planes de nutrición para cualquier condición o enfermedad, raquitismo, bulimia, anorexia. Así como cualquier tratamiento, cirugía o programa para desviación gástrica o procedimiento de reducción gástricas, cirugía bariátrica.

21. Aquellos cargos por procedimientos, servicios o suministros que no llenan los requisitos aceptables establecidos en la práctica Médica o la Ciencia Médica, incluyendo cargos por procedimientos naturales, servicios o suministros de naturaleza experimental o que formen parte de protocolos de investigación, cualquier gasto por honorarios y/o tratamiento de medicina alternativa, así como medicamentos con indicaciones fuera de etiqueta.

22. Productos clasificados como vitaminas o suplementos alimenticios y/o dietéticos que sean de uso preventivo.

23. Curas o cuidados de reposo, convalecencia, curas o cuidados en custodia o períodos de cuarentena o aislamiento.

24. Toda intervención médica incluyendo estudios de diagnósticos, tratamientos médicos, quirúrgicos, terapias, relacionados a: Trastornos del aprendizaje, habilidades motoras, comunicación, generalizados del desarrollo, por déficit de atención y comportamiento perturbador, ingestión y conducta alimentaria, tics, de eliminación, del estado de ánimo, psicóticos, de personalidad, neurocognitivos mayores y menores, lenguaje y habla, y cualquier otro trastorno mental sin especificación. Los gastos incurridos por los conceptos a que se refiere el presente inciso tendrían cobertura si son a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza y recomendados por el médico relacionado a las patologías en mención, siempre y cuando se informe a la Aseguradora de dicho diagnóstico en los primeros seis meses posteriores al accidente.

25. Gastos relacionados con pero no limitados a, Andropausia (Hipoandrogenemia, Hipogonadismo, Testosterona baja); Menopausia (Hipoestrogenemia); Climaterio.

26. Pubertad Precoz, Adelantada, Temprana o Acelerada, esta será cubierta únicamente en los casos que por edad establecida por la OMS aplique.

27. Tratamientos de los maxilares de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula incluyendo pero no limitado a cirugía ortognática para el tratamiento de hiperplasia e hipoplasias de la mandíbula superior

e inferior , cirugía maxilofacial en general, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneomandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula conectando el hueso de la mandíbula y el cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación. También se excluye cualquier tratamiento relacionado directa o indirectamente con ortodoncia e implantología.

28. Cargos por atención que excedan los niveles de “Razonables, Usual y Acostumbrados” (RUA), establecidos por la Aseguradora.

29. Toda intervención médica incluyendo estudios de diagnósticos, tratamientos médicos, quirúrgicos, terapias, relacionados a: Problemas y desórdenes del sueño, tales como ronquidos, insomnio o apnea del sueño (interrupción temporal de la respiración durante el sueño). Problemas de ansiedad, stress que incluya terapia sustitutiva (hormonas oral o inyectada, parches).

30. Los gastos incurridos para el tratamiento de lesiones que sufra el Asegurado 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, o a consecuencia de actos imprudentes y/o temerarios o que por su naturaleza están fuera del dominio de seguridad de aplicación. También están excluidas las lesiones originadas mientras el Asegurado viaje como piloto o como cualquier otro personal o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio regular de traslado de pasajeros.

31. Los gastos incurridos para el tratamiento de lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de deportes extremos, cuando se practiquen como deporte profesional o semiprofesional incluyendo pero no limitados a: bunging, canoping, alpinismo, paracaidismo, buceo, clavado aéreo o cualquier tipo de deporte de aviación como paragliding, velideltismo o parapenting.

32. No se cubren gastos por honorarios de nutricionista.

33. No se cubre gastos por la adquisición de los siguientes equipos o aparatos: CPAP, esfigmomanómetro, aparatos para fisioterapia o rehabilitación física, zapatos ortopédicos, barras ortopédicas, plantillas ortopédicas, almohadas, colchones, cojines.

34. Reemplazo de prótesis fijas o removibles y de prótesis externas o implantes, excepto cuando la inserción de la prótesis original ha sido cubierta bajo los términos de esta póliza.

35. Cualquier gasto de Donantes de órganos, previos a la intervención quirúrgica de donación, incluyendo pero no limitado a estudios de compatibilidad y procedimientos quirúrgicos.

36. Los costos de la criopreservación, la preservación de la médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, o cualquier otro tejido o célula. excepto lo indicado en el numeral 16 de los Gastos Cubiertos 3.5.

37. Cargos por transporte del Asegurado, excepto por servicios de ambulancia local y de acuerdo a lo estipulado en los Beneficios Elegibles de estas Condiciones Generales.
38. Gastos por ambulancia aérea que excedan el límite establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza o que no cumpla con lo estipulado en los Beneficios Elegibles de estas Condiciones Generales.

39. Gastos por enfermedades catalogadas como pandemias o epidemias por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y organismos internacionales de Salud (OPS, OMS).

40. Todos los cargos en exceso al límite del monto de los beneficios estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

41. Cualquier servicio y tratamiento prestado u ordenado por un familiar en primer y segundo grado de consanguinidad o afinidad, incluido pero no limitado al cónyuge, padres, hermanos, hijos o por otra persona que regularmente reside en el domicilio del Asegurado; o cualquier tratamiento prestado en una institución o

clínica que sea propiedad o que esté bajo la supervisión del Asegurado o de un familiar tal como se describe en este párrafo, salvo que los servicios o tratamientos hayan sido previamente autorizados por la Aseguradora.

42. Servicios, procedimientos y tratamientos que no sean médicamente necesarios para la recuperación del Asegurado: Peluquería y barbería, compra o alquiler de artículos para la comodidad personal (radio, televisión, aire acondicionado, vaporizador, humedecedor, equipo para hacer ejercicios o similares). El uso médicamente innecesario de dispositivos correctivos, equipos, aparatos médicos y de uso personal (almohadas, inodoros portátiles, etc.).

43. Complicaciones médicas relacionadas con cualquier condición excluida por esta Póliza.

44. Servicio de enfermería que exceda de noventa (90) días fuera de un hospital.

45. Pruebas para determinar alergias.

46. Gastos de maternidad, embarazo, aborto natural, parto normal, cesárea, gastos del recién nacido, complicaciones del recién nacido, enfermedades congénitas, a menos que estén descritas en cuadro de beneficios de la carátula de la póliza y hasta el límite establecido en dicho cuadro.

CLÁUSULA 5. PRIMAS

5.1 PAGO DE LAS PRIMAS:

El contratante se compromete a pagar las primas correspondientes de esta póliza por anticipado a la Aseguradora. Las primas vencerán y serán pagaderas según se especifique en la carátula de la Póliza; sin embargo, por mutuo acuerdo entre el Contratante y la Aseguradora, se puede modificar la forma de pago en las primas.

La prima correspondiente a esta póliza será igual a la suma de las primas parciales estipuladas en sus Anexos. Queda entendido y convenido que la Aseguradora sólo podrá variar las primas en las fechas del aniversario de la póliza, previo aviso con treinta (30) días de anticipación; sin embargo, podrá variar el monto de las primas en cualquier momento cuando se modifique alguna de las coberturas o anexos a solicitud del Asegurado según lo establecido en el numeral 5.4 de esta cláusula.

5.2 PERÍODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS:

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día de pago de la prima, para hacerla efectiva. El período 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 paga la prima antes de la expiración del período de gracia, la póliza caducará en la fecha de vencimiento de la prima y la Aseguradora queda liberada de la responsabilidad que se derive de esta póliza y de cualquier evento posterior a dicha fecha. Si el Asegurado presenta alguna reclamación durante el plazo de treinta (30) días calendario de gracia, tendrá que pagar previamente la prima para estar al día en sus pagos al momento del siniestro.

5.3 MODALIDAD DEL PAGO DE PRIMA:

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.

CLÁUSULA 6. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

Toda omisión o declaración falsa o inexacta da derecho a la Aseguradora para terminar el contrato de seguro en todos sus efectos, debiendo la Aseguradora dar aviso al Contratante, por escrito, conforme lo dispuesto por el Artículo novecientos ocho (908) del Código de Comercio.

Así como también lo indica el Artículo un mil diez (1010) del referido cuerpo legal, Indisputabilidad, que literalmente indica: “Las omisiones o inexactas declaraciones del solicitante del seguro, diversas de las referentes a la edad del Asegurado, dan derecho al Asegurador para dar por terminado el contrato pero dicho derecho caduca, si la póliza ha estado en vigor, en vida del Asegurado, durante dos (2) años a contar de la fecha de su perfeccionamiento o de la última rehabilitación.”.

Y contemplando el contenido del primer párrafo del Artículo un mil once (1011) del mismo Código, Edad Inexacta: “Si se declaró inexactamente la edad del Asegurado, el Asegurador sólo podrá dar por terminado el contrato, si la edad real estuviere fuera de los límites de admisión fijados por el propio Asegurador.”.

CLÁUSULA 7. RECLAMACIONES Y PAGO DE SINIESTROS

7.1 AVISO DE SINIESTRO:

Tan pronto como el Asegurado tenga conocimiento de la realización del siniestro, deberá comunicarlo a la Aseguradora, en un plazo de cinco (5) días.

En caso del fallecimiento del Asegurado Titular, el aviso debe ser realizado por los beneficiarios designados.

7.2 PRUEBA DE RECLAMACIÓN:

La Aseguradora suministrará los formularios para la presentación de la prueba de reclamación. Los formularios deben llenarse y devolverse a la Aseguradora dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de haber sido completados.
La falta de envío del aviso de siniestro o de la prueba de reclamación, dentro de los límites de tiempo estipulados anteriormente, no invalidará o reducirá la reclamación si se demuestra que no fue razonablemente posible a juicio de la Aseguradora dar tal aviso o prueba y, que el aviso y prueba se dieron tan pronto como fue razonablemente posible.

La Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones:
1. Si se omite el aviso del siniestro con la intención de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias.
2. 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.
3. Si, con igual propósito, no se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro o la prueba de pérdida.

7.3 EXÁMENES FÍSICOS Y NECROPSIA:

La Aseguradora podrá, bajo su costo, hacer examinar al Asegurado cuya enfermedad o pérdida es la base de la reclamación, las veces que lo estime razonablemente necesario con el objetivo de determinar si procede o no el reclamo. Asimismo, podrá solicitar su autopsia (en caso de fallecimiento) y tendrá acceso a la información contenida en expedientes y dictámenes médicos, reportes forenses y expedientes judiciales, así como a recibir testimonio del Asegurado y/o terceros y solicitar estudios adicionales. Toda la información recibida de esta forma por la Aseguradora será revelada únicamente a los funcionarios estrictamente necesarios para el procesamiento de los reclamos, y será mantenida en total confidencialidad.

7.4 PAGO DE RECLAMACIÓN:

La compañía pagará la indemnización que corresponde en virtud de esta póliza, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de presentada la documentación que establezca la Compañía. La indemnización antes indicada, se pagará al hospital u otros proveedores, al Asegurado, al Asegurado Titular (en caso de fallecimiento de uno de los dependientes) o a sus Beneficiarios (en caso de fallecimiento del Asegurado Titular), según corresponda la cobertura.

7.5 PRESCRIPCIÓN Y ACCIÓN LEGAL:

Todos los derechos y acciones que 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. De acuerdo a lo estipulado en el Código de Comercio Artículo 916.

Ninguna acción legal podrá ser presentada contra la Aseguradora para lograr el pago de una reclamación a menos que haya transcurrido un período mayor de 30 días contados a partir de la fecha en que la prueba de reclamación ha sido suministrada de acuerdo con los requisitos de la Póliza.

7.6 BENEFICIOS DURANTE EL PERÍODO DE CARENCIA

Esta póliza tiene un Período de Carencia de ciento veinte días (120) calendario, comenzando a partir de la fecha de inicio de cobertura del asegurado, durante el cual solamente estarán cubiertas las Enfermedades o Lesiones causadas por un Accidente ocurrido durante este período o las Enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período. Cualquier Enfermedad o Lesión, no causada por un Accidente o una Enfermedad de origen infeccioso, que se presente durante este periodo quedará excluida.

ELIMINACIÓN DEL PERÍODO DE CARENCIA: Este período podrá ser eliminado a discreción de la Aseguradora de acuerdo a las siguientes condiciones:

1. Que el asegurado haya estado cubierto con anterioridad a la vigencia de esta póliza, con una póliza de Gastos Médicos Mayores Internacional, comparable en coberturas y beneficios con esta póliza, que haya tenido al menos un año de vigencia con cobertura continua y haya estado vigente inmediatamente anterior a la fecha de inicio de vigencia y cobertura de esta póliza.
2. Que la Solicitud de Seguro de esta póliza haya sido presentada y aprobada por la Aseguradora, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de vencimiento o de cancelación de vigencia de la póliza anterior.
3. Que el seguro anterior haya sido declarado en la Solicitud de Seguro de la presente póliza y la Aseguradora reciba a su satisfacción, una copia de la póliza y recibo del pago de la prima del año que vence de la póliza anterior.

CLÁUSULA 8: RESPONSABILIDADES DEL ASEGURADO

8.1 DEDUCIBLE ANUAL:

a) Se aplicará un (1) Deducible Anual por año póliza por Asegurado definido en el cuadro de beneficios de la póliza.
b) Para las pólizas donde hay deducible familiar, se aplicará el máximo el Deducibles estipulados en el cuadro de beneficios de la póliza.
c) Se aplicará un deducible catastrófico por familia en caso de accidente.

8.2 PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO DESPUÉS DE DESCONTADO EL DEDUCIBLE:

La Participación del Asegurado será aplicada después que el Asegurado pague el deducible de acuerdo a lo indicado las Condiciones Particulares de la Póliza.

8.3 MONTO DE PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO:

El monto de Deducible, Copagos y Coaseguros indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza es neto. El monto de los impuestos aplicables sobre Deducible, Copagos y Coaseguros es a cuenta del Asegurado.

8.4 MONTO DE PARTICIPACIÓN DE LA ASEGURADORA:

La Aseguradora se limita a cubrir su participación en un siniestro hasta el monto máximo indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

CLÁUSULA 9: VIGENCIA

9.1 VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

La responsabilidad de la Aseguradora comienza a las cero (0) horas, hora oficial de Guatemala de la Fecha de Inicio de Vigencia consignada en la Carátula de la Póliza y termina a las veinticuatro horas (24:00:00), hora oficial de Guatemala de la Fecha de Fin de Vigencia consignada en la Carátula de la Póliza.

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

9.2 FECHA DE INICIO DE COBERTURA:

La Cobertura comenzará para el Asegurado Titular y Asegurados Dependientes en la fecha en que la solicitud de cada uno de ellos sea aprobada por la Aseguradora.

9.3 FECHA DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

Para el Asegurado Titular:

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

1. La fecha en que el Asegurado Titular deje de cumplir con los requisitos de elegibilidad descritos en cláusula 10 de estas Condiciones Generales;
2. La fecha de fin de vigencia indicada en la Carátula de la Póliza.
3. Después de treinta (30) días calendario contados desde la fecha de vencimiento de cada prima posterior a la inicial que resultare no pagada.
4. La fecha del fallecimiento del Asegurado Titular.
5. La fecha en que el Asegurado Titular notifique por escrito su deseo de renunciar a la cobertura.
6. La fecha en que la Aseguradora que compruebe una falsa declaración u omisión de información.

Para el Asegurado Dependiente:

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

1. En la fecha en que termine el seguro del Asegurado Titular por cualquier causa.
2. En la fecha de fallecimiento del Dependiente del Asegurado Titular.
3. En la fecha en que alguno de los hijos dependientes no cumpla con los requisitos establecidos para los mismos en la descripción de hijos dependientes.
4. En la fecha de terminación de la Póliza.
5. En la fecha en que se termine la relación de parentesco con el Asegurado Titular.
6. En la fecha en que el Asegurado Titular notifique por escrito su deseo de renunciar a la cobertura del Asegurado Dependiente.
7. La fecha de edad de terminación de los dependientes hijos.

CLÁUSULA 10: ELEGIBILIDAD

10.1 REQUISITOS BÁSICOS DE ELEGIBILIDAD:

Serán elegibles para participar en este seguro cualquier persona y sus dependientes, que se encuentren dentro de los límites de edad establecidos por la Aseguradora en las Condiciones Particulares de la Póliza y que presenten una solicitud por escrito, suministrando pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Aseguradora, sin costo alguno para ésta y dicho seguro entrará en vigor en la fecha que la Aseguradora determine.

10.2 CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD:

El Asegurado Titular y sus Asegurados Dependientes deben cumplir con los siguientes requisitos para ser elegibles:

1. Tener su País de Residencia dentro de la República de Guatemala;
2. No ser mayor de la edad que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza, al momento de solicitar el seguro;
3. Pagar la prima correspondiente.

10.3 DEPENDIENTES ELEGIBLES:

1. Cónyuge legítimo del Asegurado Titular o al Conviviente del Asegurado Titular.
2. Hijo(a) natural, hijastro, o legalmente adoptado(a) soltero(a) del Asegurado Titular, siempre y cuando el hijo dependa económicamente del Asegurado Titular y conviva con él.
3. Hijo(a) soltero(a) menores de veinticinco (25) años de edad y matriculado como estudiante a tiempo completo en un colegio o universidad acreditada y que no sea empleado(a) a tiempo completo.
4. 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.
5. Los límites de edad que se aplican a los dependientes hijos, no se aplicarán a ninguno que dependa de este para su sustento y manutención porque se encuentre imposibilitado de trabajar a consecuencia de una capacidad especial, que ocurriese antes de alcanzar la edad límite y mientras estuviese asegurado por esta Póliza.

10.4 PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN:

Todos los familiares Dependientes asegurados bajo el beneficio de Gastos Médicos, que dejen de estar asegurados de acuerdo con las condiciones de terminación de esta póliza, tienen derecho a solicitar su inclusión como Asegurados Titulares, si presentan por escrito tal solicitud, sin necesidad de presentar pruebas de asegurabilidad, siempre que se cumpla con los siguientes requisitos:

1. Que la condición de terminación del seguro individual no se haya suscitado por falta de pago de primas y por omisiones o declaraciones inexactas.
2. Que haya estado asegurado bajo la póliza individual del Asegurado Titular como mínimo un año ininterrumpido.
3. Que su solicitud la presente a la Aseguradora dentro de los 30 días contados a partir de la terminación de su seguro individual.
4. Que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión establecidos por la Aseguradora para los seguros individuales.
5. Que la suma asegurada para Gastos Médicos y Plan Dental no sea superior a la que tenía asignada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

10.5. RECIÉN NACIDO:

Los hijos recién nacidos tendrán derecho a inclusión al seguro a partir del primer día de su nacimiento, para lo cual el Asegurado Titular deberá suministrar pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Aseguradora, sin costo alguno para ésta y dicho seguro entrará en vigor en la fecha que la Aseguradora determine.

Si el nacimiento es consecuencia de una maternidad cubierta, el recién nacido tiene derecho a estar asegurado en la Póliza del Asegurado Titular desde el primer día de su nacimiento, siempre que sea reportado para su inclusión en la póliza dentro de los 30 días siguientes a su nacimiento, presentando la documentación correspondiente para inclusión de dependientes hijos.

CLÁUSULA 11: RENOVACIÓN

La Póliza será renovada cada año en el aniversario de la Fecha Fin Vigencia de la Póliza, sujeto a las provisiones de la Póliza en vigor para la fecha de la renovación. El período inicial de cobertura no puede exceder de doce (12) meses. El Asegurado Titular, sin embargo, puede solicitar la renovación de la cobertura. El período de renovación no puede ser de más de doce (12) meses. Las renovaciones estarán sujetas a las definiciones, términos y condiciones vigentes al momento de cada renovación. La Aseguradora se reserva el derecho de alterar y/o enmendar por categoría los términos, condiciones, tarifas, descuentos y/o recargos en cada fecha de renovación de la Póliza y de aplicar dichas alteraciones y/o enmiendas a todas las Pólizas nuevas y de renovación.

CLÁUSULA 12: ARBITRAJE (RESOLUCIÓN DE ASUNTOS LITIGIOSOS)

Cuando surja alguna diferencia entre el Asegurado y la Aseguradora, será sometida a procedimiento de arbitraje Guatemalteco de conformidad con las leyes de la República de Guatemala y el "Reglamento del Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Guatemala", siendo la sede del arbitraje el municipio y departamento de Guatemala observándose las reglas siguientes:

1. Si el rechazo de la reclamación por la Compañía se fundase en la prescripción de las acciones que se deriven de la póliza, o en los alcances de su cobertura, o en cualquier otro asunto puramente de derecho, el asunto será sometido a un Tribunal Árbitros de Derecho.

2. Si el Asegurado estuviere inconforme con el monto del ajuste formulado por la Compañía, el asunto será sometido a un Tribunal de Árbitros de Equidad.

CLÁUSULA 13: NOTIFICACIONES

Todas las notificaciones requeridas por esta Póliza serán dadas por escrito. Si la notificación es para el Asegurado Titular, ésta será enviada al Asegurado Titular y/o a su intermediario de seguro; y debe ser dada a la Aseguradora, debe ser enviada a su oficina principal.

CLÁUSULA 14: REHABILITACIÓN

Si la Aseguradora cancela la Póliza por falta de pago, la Aseguradora a su discreción podrá considerar la rehabilitación de la Póliza, después de haber recibido el formulario debidamente lleno y firmado por el Asegurado Titular, mismo que será evaluado por la Aseguradora. La solicitud de rehabilitación deberá ser presentada dentro de los sesenta (60) días calendario posterior a la fecha de caducidad de la Póliza. No se considerará ninguna solicitud de rehabilitación si se presenta después de transcurridos los sesenta (60) días calendario.
La presentación del formulario de rehabilitación no obliga a la Aseguradora a aceptar el riesgo. La Aseguradora dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la presentación del formulario confirmará o denegará la solicitud de rehabilitación. En caso de aceptarse la rehabilitación queda sujeta a lo siguiente:

1. Al pago de la prima correspondiente.
2. Únicamente se cubrirán los eventos que resulten de lesiones sufridas inmediatamente después de la fecha de rehabilitación y aquellos que resulten de enfermedades que se manifiesten a partir de la fecha de Inicio de Cobertura de la rehabilitación.

CLÁUSULA 15: CANCELACIÓN O TERMINACIÓN ANTICIPADA

La Aseguradora podrá cancelar la póliza si la prima no es pagada después del período de gracia de pago de las primas. El Asegurado Titular podrá cancelar la Póliza, comunicando con treinta (30) días calendario de anticipación por escrito, en cuyo momento la Aseguradora hará un cálculo de la prima no devengada (si la hubiere) para reembolsar al Asegurado Titular.

CLÁUSULA 16: MONEDA

Todos los valores mencionados en esta póliza son en la moneda estipulada en la carátula de la póliza. El tipo de cambio utilizado para pagos de facturas emitidas en cualquier otra moneda que no sea dólares estadounidenses (USD), estarán calculados de acuerdo con al tipo de cambio publicado diariamente por el Banco de Guatemala.

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

SOLICITUD DE SEGURO
DE GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL EN DÓLARES

Esta solicitud es de uso confidencial, la cual será utilizada para los efectos de la contratación del seguro de Seguros GYT, S.A. y debe ser completada y firmada por el solicitante o solicitante principal con letra de molde clara y con tinta de un solo color o en formato digital. Por favor no dejar preguntas ni espacios sin responder. Esta solicitud no podrá ser válida si se presenta con tachones, enmiendas, y no se aceptan cambios posteriores a lo declarado toda vez la solicitud sea entregada a la Aseguradora. Seguros G&T, S.A. se reserva el derecho de solicitar información adicional y/o ampliación de la información declarada en esta solicitud.

DEL CÓDIGO DE COMERCIO DE GUATEMALA:
Artículo 880, DECLARACIÓN. El solicitante estará obligado a declarar por escrito al asegurador, de acuerdo con el cuestionario respectivo, todos los hechos que tengan importancia para la apreciación del riesgo, en cuanto puedan influir en la celebración del contrato, tales como los conozca o deba conocer en el momento de formular la solicitud.

Artículo 881. DECLARACIÓN DE REPRESENTANTE. Si el contrato se solicita por un representante o por quien actúa en interés de un tercero, deberán declararse los hechos importantes que sean o deban ser conocidos por aquel por cuya cuenta se contrata.

Artículo 908. TERMINACIÓN POR DECLARACIÓN INEXACTA. La omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 880 y 881 de este Código, dan derecho al asegurador para terminar el contrato de seguro. El asegurador, dentro del mes siguiente a aquel en que conozca la omisión o inexacta declaración, notificará al asegurado que da por terminado el contrato, transcurrido este plazo sin que se haga tal notificación el asegurador perderá el derecho de invocarla. El asegurador tendrá derecho a título de indemnización, a las primas correspondientes al período de seguro en curso, pero si da por terminado el seguro antes de que haya comenzado a correr el riesgo, su derecho se reducirá al reembolso de los gastos efectuados.

Tipo de solicitud: ☐ Póliza nueva ☐ Cambio de plan ☐ Traslado de póliza

I. DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE PRINCIPAL (TITULAR)

1.1 Datos Generales

Nombres: _____ Apellidos: _____

Sexo: (M) (F) Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Lbs. Documento de Identificación: _____

Extendido en:_____ Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____ Edad: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ NIT: _____

Profesión y Oficio_____ Estado Civil: _____

Dirección Residencial: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Es o ha sido en los últimos dos años PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE – PEP – ☐ SI ☐ NO

Tiene parentesco o está relacionado con una PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE – PEP – ☐ SI ☐ NO

1.2 Datos Laborales

Nombre de la Empresa donde Trabaja:_____ Es Negocio Propio ☐ SI ☐ NO

Giro del negocio:_____Teléfonos:_____

Dirección:_____

Descripción exacta de su ocupación: _____

II. PLAN SOLICITADO (Seleccione las opciones que desea contratar)

De acuerdo a planes vigentes.

III. PAGO DE LA PRIMA

3.1 FORMA DE PAGO: ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual

3.2 MEDIO DE PAGO:

☐ G&T en línea No. de cuenta: _____
☐ Cheque Pago a la orden de: Seguros G&T, S.A.
☐ Tarjeta de crédito o débito No. de tarjeta: ____ _____ Fecha de expiración: _____

3.3 DATOS DE FACTURACIÓN:

Nombre: _____ NIT: _____

Dirección: _____

Autorizo a Seguros G&T, S.A. que por conducto del banco emisor de mi tarjeta de crédito / débito afiliada efectúe el cobro automático de las primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas. El cargo se realizará en quetzales en la fecha de cobro, por lo cual me comprometo a mantener disponibilidad suficiente para que se cumplan las obligaciones de pago correspondiente en base a la vigencia y forma de pago elegida. En caso de que los cargos no sean reflejados en el estado de cuenta es mi obligación notificar de inmediato a la compañía. Estoy de acuerdo que con base en las condiciones de la póliza los beneficios no serán pagaderos e incluso se procederá a la cancelación de la cobertura en caso que el cobro no pueda ser efectuado, en especial por cambios o cancelación en la tarjeta de crédito o rechazo del emisor de la tarjeta.

IV. DATOS PARA TRANSFERENCIA DE PAGO DE RECLAMO

4.1 Banco:_____ Nombre de la Cuenta: _____
(Debe ser a nombre del titular)

4.2 Número de Cuenta:_____ Tipo de Cuenta:_____
(colocar todos los número de la cuenta incluyendo los ceros a la izquierda) (Monetaria / Ahorro)

V. DATOS DE LOS SOLICITANTES DEPENDIENTES

Nombres y Apellidos Completos	Parentesco (Cónyuge/ Hijos)	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año	Edad	Estado Civil	Estatura Cms..	Peso Lbs-
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				
			/ /				

Estado civil: S= Soltero; C= Casado; D= Divorciado; V= Viudo

VI. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Tipo Beneficiario	Nombre	PARENTESCO	Porcentaje designado (del 100%)

VII. DECLARACIÓN DE SALUD

A SEGUROS G&T
Para efectos de la presente declaro y acepto, que tengo conocimiento que las respuestas proporcionadas en esta solicitud son completas, verídicas y exactas a mi mejor juicio y conocimiento, que las mismas son necesarias para que Seguros G&T, S.A., conozca las circunstancias y riesgos relacionados al contrato de seguro a que se refiere esta solicitud y que serán la base para la celebración del contrato, que son verídicas y completas.

Todas las preguntas de este cuestionario deberán ser contestadas por el Solicitante para éste y cada una de las personas que se pretenden asegurar en la póliza solicitada como Dependientes.

7.1 INFORMACIÓN MÉDICA FAMILIAR

1. Nombre y Dirección completa de los Médicos que lo atienden regularmente a usted o cualquiera de los miembros de su familia a asegurar:

_____

_____

2. ¿Se encuentra en estos momentos usted o sus dependientes en algún tratamiento médico, terapia, rehabilitación, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo? ☐ SI ☐ NO

   Por favor detallar:

Nombre	Médico	Diagnóstico	Fecha	Medicamento	Dosis	Tratamiento

7.2 INFORMACIÓN DE SEGUROS DEL TITULAR Y SUS DEPENDIENTES

1. ¿Usted o alguno de sus dependientes tiene o ha tenido, en vigor o en trámite algún Seguro de Vida y/o Gastos Médico?

   ☐ SI ☐ NO

   Si su respuesta es afirmativa, adjuntar copia del seguro a la presente solicitud (si está vigente) e Indique los Seguros de Vida y Gastos Médicos que tenga en vigor o en trámite y además los Seguros Médicos que ha tenido:

Aseguradora	Tipo de seguro (Vida, Gastos Médicos)	Monto del Seguro	Fecha de Vigencia	Asegurado (Titular, Cónyuge, Hijos)

2. ¿Reemplaza este seguro alguna otra póliza actualmente en vigor? ☐ SI ☐ NO

Especifique_____

3. ¿Alguna solicitud de seguro médico, de accidentes o de vida en la renovación, rehabilitación o Cambio de Plan, a usted o a sus dependientes, les ha sido rechazada, pospuesta, modificado condiciones, incrementado tarifas? ☐ SI ☐ NO

Por favor detalle: _____

4. Ha reclamado usted o alguno de sus dependientes, como beneficiarios de pólizas de Seguro Médico y/o Accidentes o por Invalidez? ☐ SI ☐ NO

Nombre	Aseguradora	Fecha del Reclamo	Monto Indemnizado	Motivo del Reclamo

7.3 CUESTIONARIO DE SALUD Y HÁBITOS DEL TITULAR Y SUS DEPENDIENTES

Usted o alguno de sus dependientes ha padecido o padece de alguna de las siguientes enfermedades:

INSTRUCCIONES: Marque SI o NO escribiendo en la casilla correspondiente con una X o un √ y si aplica para usted o para uno de sus dependientes las enfermedades indicadas en el cuadro siguiente al lado. **IMPORTANTE: después del cuestionario encontrará donde ampliar las respuestas afirmativas.**		**Titular**		**Dependientes**		**Dependiente a quien Aplica**
1.	Enfermedades del corazón o del aparato circulatorio (dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, vasos arteriales, venas varicosas, soplo en el corazón, arritmia cardiaca)	SI	NO	SI	NO	
2.	Enfermedad Respiratoria o Pulmonar (falta de aire, ronquera o catarro persistente, esputo con sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño).	SI	NO	SI	NO	
3.	Enfermedad del estómago, esófago, intestinos, colon, páncreas y/o hígado (Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, intestino, hígado, gastritis, reflujo gastroesofágico, mala absorción, esófago, vesícula biliar, páncreas, recto o ano).	SI	NO	SI	NO	
4.	Enfermedad de los riñones y/o del tracto urinario (Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, trastorno urinario, uréteres, uretra)	SI	NO	SI	NO	
5.	Padecimientos de la columna vertebral, hernias de cualquier tipo, artritis, gota, u otros padecimientos de los músculos o huesos (Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática, lesiones óseas, espalda, articulaciones, discos invertebrales)	SI	NO	SI	NO	
6.	Cáncer, linfoma o leucemia (Trastornos de la piel, glándulas linfáticas, quiste, tumor, cáncer, manchas y acné).	SI	NO	SI	NO	
7.	Enfermedad de la sangre (Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre, bazo, médula ósea y sistema linfático, hepatitis B, Hepatitis C, Lupus y otras enfermedades auto inmunes y de la colágena)	SI	NO	SI	NO	
8.	Enfermedades de la tiroides, trastornos de la glándula tiroides u otro trastorno endocrinólogo o metabólico (Diabetes, colesterol y/o triglicéridos, ácido úrico elevados).	SI	NO	SI	NO	
9.	Enfermedad de transmisión sexual o de los órganos sexuales, u otros desórdenes del sistema reproductivo, enfermedades venéreas.	SI	NO	SI	NO	
10.	Problemas de la visión, del oído, de audición, de la nariz o la garganta.	SI	NO	SI	NO	
11.	Padecimientos, enfermedad o malformación congénita o hereditaria.	SI	NO	SI	NO	
12.	Enfermedades vasculares cerebrales o desórdenes neurológicos (Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, migrañas, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, apoplejía, embolia, trombosis).	SI	NO	SI	NO	
13.	Discapacidad, amputación o menoscabo físico de algún miembro o remoción de algún órgano, deformación, cojera.	SI	NO	SI	NO	
14.	Ha sido sometido a algún procedimiento de cirugía plástica en cualquier etapa de su vida	SI	NO	SI	NO	
15.	Enfermedad por deficiencia inmunitaria, SIDA o lo relacionado al complejo del SIDA (ARC) o resultado positivo de anticuerpos del virus SIDA?	SI	NO	SI	NO	

16.	Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente.	SI	NO	SI	NO	
17.	Además de lo arriba mencionado, durante los últimos cinco años:					
	1) ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?	SI	NO	SI	NO	
	2) ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución?	SI	NO	SI	NO	
	3) ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?	SI	NO	SI	NO	
	4) ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía, que no se ha realizado?	SI	NO	SI	NO	
18.	Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento en relación al uso de drogas o alcohol, Ansiolíticos, Antidepresivos, inductores del sueño.	SI	NO	SI	NO	
19.	En algún momento ¿ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	SI	NO	SI	NO	
20.	Ha sido receptor o donador de órganos? o ¿Piensa donar órganos? ¿Le han hecho transfusiones de sangre o terapéutica con hemoderivados?	SI	NO	SI	NO	
21.	¿Le han hecho radioterapia y/o quimioterapia?	SI	NO	SI	NO	
22.	¿Ha aumentado o disminuido su peso en más de 15 libras en los últimos 2 años? (Si es afirmativa su respuesta, indique la cantidad de libras y la causa)	SI	NO	SI	NO	
23.	¿Usted o alguno de sus dependientes tiene historia familiar (padres, hermanos) de diabetes, hipertensión, cáncer, enfermedad cardiaca, mental o renal, congénito o hereditario? (Indique el familiar y padecimiento al que se refiere)	SI	NO	SI	NO	
	Preguntas exclusivas para solicitantes femeninas nombradas en esta solicitud **Fecha de su última menstruación Día_____ Mes_____ Año_____**					
24.	¿Padece, ha padecido, o ha tenido síntomas relacionados a enfermedad de los ovarios, de la matriz o de las glándulas mamarias? (menstruación, endometriosis, problemas de los senos, quistes, metrorragias)	SI	NO	SI	NO	
25.	¿Está embarazada? (En caso afirmativo indicar fecha en que se espera el alumbramiento)	SI	NO	SI	NO	
26.	¿Le han practicado legrados o cesáreas?	SI	NO	SI	NO	
27.	¿Se ha sometido o piensa someterse a un tratamiento de infertilidad?	SI	NO	SI	NO	
	HÁBITOS DEL SOLICITANTE PRINCIPAL Y SUS DEPENDIENTES					
28.	¿Practica algún deporte o afición? (Alpinismo, carreras de autos, motociclismo, buceo, paracaidismo, vuelo delta u otra actividad o deporte considerados de alto riesgo o peligrosos) Indique cuál: _____	SI	NO	SI	NO	
29.	¿Viaja en forma frecuente en aeronaves privadas o en motocicleta? Indique la frecuencia: _____	SI	NO	SI	NO	
30.	¿Usted o alguno de sus dependientes ha fumado cigarrillos o tabaco, o consumido productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? Si respondió “Sí” explique:	SI	NO	SI	NO	
	Nombre completo: _____ Tipo: _____ ¿Cuánto tiempo? _____ Cantidad diaria_____					

Pregunta	Nombre a quien aplica	Diagnóstico	Fecha	Duración	Médico Tratante	Hospital o Clínica

QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE:

1. Seguros G&T, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. Así mismo, podrá solicitar cualquier información adicional, examen médico y/o exámenes médicos a costo del Solicitante.
2. Aceptada la presente Solicitud de Seguro por la Aseguradora, la fecha de Inicio de cobertura será la indicada en la Carátula de la Póliza.
3. Las respuestas y declaraciones hechas en la presente solicitud, tanto para mi persona como Solicitante Principal como para mis Solicitantes dependientes, se tendrán por completas, y verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento; y queda comprendido y aceptado que la omisión, falsa o inexacta declaración hecha en la presente solicitud, dará derecho a La Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro.
4. Al presentar una fotocopia o el original de esta solicitud, autorizo:
    a. A cualquier persona individual o jurídica, tales como pero no limitado a aseguradoras, médicos, profesionales, hospitales, clínicas, proveedor de servicios de salud, y entidades gubernamentales, así como cualquier entidad médica o persona que preste servicios de salud o médicos, o bien relacionada médicamente, para proveer a la Aseguradora la información que está requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados por el Solicitante Principal como a los dependientes identificados anteriormente, sin limitación alguna, incluso si fuera necesario dejará sin efectos lo relacionado al secreto profesional.
    b. A la Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información contenida en la presente solicitud o demás documentos relacionados al contrato de seguros solicitado, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi documento personal de identificación.
5. En caso de mi fallecimiento como asegurado titular, nombro a: _____, parentesco: _____, como beneficiario para recibir cualquier reembolso de gastos médicos. En caso de cambio de Beneficiario, me comprometo a notificar y solicitar a la Aseguradora por escrito el cambio.
6. Este documento constituye una solicitud, por lo que no representa garantía alguna de aceptación por la Aseguradora. En caso de aceptación de la presente Solicitud de Seguro, la Aseguradora determinará los términos y condiciones de la misma, considerando la información declarada y aceptada por el Solicitante Principal en la presente.
7. La Aseguradora tendrá treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha de recepción de esta solicitud en las oficinas de la Aseguradora para evaluar y resolver sobre la aceptación o rechazo de la misma. En caso de que el Solicitante y/o Solicitante Principal no sea notificado respecto a la aceptación o rechazo de la Solicitud de Seguro, habiendo concluido el plazo indicado anteriormente; deberá tenerse por rechazada la Solicitud de Seguro. **Para el caso que se tenga por rechazada la Solicitud, el Solicitante tendrá derecho a pedir inmediatamente a Seguros G&T, S.A. el reintegro de cualquier suma pagada en concepto de prima.**
8. En caso de aceptación, al Asegurado Titular manifiesta su conformidad de recibir de Seguros G&T, S.A., las Condiciones Generales de la Póliza a que se refiere este documento, por el medio indicado a continuación, cuyo contenido se me asegura es idéntico al registrado en la Superintendencia de Bancos de Guatemala, mediante Resolución No. _____.

☐ Dispositivo Electrónico ☐ Documento Físico ☐ Correo Electrónico

9. Seguros G&T, S.A. para el pago de los reclamos o indemnizaciones del seguro contratado, no será responsable por problemas administrativos, en el sistema del proceso de compensación bancaria o sus relacionados; entendiendo que una vez realizada la transferencia bancaria el pago del reclamo se tendrá por bien hecho y aceptado.
10. Esta solicitud ha sido completada en su totalidad por el Solicitante y/o Solicitante Principal.
11. Al contratar este Seguro, usted autoriza dar a su Intermediario de Seguros acceso completo a su información médica.

_____	_____	_____
Nombre del Solicitante	Firma del Solicitante	Fecha de firma de la Solicitud

_____	_____	_____
Nombre del Intermediario	Código de Intermediario	Firma del Intermediario

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL EN DÓLARES

CARÁTULA DE EL SEGURO

Mantenga esta copia de su póliza en un lugar seguro ya que contiene información importante de su cobertura. Si usted desea realizar algún cambio a esta información, por favor contáctese con su intermediario de Seguros.

1. RESUMEN DE COBERTURA

Número de Póliza:	
Plan de Gastos Médicos:	
Suma Asegurada Seguro de Vida:	
Prima Total Gastos Médicos	
Prima Total Vida	
Prima Total Anual	
Forma de Pago:	
Prima según forma de pago:	

Asegurado Titular:	
Fecha de nacimiento:	
Edad de Cálculo:	
Documento de Identificación:	
Dirección:	
NIT:	

VIGENCIA DE EL SEGURO	
Fecha de inicio de vigencia:	
Fecha de vencimiento de vigencia:	

2. ASEGURADOS DEPENDIENTES CUBIERTOS:

Parentesco	Nombres y Apellido	Fecha de Nacimiento	Fecha de Inicio de Cobertura	Prima

3. BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE VIDA DEL ASEGURADO TITULAR

Tipo Beneficiario	Nombre	PARENTESCO	Porcentaje de Participación

4. COBERTURAS ADICIONALES

1. COBERTURAS ADICIONALES

5. CONDICIONES PARTICULARES

1. CONDICIONES PARTICULARES

6. CUADRO DE BENEFICIOS

1. CUADRO DE BENEFICIOS

Al contratar este Seguro, usted autoriza dar a su Intermediario de Seguros acceso completo a su información médica.

Dirección para notificación de cambios en su Seguro:

Guatemala, Guatemala

SEGUROS G&T, SOCIEDAD ANÓNIMA, con domicilio en la ciudad de Guatemala, pagará las Sumas Aseguradas conforme a lo establecido en las Condiciones Generales del Seguro, Carátula del Seguro y

en los Anexos que forman parte del Seguro. El Seguro de Gastos Médicos individual entra en vigor en la Fecha de Inicio de Vigencia arriba indicada.

ESTE CONTRATO INCLUYE UN ACUERDO DE ARBITRAJE.

En testimonio de lo anterior se firma el presente contrato de Seguro, en la ciudad de Guatemala, el___ de____ del ____.

SEGUROS G&T, SOCIEDAD ANÓNIMA.

_____
REPRESENTANTE LEGAL.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL EN DÓLARES

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. CONTRATO

La solicitud, la carátula, las condiciones generales, cuadro de beneficios, condiciones particulares, formularios suscritos por el asegurado y anexos, constituyen el contrato de seguro entre el Asegurado Titular y/o Solicitante y Seguros G&T, Sociedad Anónima (en adelante denominada "la Aseguradora").

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.

El Asegurado Titular, al recibir esta póliza debe cerciorarse que concuerde con la solicitud presentada a la Aseguradora, para los efectos de los primeros dos (2) párrafos del artículo seiscientos setenta y tres (673) del Código de Comercio que dicen textualmente:

"En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido, o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince días siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último. (...)".

1.1 MODIFICACIONES:

La Aseguradora podrá modificar mediante anexo la póliza en cualquier momento por medio de solicitud escrita del Asegurado Titular. Dicha modificación tendrá efecto quince (15) días calendario después de que la Aseguradora le notifique su aceptación al Asegurado Titular.

Tal modificación no afectará la reclamación alguna que haya ocurrido con anterioridad. Solamente funcionarios debidamente autorizados por la Aseguradora tienen la potestad de aceptar modificaciones a esta póliza. Ninguna modificación será válida a menos que exista un anexo firmado por un Representante legal Autorizado de la Aseguradora.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES GENERALES

Cada palabra o expresión para la que se haya fijado un significado específico, de conformidad con el contenido de esta cláusula, mantendrá ese mismo significado dondequiera que se utilice en la póliza y prevalecerá sobre el sentido natural del término.

ABORTO ESPONTÁNEO: A la pérdida del producto gestacional ocurrido durante las primeras veinte (20) semanas de forma natural.

ACCIDENTE: Se entenderá por accidente a toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el Asegurado, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.

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 TERRESTRE: Al Vehículo terrestre acreditado por las entidades responsables para el traslado de heridos o enfermos.

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 (BLS) o apoyo avanzado de vida (ALS.) Una ambulancia aérea está equipada con el equipo médico necesario para apoyar estos niveles de cuidado en vuelo, con el personal médico entrenado para el cuidado y traslado de pacientes.

ANEXO: Documento emitido por la Aseguradora que forma parte de la póliza y que modifica cualquier condición de esta última.

AÑO PÓLIZA: Al período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza y termina en la Fecha Fin de Vigencia indicados en la carátula de la póliza.

AÑO CALENDARIO: Al período comprendido entre el primero de Enero de cualquier año y el 31 de Diciembre del mismo año, ambas inclusive.

ASEGURADO: Persona física de cualquier sexo con residencia en Guatemala, que tiene derecho a los beneficios de esta Póliza, siendo el Asegurado Titular o Asegurados Dependientes que cumplen con los requisitos de elegibilidad.

ASEGURADO TITULAR: Será la persona que solicita el seguro para sí mismo que cumple los requisitos de elegibilidad establecidos en esta póliza y quien ejerce los derechos de los Asegurados Dependientes elegibles ante la Aseguradora y tiene derecho a recibir el pago de los gastos cubiertos a que hubiere lugar por esta póliza.

ASEGURADO DEPENDIENTE: Persona inscrita en la póliza como el/la Cónyuge o Conviviente o hijo(a) dependiente del Asegurado Titular, que cumple los requisitos de elegibilidad establecidos en esta póliza.

ASISTENCIA DENTAL: Conjunto de procedimientos realizados por profesional en odontología destinados al diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades que afectan la cavidad oral.

ATENCIÓN DE PRIMER NIVEL: Es la asistencia sanitaria esencial accesible a la población, estructurada por los servicios de consulta externa, servicios de estudios de diagnóstico y atención de urgencias.

AUDITORÍA MÉDICA DENTAL: Acciones realizadas por profesional calificado en el área médica - odontológica para verificar la pertinencia, la calidad y el buen uso de los recursos destinados a la atención de la salud oral y garantizar que se encuentren acorde con los estándares de calidad establecidos por la Aseguradora.

ASEGURADORA: Seguros G&T, Sociedad Anónima.

BENEFICIARIO: A la persona designada por el Asegurado Titular, que en caso del fallecimiento de éste, tramite y reciba el pago de cualquier gasto médico cubierto, que estuvieran pendientes de reembolsar por la Aseguradora. Y en el caso de seguro de Vida, persona o personas designadas(s) por el Asegurado, para recibir de la Aseguradora los beneficios que el contrato de seguro determina.

CÁNCER: 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.

CARÁTULA DE LA PÓLIZA: Al documento de la póliza que especifica la fecha de inicio de vigencia, la fecha de fin de vigencia, fecha de inicio de cobertura, el cuadro de beneficios, cualquier limitación del seguro, enumera al Asegurado Titular y Asegurados Dependientes, y forma parte del contrato de seguro.

CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN MÉDICA, SOCIEDAD ANÓNIMA – CIAM: Entidad que presta servicios de Atención de primer nivel.

CERTIFICACIÓN MÉDICA: Documento emitido por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, en el cual se incluye un Diagnóstico susceptible de ser utilizado como fundamento para el Reclamo de un Siniestro o la Evaluación de Riesgo de una solicitud de seguro.

CESÁREA: Intervención quirúrgica para el nacimiento de un bebé, en la cual, el bebé se extrae a través de una incisión en el abdomen de la madre.

CESÁREA ELECTIVA O PLANEADA: A 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: A 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.

CITOLOGÍA VAGINAL: Al examen ginecológico (Papanicolaou) realizado para diagnosticar cáncer cervical, a través del estudio microscópico de las células raspadas de la superficie del cuello uterino.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN: A la exclusión de los gastos incurridos por un Asegurado por ciertas condiciones médicas o tratamientos e indicados en la Carátula de la Póliza.

COASEGURO**:** Monto porcentual indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, el cual es aplicable después de restado el Deducible, de los gastos médicos elegibles y que debe ser cubierto por el Asegurado.

COBERTURA: A los beneficios cubiertos en esta Póliza, para los cuales el Asegurado es elegible, e indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

COBERTURAS ADICIONALES: Disposiciones que en anexo amplían o agregan beneficios a una póliza, para extender el alcance de la cobertura de los beneficios estipulados en las condiciones generales de la misma; quedando sujetas a su solicitud y pago de prima adicional por parte del Asegurado Titular.

COBERTURA GEOGRÁFICA: Es la limitación geográfica que tiene la póliza con relación a la cobertura que brinda. Cuando se indica que tiene Cobertura Centroamericana, la limitación geográfica se refiere a los países de Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica y cuando se refiere a Cobertura Mundial es en todos los países del mundo.

COMPLICACIONES DE MATERNIDAD: Patología o al tratamiento de una situación adversa imputable al embarazo o al alumbramiento, entre otras: nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, toxemia gravídica, embarazo ectópico, diabetes gestacional, aborto que requiere de intervención médica para ser completado debido a que el feto ha muerto, terminación espontánea del embarazo ocurrido en un período de gestación en el cual no es posible el nacimiento de un ser humano apto de continuar con vida.

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 periodo 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 DE NACIMIENTO O DEL RECIÉN NACIDO: Cualquier trastorno de un recién nacido relacionado con el nacimiento, que se manifiesta durante los primeros treinta (30) días de vida y que ocurra antes que el neonato salga del hospital, incluyendo pero no limitado a condiciones congénitas y/o hereditarias, hiperbilirrubinemia, ictericia, hipoxia cerebral, hipoglicemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

CONDICIÓN CONGÉNITA: Cualquier condición, trastorno orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirido durante el desarrollo del feto en el útero o durante el nacimiento, y no por herencia, independientemente que sea evidente antes del nacimiento, al momento del nacimiento o se manifieste posteriormente.

CONDICIÓN HEREDITARIA: Son aquellas enfermedades genéticas cuya característica principal es su supervivencia de generación en generación, transmitiéndose de padres a hijos y así sucesivamente.

CONDICIÓN PARTICULAR: 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, que aclara modifica o explica condiciones de la póliza.

CONDICIÓN PREEXISTENTE:

1. Es una Enfermedad, lesión corporal, o síntoma, que existían con anterioridad a la fecha de solicitud y fecha de inicio de cobertura de la Póliza del Asegurado, o antes del Cambio de plan o inclusión de cobertura que requiera Pruebas de Asegurabilidad o
2. Una condición de salud que fue diagnosticada por un Médico antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza, Rehabilitación o Cambio de Plan.
3. Una condición de salud por la cual se consultó a un médico y se recomendó o se recibió tratamiento médico antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza, Rehabilitación o Cambio de Plan.
4. Los síntomas manifestados antes de la Fecha De Inicio de Cobertura indicada en la Carátula de la Póliza que ocasionaría que una persona razonable y prudente busque atención médica y que le hubieran permitido a una persona entrenada en medicina hacer un diagnóstico de la condición que produjo los síntomas.
5. Una condición de salud, que como síntoma o signo que se haya presentado a un Médico antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza o su rehabilitación, que pudiera resultar en el diagnóstico de una Enfermedad o trastorno en forma concreta.
6. Los gastos de embarazo incluyendo, antes, y después del nacimiento, complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido dentro de los meses de espera o de carencia, a partir de la Fecha De Inicio de Cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza por este beneficio.
7. Las condiciones congénitas o hereditarias, también se consideran como pre-existentes.

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

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

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

COPAGO: Es la cantidad que un Asegurado debe cubrir en el momento en el que este incurre en un siniestro, por concepto de gastos médicos elegibles incurridos por cada indemnización de acuerdo a la territorialidad y monto fijo establecido, especificadas en Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza distinto al “Deducible”.

CUADRO DE BENEFICIOS: Parte de la Carátula de Póliza que forma parte integral de ésta, en el cual se detallan todos las coberturas y beneficios cubiertos bajo esta póliza, con sus respectivos límites por evento, anual o vitalicio, así como los copagos, coaseguros y deducibles aplicables a los Asegurados, también describe cualquier otra especificación que aclare, individualice o excluya coberturas y beneficios para esta Póliza.
CUIDADOS A DOMICILIO: A los servicios que ofrece una empresa 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.

CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE**:** Al cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable, dentro de un Centro Hospitalario legalmente autorizado para ejercer como tal.

CUIDADOS DE CUSTODIA: Servicios proporcionados que incluyen pero no están limitados a asistencia personal para realizar actividades cotidianas que no requieren la destreza de un profesional de la salud.

CUIDADOS PALIATIVOS: La atención médica a pacientes cuya Enfermedad crónica, avanzada y de pronóstico limitado, no responde ya al tratamiento.

CUARTO Y ALIMENTO DIARIO: Se refiere a la cantidad máxima que la Aseguradora indemnizará por concepto de cuarto y alimentación diario mientras un Asegurado se encuentre recluido en un hospital.

DEDUCIBLE: A la cantidad mínima de los gastos médicos elegibles que debe cubrir el Asegurado cada año póliza o año calendario, de acuerdo a la frecuencia, territorialidad y monto, según se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza, antes de que inicie la obligación de pagar por parte de la Aseguradora.

DEDUCIBLE CATASTRÓFICO: A 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: El deducible máximo que se debe pagar por familia, indicado en el cuadro de beneficios de la póliza.

DENTISTA: se refiere a un médico con licencia legal de cirugía dental, odontología o la ciencia odontológica.

DEPENDIENTE:
1. Cónyuge del Asegurado Titular o al Conviviente del Asegurado Titular.
2. 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 depende económicamente del Asegurado Titular y conviva con él.
3. Hijo(a) soltero(a) con al menos diecinueve (19) años de edad, pero menor de veinticuatro (24) 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.
4. 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 mental, que ocurriese antes de alcanzar la edad límite y mientras estuviese asegurado por esta Póliza.

DEPORTE PROFESIONAL: La realización de deportes que impliquen un beneficio o ingreso en efectivo, en especie o en forma de beca para él que lo realiza.

DIAGNÓSTICO: Dictamen que realiza un médico colegiado autorizado para ejercer la medicina sobre un padecimiento, respaldado por la experiencia y documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la Enfermedad o Lesión, basándose para ello en evaluaciones directas, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, en antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para formular un juicio técnico.

EMERGENCIA: A 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. Las siguientes serán consideradas como emergencias, pero lo estarán limitadas a:

1. Accidentes
2. Convulsiones
3. Hemorragias
4. Crisis súbitas de los sistemas circulatorio, respiratorio, gastrointestinal o urológico
5. Deshidratación severa

6. Pérdida del conocimiento
7. Intoxicación severa
8. Reacciones alérgicas en estado severo

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, únicamente las enfermedades que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

ENFERMEDAD MENTAL: A desórdenes, enfermedades o condiciones mentales, emocionales y psiquiátricas, (sean de origen orgánico o inorgánico, biológico o no-biológico, genético, químico o no-químico). Los desórdenes mentales o nerviosos incluyen, pero no se limitan a; psicosis, trastornos neuróticos, trastornos bipolares, desórdenes afectivos; desórdenes de personalidad, anormalidades psicológicas o de conducta, asociados con disfunción transitoria o permanente del cerebro o de los sistemas neuro-hormonales; y condiciones, desórdenes y enfermedades enumerados en la edición más reciente del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM por sus siglas en inglés)* del *International Classification of Diseases, de la American Psychiatric Association,* a la fecha en que el servicio médico o el Tratamiento es aplicado al Asegurado.

ENFERMERA(O) AUTORIZADA(O): A la persona legalmente licenciada de acuerdo con los requisitos de la jurisdicción local para atender a los enfermos, y le permite ejercer la profesión en el país.

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.

ESTUDIO DIAGNÓSTICO; Estudio químico, biológico, radiológico y nuclear, aprobado para la práctica médica profesional, indicado por un profesional en salud certificado, para el diagnóstico y evaluación del estado de salud del paciente.

EXPERIMENTAL/EN INVESTIGACIÓN Y/O DE ESTUDIO: 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.

FECHA DE INICIO DE COBERTURA: A 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.

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA: A la fecha en que la póliza entra en vigor, tal como aparece en la Carátula de la Póliza.

FECHA DE FIN DE VIGENCIA: A la fecha en que concluye la cobertura de la póliza, tal como aparece en la Carátula de la Póliza.

FECHA DE RENOVACIÓN: Al primer día después de la fecha de vencimiento de vigencia, del próximo Año de Vigencia de la Póliza.

FECHA DE VENCIMIENTO: La fecha en que debe ser pagada la prima del seguro por el período correspondiente.**:** Al momento del vencimiento terminan todos los beneficios de la póliza de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 9.3 de esta póliza.

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.

GASTOS MÉDICOS: Los gastos en que incurra el Asegurado por razón de una incapacidad, cubierto de acuerdo con las condiciones estipuladas en la Póliza, siempre y cuando se encuentren dentro de lo razonable, usual y acostumbrado.

GASTOS INCURRIDOS DENTRO DE LA RED O PAGO DIRECTO: Gastos médicos incurridos dentro de la red de proveedores de médicos, hospitales y centros de diagnóstico aprobados y contratados por la Aseguradora y siempre y cuando exista una autorización por escrito por parte de la Aseguradora.

HABITACIÓN PRIVADA: A la habitación estándar de un Hospital equipada para alojar a un solo paciente.

HABITACIÓN SEMI PRIVADA: Una habitación estándar de un Hospital equipada para alojar a más de un paciente.

HONORARIOS DEL ANESTESIÓLOGO: A 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 CIRUJANO ASISTENTE: A los cargos de uno o más Médicos que asisten al cirujano principal en la realización de una intervención quirúrgica.

HONORARIOS MÉDICOS: Es el monto por atención médica debido a incapacidad cubierta, el cual se considere justo y dentro de los límites acostumbrados, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad en que es suministrado el servicio.

HOSPICIO: se refiere al plan coordinado de cuidados a domicilio, hospitalización y ambulatorios para dar servicios médicos paliativos, sustentadores y otros, a pacientes enfermos terminales. Un equipo multidisciplinario presta cuidados continuos y planificados, cuyo componente médico es dirigido por un médico. El cuidado estará disponible veinticuatro (24) horas al día, siete días a la semana. El establecimiento debe cumplir con los requerimientos legales de la localidad donde opere.

HOSPITAL: A cualquier institución legalmente licenciada como centro médico o quirúrgico en el país donde se encuentra localizada, y que:

1. 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;
2. 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;
3. Ofrece veinticuatro (24) horas de servicio de enfermería bajo la supervisión de un(a) Enfermero(a) autorizado(a) a tiempo completo;
4. 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:

1. Establecimientos u hogares para convalecientes, servicios de enfermería o reposo, ni un albergue geriátrico.
2. 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: Al 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 período no menor de 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 a 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.

El hecho que un médico en particular pueda prescribir, ordenar, recomendar, o aprobar un servicio, tratamiento, suministro o nivel de cuidado, no hace dicho tratamiento médicamente necesario ni convierte los cargos en gastos cubiertos bajo esta Póliza.

INCIDENTE INCAPACIDAD O EVENTO: A que todas las enfermedades y/o Accidentes que existan simultáneamente y que se deban a la misma causa o a causas relacionadas con ella, son consideradas como un incidente. Además, si una enfermedad se debe a causas que son las mismas o se relacionan a causas de una enfermedad anterior, la enfermedad se considerará una continuación de dicha enfermedad anterior, y no un incidente separado. Todas las lesiones debidas por el mismo accidente se considerarán un incidente y/o evento.

INTERMEDIARIO DE SEGUROS: los agentes de seguros dependientes, agentes de seguros independientes y corredores de seguros.

LÍMITE DE COASEGURO O LÍMITE DE PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO (Stop Loss): es la cantidad máxima de Participación en un siniestro o evento, que absorbe un Asegurado de acuerdo con las condiciones y montos indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

LESIÓN: A la lesión física enumerada en la más reciente edición de *Clasificación internacional de enfermedades (CIE) de la OPS/OMS* 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.

MÁXIMO ANUAL RENOVABLE: Es el monto máximo que la Aseguradora llegará a indemnizar por gastos médicos elegibles e incurridos por un Asegurado durante el año póliza en que esté cubierto ininterrumpidamente, hasta el monto límite indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

MATERNIDAD CUBIERTA: Aquella para la cual la póliza proporciona beneficios de embarazo y que la fecha del parto sucede por lo menos diez (10) meses calendario después de la Fecha de Vigencia de la cobertura.

MÉDICAMENTE NECESARIO O NECESIDAD MÉDICA: Al servicio médico, suministro, equipo, o tratamientos ordenados y proporcionados por un Médico tratante, los cuales la Aseguradora determine que:

1. Son adecuados al diagnóstico o tratamiento del padecimiento o lesión del Asegurado;
2. Son consistentes con los estándares médicos y profesionales aceptados;
3. No son principalmente para la comodidad o conveniencia personal de un Asegurado, su familia o su médico;
4. Son proporcionados al nivel más adecuado sin poner en riesgo la vida o la salud del Asegurado;
5. En el caso de hospitalización, que los servicios o tratamientos no puedan ser proporcionados al Asegurado de manera ambulatoria sin arriesgar su vida o salud.

La Aseguradora se reserva el derecho de determinar la Necesidad Médica. El hecho de que un Médico haya ordenado, recomendado o aprobado un servicio o tratamiento no lo hace Médicamente Necesario.

MEDICINA O MEDICACIÓN POR RECETA MÉDICA: A los medicamentos cuya venta o uso está legalmente limitado a su indicación por un Médico dentro del país que se trate. Para efectos de esta Póliza, Medicina o medicación se refiere al equivalente genérico de un fármaco, o si el equivalente genérico no está disponible, el fármaco de marca. Medicina o medicación sólo significará fármacos prescriptibles.

MÉDICO O DOCTOR: Al profesional de la medicina debidamente titulado e inscrito en la institución que legalmente corresponda para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios.

ODONTÓLOGO: Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la odontología en Guatemala, deberá estar debidamente inscrito y vigente ante el Colegio Estomatológico de Guatemala y deberá demostrar una experiencia mínima de dos (2) años como Odontólogo.

PAÍS DE RESIDENCIA: Al lugar donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario o del Año póliza, 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 COBERTURA: Al periodo comprendido entre la Fecha De Inicio de Cobertura y la fecha fin de vigencia de cobertura de esta Póliza.

PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO: A la cantidad que resulta de restarle a los Gastos Médicos y presentados para su reembolso o pago:

1. los gastos no elegibles, bien sea por estar expresamente excluidos o por exceder los límites definidos en el Cuadro de Beneficios o la cantidad razonable y acostumbrada,
2. el deducible; y
3. el reembolso de acuerdo al porcentaje indicado en el Cuadro de Beneficios.

PARTO NORMAL: Es el proceso natural para la finalización de la gestación de un embarazo.

PRE-AUTORIZACIÓN O PRE-CERTIFICACIÓN: Al hecho de que el Asegurado notifica a la Aseguradora, por adelantado, 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 preferidos, a la cual el Asegurado pueda tener acceso, y que confirme que tal ingreso es médicamente necesario. El Pago Directo a proveedores afiliados a la red es un beneficio que está sujeto a las políticas que la Aseguradora tenga vigentes.

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS: A los medicamentos cuya venta y uso son restringidos a la orden de un médico.

PERÍODO DE CARENCIA: Es el periodo en el que un padecimiento no está cubierto dentro de la póliza, es decir el período desde el comienzo de la Fecha de Inicio de Cobertura de cobertura en que los beneficios elegibles aún no han sido aplicados.

PERÍODO DE ESPERA: Al período durante el cual la Aseguradora no pagará ciertos beneficios de la póliza.

PERÍODO DE GRACIA: Al período de treinta (30) días calendario después de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza.

PÓLIZA: La forman la Caratula de la Póliza, el Cuadro de Beneficios, las Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, los Anexos de Coberturas, las Condiciones Particulares y los formularios suscritos por los Asegurados.

PRIMA: Cantidad o Monto de dinero que el Solicitante de la póliza debe pagar durante el año contratado de la póliza para mantener vigente la cobertura del seguro.

PROVEEDOR: A un hospital, hospicio, convalecientes / centro de enfermería especializada, centro quirúrgico ambulatorio, hospital psiquiátrico, centro de salud mental de la comunidad, instalaciones para tratamiento psiquiátrico, centro para el tratamiento de la dependencia de drogas y alcohol, centro de maternidad, médico, odontólogo, quiropráctico, auxiliar médico licenciado, enfermero(a), laboratorio médico, compañía de servicio auxiliar, firma de ambulancia aérea o terrestre o cualquier otra instalación afín que la Aseguradora apruebe para proporcionar servicios según la Póliza..

PUBERTAD ADELANTADA O ACELERADA: Es la pubertad que inicia en su rango de tiempo, pero se desarrolla más rápido. En una niña la pubertad ocurre de los 8 a los 14 años y la duración tiene un promedio de 2 a 3 años, en el caso de pubertad adelantada o acelerada, el tiempo de duración sería menor, por ejemplo, que durará un (1) año, esto se evalúa tomando en cuenta que todos los cambios físicos y hormonales ocurren de una manera más rápida. Esta condición no se considera una enfermedad por estar iniciando dentro del rango de edad considerado como normal para cada sexo.

PUBERTAD PRECOZ: Es el desarrollo y aparición de los caracteres sexuales femeninos o masculinos antes de tiempo, según las guías americanas y latinoamericanas en niñas se considera pubertad precoz antes de los 8 años de edad y en niños antes de los 9 años, considerándose así esta una enfermedad.

RAZONABLE, USUAL Y ACOSTUMBRADO: A la cantidad máxima que la Aseguradora determina que es razonable y acostumbrado en el país en el que se reciban la atención médica hospitalaria, de laboratorio,

medicamento, suministro o insumo médico, para los beneficios elegibles que el Asegurado recibe bajo esta póliza, hasta los cargos realmente facturados y sin excederlos. La determinación de la Aseguradora considera:

1. Los montos cobrados por otros proveedores de servicios por el mismo servicio o uno similar;
2. Cualquier circunstancia médica inusual que requiera tiempo, habilidad o experiencia adicionales;
3. El costo que para el proveedor de servicio representa prestar los servicios o suministros, o realizar el procedimiento; y
4. Otros factores que la Aseguradora determine son relevantes, incluyendo un recurso basado en la escala relativa de valores, peso sin limitarse a este.

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. Para un proveedor de servicio que tenga un acuerdo de reembolso con la Aseguradora, el cargo razonable y acostumbrado es igual al monto que constituya pago total bajo cualquier acuerdo de reembolso con la Aseguradora. Si un proveedor de servicio acepta como pago total una cantidad menor que la tasa negociada bajo un acuerdo de reembolso, la cantidad menor será el máximo cargo razonable y acostumbrado. El cargo razonable y acostumbrado será reducido debido a cualquier sanción de la cual un proveedor de servicio sea responsable, como resultado de ése acuerdo del proveedor de servicio con la Aseguradora.

RECIÉN NACIDO: Persona natural desde el momento de su nacimiento hasta el cumplimiento de los treinta y un (31) días de vida.

RECLAMO: Procedimiento mediante el cual el Asegurado presenta a la Aseguradora requerimiento de pago para el reembolso de los gastos médicos incurridos pagados por el Asegurado o solicitados a través del servicio de pago directo por medio de red de proveedores afiliados que puede proporcionar la Aseguradora, dicho pago amparado en las coberturas y beneficios de las pólizas, por medio de la presentación de las facturas originales que respaldan los gastos médicos del Asegurado y el formulario de reclamo que la Aseguradora requiere sea completado.

RED DE PROVEEDORES AFILIADOS: Al grupo de médicos, centros de diagnóstico, laboratorios, farmacias y hospitales con los cuales se han pactado costos de bienes y servicios médicos bajo convenio, y cuya utilización opcional por parte del Asegurado está sujeta al seguimiento de reglas específicas entregadas al Asegurado al momento de contratar su póliza. La Red de Proveedores Afiliados es un servicio que presta la Aseguradora, cuya administración queda a discreción de la Aseguradora y puede ser modificada en cualquier momento.

REEMBOLSO: Es el pago de los gastos erogados por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza, de acuerdo a las condiciones contratadas. Sólo se pagarán aquellas facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes.

REPATRIACIÓN: Al traslado del Asegurado hasta su país de residencia.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA: La opinión de un Médico diferente del que está atendiendo actualmente al Asegurado.

SERVICIOS AMBULATORIOS: A los tratamientos o servicios médicos proporcionados en hospital o una institución, incluyendo centros de Cirugía Ambulatoria; instalaciones de enfermería para convalecencia o cuidados especializados; o consultorio del Médico, adonde se acude por enfermedad o lesión, pero donde no se es internado o recluido por un periodo de veinticuatro (24) horas, y donde no se cobra habitación y comida.

SERVICIOS HOSPITALARIOS: A 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.

SOLICITANTE: A la persona que firma la Solicitud de Seguro y que celebra el contrato de seguro para sí o para terceros, siempre que cuente con su consentimiento y es responsable del pago de la prima.

SOLICITUD DE SEGURO: A la declaración extendida en formulario por un Solicitante sobre sí mismo y sus dependientes, utilizada por la Aseguradora para determinar su asegurabilidad. La Solicitud de Seguro incluye cualquier historial médico, cuestionario, y otros documentos proporcionados o solicitados por la Aseguradora antes de la emisión de la póliza y forma parte del contrato completo celebrado entre las partes.

TABLA DE VALORES RELATIVOS DE CALIFORNIA: Documento creado por la Workers Compensation Office of the State of California. Conformación de la TVRC Basado en la guía Current Procedural Terminology (CPT), creada y administrada por la American Medical Association (AMA). Aplicará la tabla vigente indicada por la Aseguradora.

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

TRASPLANTE DE ÓRGANO: Al procedimiento Médicamente Necesario donde los órganos, tejidos o células son quirúrgicamente trasplantados desde el Donante Vivo o muerto al receptor.

TRATAMIENTO: Al manejo quirúrgico o médico de un paciente con el propósito de resolver o sanar la enfermedad o lesión, basado en prácticas médicas estándares y aceptadas. Para los propósitos de esta Póliza, sólo incluirá aquellos tratamientos planificados y aprobados, para los cuales el Asegurado sea elegible.

TRATAMIENTO CONVALECIENTE: Al tratamiento, servicios y suministros necesarios para asistir en la recuperación de un paciente para llegar a un cierto grado de funcionamiento corporal que le permita a sí mismo la ejecución de las actividades vitales básicas diarias.

TRATAMIENTO DENTAL: Procedimiento médico odontológico realizado por profesional titulado en Odontología con el cual se busca devolver la salud dental perdida como consecuencia de una enfermedad dental o de un accidente que afecte la cavidad oral. El tipo de tratamiento cubierto depende de la descripción realizada en las Condiciones Particulares de la Póliza

TRATAMIENTO DENTAL POR ACCIDENTE: Al tratamiento para arreglar o reemplazar los dientes naturales después de un accidente cubierto por esta Póliza.

TRATAMIENTO MÉDICO: Conjunto de acciones realizadas por un profesional en salud certificado, cuya finalidad es la curación, alivio, detección y la prevención de las enfermedades y/o síntomas del paciente.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS CORONARIOS: A una unidad de cuidados cardíacos u otra área o unidad de un hospital la cual reúna los requerimientos estándar de la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals for Special Care.* La *Joint Commission on Accreditation of Hospitals for Special Care* es una organización independiente, sin fines de lucro, que acredita y certifica a más de 19.000 organizaciones de atención de salud y los programas en los Estados Unidos.

UNIDAD QUIRÚRGICA: Son los lineamientos a través de los cuales se establece el método de utilización, combinación y cálculo de los códigos de cada sección de la Tabla de Valores Relativos de California.

CLÁUSULA 3. GASTOS CUBIERTOS

Son los gastos médicos 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 con especialidad relacionada a la enfermedad o padecimiento, siempre que estén descritos en el inciso 3.5 Gastos Cubiertos y no estén excluidas expresamente en la Cláusula "Gastos No Cubiertos**.** Serán reconocidos como gastos cubiertos aquellos razonablemente necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado, y sean cargados por persona o institución que por su naturaleza pueda o deba hacer tales cargos. No 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 medicinas, se liquidará con las condiciones de póliza que apliquen según esta fecha.

3.1 BENEFICIOS ELEGIBLES Y LÍMITES PARA EL ASEGURADO TITULAR Y LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES:

Los beneficios elegibles son todos aquellos Gastos Médicos efectivamente incurridos por un Asegurado necesarios para la atención o el tratamiento de cualquier enfermedad, accidente o evento cubierto bajo las condiciones de la presente Póliza bajo los límites máximos establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, según los términos y condiciones de la presente póliza.

3.2 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS:

Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otra póliza, por la cual cualquier Asegurado pueda estar cubierto. Cuando algún Asegurado esté cubierto también por otras pólizas que tengan las mismas coberturas que las del presente contrato, los gastos elegibles 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 únicamente esta póliza estipula la coordinación de beneficios, los beneficios serán pagaderos primeramente por todas las demás pólizas concurrentes. La coordinación de beneficios está sujeta a las coberturas y condiciones de esta póliza y a las deducciones que la Aseguradora y la ley tengan establecidas.

3.3 CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA:

La Póliza se hará nula e inválida por cambio de país de residencia del Asegurado, todos los términos y condiciones de la Póliza quedan sujetos a revisión y aprobación ante un cambio en el país de residencia del Asegurado.

La póliza cubre como máximo 90 días calendario fuera del territorio de Guatemala. El Asegurado deberá notificar por escrito a la Aseguradora cualquier cambio de país de residencia de acuerdo a lo estipulado en este numeral. Para efectos de esta póliza el País de Residencia es donde el Asegurado resida por un total de 180 días calendario en un año póliza.

Se hace la excepción para los hijos dependientes estudiantes de tiempo completo que por motivo de estudio deban residir fuera del territorio de Guatemala, el Asegurado Titular deberá notificar a la Aseguradora y suministras la documentación que ésta requiera.

3.4 CAMBIO DE PLAN:

Cualquier Asegurado tendrá la opción de cambiar de un Plan a otro de acuerdo al siguiente procedimiento:

1. Si desea cambiar de un Plan de menores beneficios a uno que le brinda mayores beneficios, el Asegurado tendrá que presentar pruebas de asegurabilidad a la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar y aprobar dicha solicitud, si así fuere determinará cuando entrarán en vigor los nuevos beneficios o exclusiones.
2. Si desea cambiar de un Plan de mayores beneficios a otro de menores beneficios, únicamente bastará con enviar una carta firmada por el Asegurado Titular solicitando dicho cambio; para que la Aseguradora proceda

a su aceptación sí así lo considera, el máximo vitalicio disponible debe ser mayor a la suma asegurada del nuevo plan.

3. Ningún cambio podrá ser con efecto retroactivo y solo se podrán realizar cambios de plan una vez por vigencia.
4. Para solicitar el cambio de plan es necesario que transcurran por lo menos 365 días de cobertura en el Plan anterior.
5. Incrementos de Suma Asegurada (Anual Renovable): Cuando se otorgan incrementos de Suma Asegurada, los montos incrementados serán aplicables únicamente a las incapacidades que se originen posteriormente a la fecha de vigencia de la nueva Suma Asegurada.

Cambio de Deducible:

Cualquier Asegurado tendrá la opción de cambiar de un deducible a otro de acuerdo al siguiente procedimiento:

1. Si desea cambiar de un Plan de menor deducible, el Asegurado tendrá que presentar pruebas de asegurabilidad a la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar y aprobar dicha solicitud, si así fuere determinará cuando entrarán en vigor los nuevos deducibles.
2. Si desea cambiar de un Deducible de menor a otro mayor, únicamente bastará con enviar una carta firmada por el Asegurado Titular solicitando dicho cambio aceptando la tarifa correspondiente.
3. Ningún cambio podrá ser con efecto retroactivo y sólo se podrán realizar cambios de deducible en la renovación.
4. Para solicitar el cambio de deducible es necesario que transcurran por lo menos 365 días de cobertura en el deducible anterior.

3.5 GASTOS CUBIERTOS:

Se consideran beneficios elegibles para la cobertura de Gastos Médicos:

1. Gastos de Hospital: Los gastos de Hospital que incluyen los gastos de cuarto privado o semiprivado, alimentos, cuidados generales de enfermeras, procedimientos de diagnóstico, medicamentos, sala de operaciones, sala de recuperación, unidad de cuidados intensivos y la atención en la sala de emergencia.

2. Honorarios Médicos: Tratamiento suministrado por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad relacionada a la enfermedad del asegurado.
   a) Por intervenciones quirúrgicas realizadas por un cirujano legalmente autorizado para ejercer la medicina.
   b) Por consulta médica con médicos legalmente autorizados para ejercer la medicina.

3. Aplicación de anestesia: suministrada por un médico o un anestesista profesional, anestesia y honorarios del anestesiólogo.
4. Transfusión de Sangre o plasma necesario para el tratamiento de una enfermedad o accidente.

5. Atención suministrada por enfermeras tituladas en el hogar: siempre que la gravedad de la enfermedad lo requiera y que sea recomendado por el médico tratante. La enfermera no deberá tener ningún grado de parentesco con el Asegurado y no debe vivir en la casa de dicho Asegurado. Los montos y días de coberturas están descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

6. Servicios de Hospitalización en el hogar: yeso tablilla, braguero, muletas, oxígeno y alquiler o compra del equipo necesario para su aplicación, alquiler o compra de silla de ruedas o cama especial de hospital, alquiler de pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria. La compra de un equipo queda sujeta a evaluación de la Aseguradora.

7. Prótesis de miembros y ojos artificiales, de acuerdo a lo establecido y hasta el monto máximo de las Condiciones Particulares de la Póliza.

8. Quimioterapia, radioterapia o terapia radioactiva.

9. SIDA/VIH: Toda enfermedad o gasto médico relacionado al SIDA/VIH será pagado bajo las condiciones de esta póliza y hasta el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, toda vez se compruebe que el virus fue adquirido después de la fecha de Inicio de Cobertura de cada Asegurado.

10. Exámenes de Laboratorio Clínico y Diagnóstico por Imágenes: Exámenes de laboratorio, Rayos X, exámenes y procedimientos especiales, así como cualquier otra prueba que sea ordenada por un médico y que sea necesaria para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad.

11. Terapia y/o Rehabilitación Física: Tratamientos suministrados por un fisioterapista siempre que sea indicado por un médico.

12. Medicamentos: Drogas o medicinas recetadas por un médico y que sean proporcionadas por una farmacia autorizada y autorizados por la FDA como medicamento para tratar una enfermedad.

13. Los gastos de un menor de edad hospitalizado, que cubre los cargos incluidos en la factura del hospital por concepto de cama para acompañante de un dependiente hospitalizado menor de dieciocho (18) años se pagarán como se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza, hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

14. Cirugía Bariátrica, El procedimiento estará cubierto después de cumplirse un período de espera de veinticuatro (24) meses, sujeto a los siguientes criterios:

    1. Tener un índice de masa corporal (IMC) de cuarenta (40) o más y un diagnóstico de obesidad mórbida;
    2. Tener un IMC entre treinta y cinco (35) y cuarenta (40) y un problema de salud serio relacionado con su peso;
    3. Presentar evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos veinticuatro (24) meses, y
    4. Haber pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el Asegurado someterse al procedimiento.

    La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el equipo médico de la Aseguradora. El Asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos que la autorización previa haya sido otorgada y hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

15. Cirugía profiláctica, para reducción de riesgo de cáncer.

16. Extracción de Células Madre al recién nacido, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la Carátula de la Póliza.

17. Cuidados paliativos, el alojamiento en residencias para pacientes terminales y los tratamientos y servicios paliativos están cubiertos como se indica en el Condiciones Particulares de la Póliza. para aquellos pacientes terminales con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos, y que necesitan atención física, psicológica y social, así como la instalación o adaptación de equipos especiales, servicios de enfermería y medicamentos por receta. Estos servicios deben ser autorizados por la Aseguradora con anticipación y serán cubiertos hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Carátula de la Póliza.

18. Servicio de Ambulancia Aérea o Terrestre: traslado a un hospital equipado para proporcionar tratamiento, siempre y cuando la utilización de dicho transporte sea absolutamente necesaria para preservar la vida del Asegurado y que el tratamiento no pueda ser suministrado en la localidad donde reside.

1. Este beneficio aplica siempre y cuando exista cobertura para el padecimiento que está originando el traslado de ambulancia aérea.
2. El alcance de la cobertura es el transporte de emergencia del aeropuerto más cercano o del lugar del evento a donde el tratamiento tomará lugar.
3. Que el transporte sea derivado de un tratamiento que no puede ser suministrado localmente y que médicamente sea necesario el transporte por esta vía, el cual debe de ser aprobado previamente por la Aseguradora.
4. Esta cobertura sólo aplica para el traslado del paciente.

Para efectos de esta póliza por ambulancia se entiende:
1. Que sea un operador reconocido legalmente que preste el servicio de ambulancia.
2. Que el transporte cuente con el equipo e instrumentos médicos especiales a bordo.
3. Que personal a cargo del traslado sea especializada en este tipo de servicios.

El límite máximo de la ambulancia aérea aplica solamente una vez por año póliza. El Beneficio Máximo para dicha cobertura es el monto estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El Asegurado exonerará expresamente de responsabilidad a la Aseguradora, por las complicaciones resultantes, de cualquier negligencia en los servicios de la entidad, que provee el transporte a sus afiliados, incluyendo retrasos o restricciones del vuelo.

19. Padecimientos Psiquiátricos por accidente, durante la hospitalización, estarán cubiertos hasta el máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

20. Padecimientos Psiquiátricos: Los gastos ocasionados por enfermedades mentales y desórdenes nerviosos y psiquiátricos no diagnosticables más que a través de la observación clínica, estarán cubiertos después de haber satisfecho el deducible correspondiente y hasta el máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. Estarán cubiertos los gastos incurridos, incluyendo pero no limitados a, por tensión, desorden obsesivo –compulsivo, desorden afectivo, depresión reactiva, depresión mayor, desorden de angustia, trastorno de pánico, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso – depresivo, trastornos de adaptación (shock post – traumático), trastorno disociativo (de conversión), trastornos somatomorfos.
    Los gastos incurridos para este beneficio serán cubiertos bajo las siguientes condiciones:

    1. Los gastos incurridos elegibles dentro de hospital por servicios de un psiquiatra profesional a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, no podrán exceder el límite máximo, el cual se encuentran detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza.
    2. Los medicamentos no tienen cobertura.

21. Continuidad de Cobertura en caso de fallecimiento del Asegurado Titular: En caso de fallecimiento del Asegurado Titular se otorgará cobertura sin costo para los familiares dependientes asegurados en la póliza para la Cobertura de Gastos Médicos, por el tiempo establecido en el máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, sujeto a las siguientes condiciones:
    1. El Asegurado Titular y sus Dependientes deben haber estado asegurados bajo esta póliza por lo menos durante doce (12) meses de cobertura continua.
    2. Que la póliza esté vigente y al día en sus pagos de prima al momento del fallecimiento del Asegurado Titular.
    3. Si un dependiente deja de ser elegible de acuerdo a los términos de esta póliza, termina su cobertura dentro de la misma.
    4. Se dará cobertura sin costo durante un año después del fallecimiento del Asegurado Titular.

22. Trasplante de Órganos: Trasplante de órganos sujeto a las siguientes condiciones:
    1. Los gastos deben ser médicamente necesarios.

2. El procedimiento no puede ser experimental o para investigación.
3. Se cubren los gastos médicos-hospitalarios del donante a partir de la hospitalización para la intervención quirúrgica de donación y hasta que se registre la salida del hospital, momento en el que cesará esta cobertura para el donante.
4. Los gastos de compra del órgano no están cubiertos.
5. Los gastos no pueden exceder el límite establecido para trasplante de órganos que se indica en máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

23. Enfermedades o defectos congénitos y/o hereditarios que necesiten tratamiento médico, para los Asegurados mayores de dieciocho (18) años, quienes tendrá cobertura después de doce (12) meses de cobertura continua como cualquier otra incapacidad, toda vez dicho padecimiento no haya sido tratado o diagnosticado con anterioridad a la vigencia de la póliza y haya sido declarado en la Solicitud de Seguro. Para todo hijo dependiente al que le sea diagnosticado antes de los dieciocho (18) años, hasta el monto máximo vitalicio establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

CLÁUSULA 4. GASTOS NO CUBIERTOS

Esta Póliza no cubre los gastos resultantes de:

1. Tratamientos médicos, estudios, medicina u operaciones quirúrgicas de naturaleza preventiva.

2. Honorarios por reconocimientos médicos o chequeos médicos de rutina en ausencia de enfermedad o lesión, estudios genéticos, exámenes o pruebas de diagnóstico que no sean relacionadas ni necesarias para el tratamiento de una enfermedad o lesión corporal.

3. Exámenes de la vista, chequeos de la vista y la audición, habilitación de lentes, gafas o anteojos, lentes de contacto, implantes, prótesis y/aparatos auditivos, estrabismo, astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, queratoconos y cualquier otro padecimiento refractario de la vista, así como los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregirlos, entre los que se encuentran las queratoplastías y queratotomías radiales; habilitación de audífonos, y los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregir los padecimientos de la audición, incluyendo el implante coclear.

4. Por condiciones preexistentes ningún beneficio será pagado por servicios o atención médica debido a condiciones preexistentes durante los primeros doce (12) meses de vigencia de la cobertura y podrán ser reconocidos como gastos elegibles a reembolso si los gastos por estas condiciones preexistentes son incurridos después de doce (12) meses de vigencia de la cobertura, siempre y cuando dichas condiciones preexistentes se hubieran declarado en la solicitud de seguro y hubieren sido aceptadas por la Aseguradora, de lo contrario no tendrán cobertura.

5. Los tratamientos médicos de cualquier tipo y estudios realizados con el fin de diagnosticar, tratar, corregir o mejorar alguna de las patologías que se mencionan a continuación, así como sus complicaciones y efectos secundarios; no tendrán cobertura dentro de los primeros doce (12) meses de vigencia continua del Asegurado dentro de la póliza:

    - Padecimientos de columna, cadera y articulares, rodillas, hombros, muñecas, tobillos, hombros, codos; cirugía cardiaca, insuficiencia venosa, trasplante de órgano y todo procedimiento que sea necesario llevarse a cabo en una sala de hemodinamia; padecimientos con relación a aparato reproductor femenino: útero, cérvix, ovarios, trompas de Falopio, mamas y masculino: próstata, vesículas seminales, epidídimo y pene, excepto los que sean a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza o consecuencia de enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período.

    - Reflujo gastroesofágico, gastritis crónica, hipertensión arterial, sus complicaciones y manifestaciones; diabetes mellitus sus complicaciones y manifestaciones, cáncer de cualquier tipo, en cualquiera que fuera su Estadio, hipotiroidismo, dislipidemia, enfermedades abdominales relacionadas con hígado,

vesícula y vías biliares, padecimientos anorrectales como hemorroides, fistulas, fisuras, prolapsos, hernias en general, riñones, vejiga; nariz y senos paranasales, amígdalas, adenoides, excepto los que sean a consecuencia de enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período de 12 meses.

6. Hospitalizaciones por servicios que puedan efectuarse de forma ambulatoria y hospitalizaciones de más de 23 horas previas a una cirugía programada.

7. Equipos de diálisis portátiles o para ser usados en el hogar, a menos que la Aseguradora los autorice con anterioridad.

8. Todos los gastos incurridos por desórdenes relacionados con el Virus del Papiloma Humano (VPH), enfermedades de transmisión sexual, excepto el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH Positivo) y sus consecuencias directas o indirectas hasta el monto máximo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

9. Tratamiento dental si se encuentra excluido en las Condiciones Particulares de la Póliza, excepto el originado por causas accidentales cubiertos por esta póliza que ocasionen pérdida de dientes naturales y dislocación o fractura de la mandíbula, mientras la persona se encuentre asegurada, y que el tratamiento sea suministrado dentro de los noventa (90) días siguientes al accidente, por un cirujano dentista autorizado para ejercer su profesión, así:
   a) Tratamiento dental por lesiones sufridas, incluyendo el reemplazo de los dientes naturales.
   b) Tratamiento médico y/o quirúrgico de reparación de la mandíbula.

10. Tratamientos y/o intervenciones quirúrgicas de carácter cosmético, reconstructivo, estético o plástico, así como toda complicación derivada o relacionada con dichos tratamientos y/o intervenciones, incluyendo pero no limitado a: Mastectomías por ginecomastia masculina. Blefaritis, Blefaroplastía y Blefaroptosis, Rinoplastia, etc.; excepto en los casos siguientes:
    a) Tratamiento de lesiones sufridas en un accidente, siempre que éste ocurra mientras la persona esté asegurada y que sea proporcionado dentro de los seis (6) meses después de tal accidente.
    b) Tratamiento de alteraciones físicas congénitas en un niño que nazca mientras el padre o madre estén cubiertos con Seguro para dependientes, hasta el límite máximo indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

11. Gastos por tratamientos médicos y compra de medicamentos prescritos con fin cosmético incluyendo pero no limitándose a tratamientos para el acné, melasma, cloasma facial y foliculitis, sin importar su origen, pigmentación o despigmentación de la piel, cicatrices, calvicie y/o alopecia areata, dermatitis ceborreica del cuero cabelludo y efluvio telógeno. Productos de líneas cosméticas sustitutos de los productos normales de uso diario como jabones, cremas humectantes y/o bloqueadores solares, lociones, cremas hidratantes, tónicos, despigmentantes, hemolientes andolvalurónico.

12. Gastos por circuncisión (postectomía) y/o sus consecuencias y complicaciones, siempre y cuando no sea médicamente necesario

13. Cualquier gasto efectuado por el acompañante del paciente, ya sea en el hospital o fuera de éste.

14. Servicios suministrados en un hospital que pertenezca a Instituciones del Estado o al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Instituciones de Seguro Social, o por cualquier otro servicio o atención médica gratuita o tratamientos en el cual los gastos se reembolsen por otra entidad o plan de seguro; con el entendido que en cualquier momento el Asegurado podrá recurrir a los beneficios cubiertos por esta póliza.

15. Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos o quirúrgicos prestados al Asegurado como consecuencia de no poder concebir por medios naturales, infertilidad, inseminación artificial.

16. Gastos por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, disfunción o insuficiencia sexual, cualquier tipo de medicamentos o dispositivos anticonceptivos.

17. Los gastos incurridos por el tratamiento de cualquier enfermedad o accidente, así como sus consecuencias, siempre que tal enfermedad o accidente haya sido ocasionado por alguna lesión causada a sí mismo o por lesiones causadas a través de terceros con el consentimiento del Asegurado, estando o no el Asegurado en el uso de sus facultades mentales, incluyendo lo siguiente:
    a) Suicidio o intento de suicidio.
    b) Uso voluntario o involuntario o indebido de drogas, narcóticos o alcohol.
    c) Cualquier condición o desorden adictivo.
    d) Abuso en el uso de medicamentos, incluyendo los que sean prescritos por un médico autorizado para ejercer la medicina.
    e) Mutilación voluntaria.
    f) Riña.

18. Gastos necesarios para el tratamiento médico de alcoholismo o drogadicción y/o sus consecuencias crónicas/graves por el abuso de consumo.

19. Lesiones o enfermedades causadas en actos de guerra (sea ésta declarada o no), participación en motín o tumulto popular, lesión o enfermedad a consecuencia de insurrección, terrorismo, rebelión o violencia política en general, sea con participación voluntaria o no.

20. Tratamientos médicos o quirúrgicos por Control de Peso, sobrepeso u Obesidad, control dietético, consultas o planes de nutrición para cualquier condición o enfermedad, raquitismo, bulimia, anorexia. Así como cualquier tratamiento, cirugía o programa para desviación gástrica o procedimiento de reducción gástricas, cirugía bariátrica.

21. Aquellos cargos por procedimientos, servicios o suministros que no llenan los requisitos aceptables establecidos en la práctica Médica o la Ciencia Médica, incluyendo cargos por procedimientos naturales, servicios o suministros de naturaleza experimental o que formen parte de protocolos de investigación, cualquier gasto por honorarios y/o tratamiento de medicina alternativa, así como medicamentos con indicaciones fuera de etiqueta.

22. Productos clasificados como vitaminas o suplementos alimenticios y/o dietéticos que sean de uso preventivo.

23. Curas o cuidados de reposo, convalecencia, curas o cuidados en custodia o períodos de cuarentena o aislamiento.

24. Toda intervención médica incluyendo estudios de diagnósticos, tratamientos médicos, quirúrgicos, terapias, relacionados a: Trastornos del aprendizaje, habilidades motoras, comunicación, generalizados del desarrollo, por déficit de atención y comportamiento perturbador, ingestión y conducta alimentaria, tics, de eliminación, del estado de ánimo, psicóticos, de personalidad, neurocognitivos mayores y menores, lenguaje y habla, y cualquier otro trastorno mental sin especificación. Los gastos incurridos por los conceptos a que se refiere el presente inciso tendrían cobertura si son a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza y recomendados por el médico relacionado a las patologías en mención, siempre y cuando se informe a la Aseguradora de dicho diagnóstico en los primeros seis meses posteriores al accidente.

25. Gastos relacionados con pero no limitados a, Andropausia (Hipoandrogenemia, Hipogonadismo, Testosterona baja); Menopausia (Hipoestrogenemia); Climaterio.

26. Pubertad Precoz, Adelantada, Temprana o Acelerada, esta será cubierta únicamente en los casos que por edad establecida por la OMS aplique.

27. Tratamientos de los maxilares de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula incluyendo pero no limitado a cirugía ortognática para el tratamiento de hiperplasia e hipoplasias de la mandíbula superior e inferior , cirugía maxilofacial en general, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneomandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula conectando el hueso de la mandíbula y el cráneo y el complejo de músculos,

nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación. También se excluye cualquier tratamiento relacionado directa o indirectamente con ortodoncia e implantología.

28. Cargos por atención que excedan los niveles de “Razonables, Usual y Acostumbrados” (RUA), establecidos por la Aseguradora.

29. Toda intervención médica incluyendo estudios de diagnósticos, tratamientos médicos, quirúrgicos, terapias, relacionados a: Problemas y desórdenes del sueño, tales como ronquidos, insomnio o apnea del sueño (interrupción temporal de la respiración durante el sueño). Problemas de ansiedad, stress que incluya terapia sustitutiva (hormonas oral o inyectada, parches).

30. Los gastos incurridos para el tratamiento de lesiones que sufra el Asegurado 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, o a consecuencia de actos imprudentes y/o temerarios o que por su naturaleza están fuera del dominio de seguridad de aplicación. También están excluidas las lesiones originadas mientras el Asegurado viaje como piloto o como cualquier otro personal o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio regular de traslado de pasajeros.

31. Los gastos incurridos para el tratamiento de lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de deportes extremos, cuando se practiquen como deporte profesional o semiprofesional incluyendo pero no limitados a: bunging, canoping, alpinismo, paracaidismo, buceo, clavado aéreo o cualquier tipo de deporte de aviación como paragliding, velideltismo o parapenting.

32. No se cubren gastos por honorarios de nutricionista.

33. No se cubre gastos por la adquisición de los siguientes equipos o aparatos: CPAP, esfigmomanómetro, aparatos para fisioterapia o rehabilitación física, zapatos ortopédicos, barras ortopédicas, plantillas ortopédicas, almohadas, colchones, cojines.

34. Reemplazo de prótesis fijas o removibles y de prótesis externas o implantes, excepto cuando la inserción de la prótesis original ha sido cubierta bajo los términos de esta póliza.

35. Cualquier gasto de Donantes de órganos, previos a la intervención quirúrgica de donación, incluyendo pero no limitado a estudios de compatibilidad y procedimientos quirúrgicos.

36. Los costos de la criopreservación, la preservación de la médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, o cualquier otro tejido o célula. excepto lo indicado en el numeral 16 de los Gastos Cubiertos 3.5.

37. Cargos por transporte del Asegurado, excepto por servicios de ambulancia local y de acuerdo a lo estipulado en los Beneficios Elegibles de estas Condiciones Generales.
38. Gastos por ambulancia aérea que excedan el límite establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza o que no cumpla con lo estipulado en los Beneficios Elegibles de estas Condiciones Generales.

39. Gastos por enfermedades catalogadas como pandemias o epidemias por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y organismos internacionales de Salud (OPS, OMS).

40. Todos los cargos en exceso al límite del monto de los beneficios estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

41. Cualquier servicio y tratamiento prestado u ordenado por un familiar en primer y segundo grado de consanguinidad o afinidad, incluido pero no limitado al cónyuge, padres, hermanos, hijos o por otra persona que regularmente reside en el domicilio del Asegurado; o cualquier tratamiento prestado en una institución o clínica que sea propiedad o que esté bajo la supervisión del Asegurado o de un familiar tal como se describe en este párrafo, salvo que los servicios o tratamientos hayan sido previamente autorizados por la Aseguradora.

42. Servicios, procedimientos y tratamientos que no sean médicamente necesarios para la recuperación del Asegurado: Peluquería y barbería, compra o alquiler de artículos para la comodidad personal (radio, televisión, aire acondicionado, vaporizador, humedecedor, equipo para hacer ejercicios o similares). El uso médicamente innecesario de dispositivos correctivos, equipos, aparatos médicos y de uso personal (almohadas, inodoros portátiles, etc.).

43. Complicaciones médicas relacionadas con cualquier condición excluida por esta Póliza.

44. Servicio de enfermería que exceda de noventa (90) días fuera de un hospital.

45. Pruebas para determinar alergias.

46. Gastos de maternidad, embarazo, aborto natural, parto normal, cesárea, gastos del recién nacido, complicaciones del recién nacido, enfermedades congénitas, a menos que estén descritas en cuadro de beneficios de la carátula de la póliza y hasta el límite establecido en dicho cuadro.

CLÁUSULA 5. PRIMAS

5.1 PAGO DE LAS PRIMAS:

El Solicitante se compromete a pagar las primas correspondientes de esta póliza por anticipado a la Aseguradora. Las primas vencerán y serán pagaderas según se especifique en la carátula de la Póliza; sin embargo, por mutuo acuerdo entre el Solicitante y la Aseguradora, se puede modificar la forma de pago en las primas.

La prima correspondiente a esta póliza será igual a la suma de las primas parciales estipuladas en sus Anexos. Queda entendido y convenido que la Aseguradora sólo podrá variar las primas en las fechas del aniversario de la póliza, previo aviso con treinta (30) días de anticipación; o cuando a solicitud de El Asegurado y durante la vigencia, se dé de alta en la póliza a algún Asegurado dependiente.

5.2 PERÍODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS:

El Solicitante tiene un plazo de treinta (30) días calendario contados a partir del día de pago de la prima, para hacerla efectiva. El período 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 paga la prima antes de la expiración del período de gracia, la póliza caducará en la fecha de vencimiento de la prima y la Aseguradora queda liberada de la responsabilidad que se derive de esta póliza y de cualquier evento posterior a dicha fecha. Si el Asegurado presenta alguna reclamación durante el plazo de treinta (30) días calendario de gracia, tendrá que pagar previamente la prima para estar al día en sus pagos al momento del siniestro.

5.3 MODALIDAD DEL PAGO DE PRIMA:

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.

CLÁUSULA 6. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

Toda omisión o declaración falsa o inexacta da derecho a la Aseguradora para terminar el contrato de seguro en todos sus efectos, debiendo la Aseguradora dar aviso al Asegurado, por escrito, conforme lo dispuesto por el Artículo novecientos ocho (908) del Código de Comercio.

Así como también lo indica el Artículo un mil diez (1010) del referido cuerpo legal, Indisputabilidad, que literalmente indica: “Las omisiones o inexactas declaraciones del solicitante del seguro, diversas de las referentes a la edad del Asegurado, dan derecho al Asegurador para dar por terminado el contrato pero dicho derecho caduca, si la póliza ha estado en vigor, en vida del Asegurado, durante dos (2) años a contar de la fecha de su perfeccionamiento o de la última rehabilitación.”.

Y contemplando el contenido del primer párrafo del Artículo un mil once (1011) del mismo Código, Edad Inexacta: “Si se declaró inexactamente la edad del Asegurado, el Asegurador sólo podrá dar por terminado el contrato, si la edad real estuviere fuera de los límites de admisión fijados por el propio Asegurador.”.

CLÁUSULA 7. RECLAMACIONES Y PAGO DE SINIESTROS

7.1 AVISO DE SINIESTRO:

Tan pronto como el Asegurado tenga conocimiento de la realización del siniestro, deberá comunicarlo a la Aseguradora, en un plazo de cinco (5) días.

En caso del fallecimiento del Asegurado Titular, el aviso debe ser realizado por los beneficiarios designados.

7.2 PRUEBA DE RECLAMACIÓN:

La Aseguradora suministrará los formularios para la presentación de la prueba de reclamación. Los formularios deben llenarse y devolverse a la Aseguradora dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de haber sido completados.
La falta de envío del aviso de siniestro o de la prueba de reclamación, dentro de los límites de tiempo estipulados anteriormente, no invalidará o reducirá la reclamación si se demuestra que no fue razonablemente posible a juicio de la Aseguradora dar tal aviso o prueba y, que el aviso y prueba se dieron tan pronto como fue razonablemente posible.

La Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones:
1. Si se omite el aviso del siniestro con la intención de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias.
2. 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.
3. Si, con igual propósito, no se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro o la prueba de pérdida.

7.3 EXÁMENES FÍSICOS Y NECROPSIA:

La Aseguradora podrá, bajo su costo, hacer examinar al Asegurado cuya enfermedad o pérdida es la base de la reclamación, las veces que lo estime razonablemente necesario con el objetivo de determinar si procede o no el reclamo. Asimismo, podrá solicitar su autopsia (en caso de fallecimiento) y tendrá acceso a la información contenida en expedientes y dictámenes médicos, reportes forenses y expedientes judiciales, así como a recibir testimonio del Asegurado y/o terceros y solicitar estudios adicionales. Toda la información recibida de esta forma por la Aseguradora será revelada únicamente a los funcionarios estrictamente necesarios para el procesamiento de los reclamos, y será mantenida en total confidencialidad.

7.4 PAGO DE RECLAMACIÓN:

La compañía pagará la indemnización que corresponde en virtud de esta póliza, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de presentada la documentación que establezca la Compañía. La indemnización antes indicada, se pagará al hospital u otros proveedores, al Asegurado, al Asegurado Titular (en caso de fallecimiento de uno de los dependientes) o a sus Beneficiarios (en caso de fallecimiento del Asegurado Titular), según corresponda la cobertura.

7.5 PRESCRIPCIÓN Y ACCIÓN LEGAL:

Todos los derechos y acciones que 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. De acuerdo a lo estipulado en el Código de Comercio Artículo 916.

Ninguna acción legal podrá ser presentada contra la Aseguradora para lograr el pago de una reclamación a menos que haya transcurrido un período mayor de 30 días contados a partir de la fecha en que la prueba de reclamación ha sido suministrada de acuerdo con los requisitos de la Póliza.

7.6 BENEFICIOS DURANTE EL PERÍODO DE CARENCIA

Esta póliza tiene un Período de Carencia de ciento veinte días (120) calendario, comenzando a partir de la fecha de inicio de cobertura del asegurado, durante el cual solamente estarán cubiertas las Enfermedades o Lesiones causadas por un Accidente ocurrido durante este período o las Enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período. Cualquier Enfermedad o Lesión, no causada por un Accidente o una Enfermedad de origen infeccioso, que se presente durante este periodo quedará excluida.

ELIMINACIÓN DEL PERÍODO DE CARENCIA: Este período podrá ser eliminado a discreción de la Aseguradora de acuerdo a las siguientes condiciones:

1. Que el asegurado haya estado cubierto con anterioridad a la vigencia de esta póliza, con una póliza de Gastos Médicos Mayores Internacional, comparable en coberturas y beneficios con esta póliza, que haya tenido al menos un año de vigencia con cobertura continua y haya estado vigente inmediatamente anterior a la fecha de inicio de vigencia y cobertura de esta póliza.
2. Que la Solicitud de Seguro de esta póliza haya sido presentada y aprobada por la Aseguradora, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de vencimiento o de cancelación de vigencia de la póliza anterior.
3. Que el seguro anterior haya sido declarado en la Solicitud de Seguro de la presente póliza y la Aseguradora reciba a su satisfacción, una copia de la póliza y recibo del pago de la prima del año que vence de la póliza anterior.

CLÁUSULA 8: RESPONSABILIDADES DEL ASEGURADO

8.1 DEDUCIBLE ANUAL:

a) Se aplicará un (1) Deducible Anual por año póliza por Asegurado definido en el cuadro de beneficios de la póliza.
b) Para las pólizas donde hay deducible familiar, se aplicará el máximo el Deducibles estipulados en el cuadro de beneficios de la póliza.
c) Se aplicará un deducible catastrófico por familia en caso de accidente.

8.2 PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO DESPUÉS DE DESCONTADO EL DEDUCIBLE:

La Participación del Asegurado será aplicada después que el Asegurado pague el deducible de acuerdo a lo indicado las Condiciones Particulares de la Póliza.

8.3 MONTO DE PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO:

El monto de Deducible, Copagos y Coaseguros indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza es neto. El monto de los impuestos aplicables sobre Deducible, Copagos y Coaseguros es a cuenta del Asegurado.

8.4 MONTO DE PARTICIPACIÓN DE LA ASEGURADORA:

La Aseguradora se limita a cubrir su participación en un siniestro hasta el monto máximo indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

CLÁUSULA 9: VIGENCIA

9.1 VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

La responsabilidad de la Aseguradora comienza a las cero (0) horas, hora oficial de Guatemala de la Fecha de Inicio de Vigencia consignada en la Carátula de la Póliza y termina a las veinticuatro horas (24:00:00), hora oficial de Guatemala de la Fecha de Fin de Vigencia consignada en la Carátula de la Póliza.

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

9.2 FECHA DE INICIO DE COBERTURA:

La Cobertura comenzará para el Asegurado Titular y Asegurados Dependientes en la fecha en que la solicitud de cada uno de ellos sea aprobada por la Aseguradora.

9.3 FECHA DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

Para el Asegurado Titular:
La cobertura terminará en la más temprana de las fechas siguientes:

1. La fecha en que el Asegurado Titular deje de cumplir con los requisitos de elegibilidad descritos en cláusula 10 de estas Condiciones Generales;
2. La fecha de fin de vigencia indicada en la Carátula de la Póliza.
3. Después de treinta (30) días calendario contados desde la fecha de vencimiento de cada prima posterior a la inicial que resultare no pagada.
4. La fecha del fallecimiento del Asegurado Titular.
5. La fecha en que el Asegurado Titular notifique por escrito su deseo de renunciar a la cobertura.
6. La fecha en que la Aseguradora que compruebe una falsa declaración u omisión de información.

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

1. En la fecha en que termine el seguro del Asegurado Titular por cualquier causa.
2. En la fecha de fallecimiento del Dependiente del Asegurado Titular.
3. En la fecha en que alguno de los hijos dependientes no cumpla con los requisitos establecidos para los mismos en la descripción de hijos dependientes.
4. En la fecha de terminación de la Póliza.
5. En la fecha en que se termine la relación de parentesco con el Asegurado Titular.
6. En la fecha en que el Asegurado Titular notifique por escrito su deseo de renunciar a la cobertura del Asegurado Dependiente.
7. La fecha de edad de terminación de los dependientes hijos.

CLÁUSULA 10: ELEGIBILIDAD

10.1 REQUISITOS BÁSICOS DE ELEGIBILIDAD:

Serán elegibles para participar en este seguro cualquier persona y sus dependientes, que se encuentren dentro de los límites de edad establecidos por la Aseguradora en las Condiciones Particulares de la Póliza y que presenten una solicitud por escrito, suministrando pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Aseguradora, sin costo alguno para ésta y dicho seguro entrará en vigor en la fecha que la Aseguradora determine.

10.2 CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD:

El Asegurado Titular y sus Asegurados Dependientes deben cumplir con los siguientes requisitos para ser elegibles:

1. Tener su País de Residencia dentro de la República de Guatemala;
2. No ser mayor de la edad que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza, al momento de solicitar el seguro;
3. Pagar la prima correspondiente.

10.3 DEPENDIENTES ELEGIBLES:

1. Cónyuge legítimo del Asegurado Titular o al Conviviente del Asegurado Titular.
2. Hijo(a) natural, hijastro, o legalmente adoptado(a) soltero(a) del Asegurado Titular, siempre y cuando el hijo dependa económicamente del Asegurado Titular y conviva con él.
3. Hijo(a) soltero(a) menores de veinticinco (25) años de edad y matriculado como estudiante a tiempo completo en un colegio o universidad acreditada y que no sea empleado(a) a tiempo completo.
4. 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.
5. Los límites de edad que se aplican a los dependientes hijos, no se aplicarán a ninguno que dependa de este para su sustento y manutención porque se encuentre imposibilitado de trabajar a consecuencia de una capacidad especial, que ocurriese antes de alcanzar la edad límite y mientras estuviese asegurado por esta Póliza.

10.4 PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN:

Todos los familiares Dependientes asegurados bajo el beneficio de Gastos Médicos, que dejen de estar asegurados de acuerdo con las condiciones de terminación de esta póliza, tienen derecho a solicitar su inclusión como Asegurados Titulares, si presentan por escrito tal solicitud, sin necesidad de presentar pruebas de asegurabilidad, siempre que se cumpla con los siguientes requisitos:

1. Que la condición de terminación del seguro individual no se haya suscitado por falta de pago de primas y por omisiones o declaraciones inexactas.
2. Que haya estado asegurado bajo la póliza individual del Asegurado Titular como mínimo un año ininterrumpido.
3. Que su solicitud la presente a la Aseguradora dentro de los 30 días contados a partir de la terminación de su seguro individual.
4. Que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión establecidos por la Aseguradora para los seguros individuales.
5. Que la suma asegurada para Gastos Médicos y Plan Dental no sea superior a la que tenía asignada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

10.5. RECIÉN NACIDO:

Los hijos recién nacidos tendrán derecho a inclusión al seguro a partir del primer día de su nacimiento, para lo cual el Asegurado Titular deberá suministrar pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Aseguradora, sin costo alguno para ésta y dicho seguro entrará en vigor en la fecha que la Aseguradora determine.

Si el nacimiento es consecuencia de una maternidad cubierta, el recién nacido tiene derecho a estar asegurado en la Póliza del Asegurado Titular desde el primer día de su nacimiento, siempre que sea reportado para su inclusión en la póliza dentro de los 30 días siguientes a su nacimiento, presentando la documentación correspondiente para inclusión de dependientes hijos.

CLÁUSULA 11: RENOVACIÓN

La Póliza será renovada cada año en el aniversario de la Fecha Fin Vigencia de la Póliza, sujeto a las provisiones de la Póliza en vigor para la fecha de la renovación. El período inicial de cobertura no puede exceder de doce (12) meses. El Asegurado Titular, sin embargo, puede solicitar la renovación de la cobertura. El período de renovación no puede ser de más de doce (12) meses. Las renovaciones estarán sujetas a las definiciones, términos y condiciones vigentes al momento de cada renovación. La Aseguradora se reserva el derecho de alterar y/o enmendar por categoría los términos, condiciones, tarifas, descuentos y/o recargos en cada fecha de renovación de la Póliza y de aplicar dichas alteraciones y/o enmiendas a todas las Pólizas nuevas y de renovación.

CLÁUSULA 12: ARBITRAJE (RESOLUCIÓN DE ASUNTOS LITIGIOSOS)

Cuando surja alguna diferencia entre el Asegurado y la Aseguradora, será sometida a procedimiento de arbitraje Guatemalteco de conformidad con las leyes de la República de Guatemala y el "Reglamento del Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Guatemala", siendo la sede del arbitraje el municipio y departamento de Guatemala observándose las reglas siguientes:

1. Si el rechazo de la reclamación por la Compañía se fundase en la prescripción de las acciones que se deriven de la póliza, o en los alcances de su cobertura, o en cualquier otro asunto puramente de derecho, el asunto será sometido a un Tribunal Árbitros de Derecho.

2. Si el Asegurado estuviere inconforme con el monto del ajuste formulado por la Compañía, el asunto será sometido a un Tribunal de Árbitros de Equidad.

CLÁUSULA 13: NOTIFICACIONES

Todas las notificaciones requeridas por esta Póliza serán dadas por escrito. Si la notificación es para el Asegurado Titular, ésta será enviada al Asegurado Titular y/o a su intermediario de seguro; y debe ser dada a la Aseguradora, debe ser enviada a su oficina principal.

CLÁUSULA 14: REHABILITACIÓN

Si la Aseguradora cancela la Póliza por falta de pago, la Aseguradora a su discreción podrá considerar la rehabilitación de la Póliza, después de haber recibido el formulario debidamente lleno y firmado por el Asegurado Titular, mismo que será evaluado por la Aseguradora. La solicitud de rehabilitación deberá ser presentada dentro de los sesenta (60) días calendario posterior a la fecha de caducidad de la Póliza. No se considerará ninguna solicitud de rehabilitación si se presenta después de transcurridos los sesenta (60) días calendario.
La presentación del formulario de rehabilitación no obliga a la Aseguradora a aceptar el riesgo. La Aseguradora dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la presentación del formulario confirmará o denegará la solicitud de rehabilitación. En caso de aceptarse la rehabilitación queda sujeta a lo siguiente:

1. Al pago de la prima correspondiente.
2. Únicamente se cubrirán los eventos que resulten de lesiones sufridas inmediatamente después de la fecha de rehabilitación y aquellos que resulten de enfermedades que se manifiesten a partir de la fecha de Inicio de Cobertura de la rehabilitación.

CLÁUSULA 15: CANCELACIÓN O TERMINACIÓN ANTICIPADA

La Aseguradora podrá cancelar la póliza si la prima no es pagada después del período de gracia de pago de las primas. El Asegurado Titular podrá cancelar la Póliza, comunicando con treinta (30) días calendario de anticipación

por escrito, en cuyo momento la Aseguradora hará un cálculo de la prima no devengada (si la hubiere) para reembolsar al Asegurado Titular.

CLÁUSULA 16: MONEDA

Todos los valores mencionados en esta póliza son en la moneda estipulada en la carátula de la póliza. El tipo de cambio utilizado para pagos de facturas emitidas en cualquier otra moneda que no sea dólares estadounidenses (USD), estarán calculados de acuerdo con al tipo de cambio publicado diariamente por el Banco de Guatemala.

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

ANEXO I
COBERTURA DE MATERNIDAD Y BENEFICIOS

Póliza No.: Vigencia del: al:

1. MATERNIDAD

En adición a la cobertura de Gastos Médicos de la póliza arriba descrita y con el pago de prima adicional, los gastos ocasionados por maternidad y complicaciones del embarazo, de acuerdo a los límites establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, exclusivamente para el Asegurado Titular o su Dependiente Cónyuge, considerando como gastos elegibles para este beneficio los honorarios médicos, ultrasonidos, pruebas de laboratorio, vitaminas y los gastos hospitalarios correspondientes al parto o el aborto no provocado, cesárea no electiva y complicaciones del embarazo, que sean médicamente necesarios.

El período de espera para la cobertura de maternidad está establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

LAS COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO Y/O ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS estarán cubiertas, siempre que cumplan con las siguientes condiciones:

a. Que el nacimiento sea consecuencia de una maternidad cubierta por la póliza.
b. Que los gastos no excedan el Límite máximo establecido para este beneficio, el cual se indica en el las Condiciones Particulares de la Póliza.

Este beneficio no implica la aceptación automática por parte de la Aseguradora del o los dependientes, se debe completar la papelería de inclusión dentro del tiempo límite establecido en las Condiciones Generales de la póliza.

2. COMPLICACIONES RECIÉN NACIDO

Los gastos médicos necesarios para el tratamiento de las complicaciones del Recién Nacido, por parto prematuro, por enfermedades, siempre que cumplan con las siguientes condiciones:

a) Que el nacimiento sea consecuencia de una maternidad cubierta por la póliza.
b) Que los gastos no excedan el Límite máximo establecido para las Complicaciones del Recién Nacido, el cual se indica las Condiciones Particulares de la Póliza.
c) Que las complicaciones, enfermedades, defectos o desórdenes sean diagnosticados y tratados mientras el recién nacido no haya egresado del hospital, siempre que el seguro de la madre o ambos padres se encuentre en vigor. Después de haber egresado del hospital no corresponde ningún pago adicional para este beneficio.

3. ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS.

Los gastos médicos necesarios para el tratamiento de las enfermedades, padecimientos, defectos o condiciones congénitas, siempre que los gastos no excedan del Límite Máximo establecido para las Condiciones Congénitas.

Este Límite Máximo se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza y es aplicable de la siguiente forma:

a) Para todo hijo que haya nacido bajo la cobertura de la madre o ambos padres, la cobertura es inmediata a partir de la fecha de su nacimiento, toda vez sea incluido en la póliza de los padres.

b) Para todo hijo dependiente que sea diagnosticado hasta antes de los dieciocho (18) años, el máximo vitalicio está establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza

c) Para todos los demás asegurados y mayores de dieciocho (18) años, tendrá cobertura después de doce (12) meses de cobertura continua como cualquier otra incapacidad.

4. EXCLUSIONES

a) No se cubren gastos por control del niño sano y vacunas cuando no se establezca cobertura en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza y de acuerdo a las vacunas aprobadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

b) Complicaciones de embarazos o Recién Nacido que resulten por el uso de métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad.

c) Terminación voluntaria del embarazo, excepto cuando el mismo ponga el peligro la vida de la madre.

d) Cuidados de maternidad y del recién nacido y sus complicaciones, que estén relacionadas con un embarazo no cubierto por esta póliza.

e) Gastos incurridos, ocasionados por embarazo, parto, aborto, cesárea, antes del cumplimiento del periodo de espera.

f) Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos o quirúrgicos prestados al asegurado como consecuencia de no poder concebir por medios naturales, infertilidad, inseminación artificial.

SEGUROS G&T, SOCIEDAD ANÓNIMA.

_____

REPRESENTANTE LEGAL.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

ANEXO II

COBERTURA DE VIDA

Póliza No.: Vigencia del: Al:

En adición a la cobertura de Seguro de Gastos Médicos de la póliza arriba descrita, se adhiere el presente anexo de cobertura de Vida, el cual se limita a dar cobertura por muerte por cualquier causa del Asegurado principal, y Cónyuge siempre y cuando solicite la cobertura por escrito y pague la prima correspondiente, hasta el monto indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, siéndole aplicables el numeral 10.2 condiciones de elegibilidad,10.4 Privilegio de conversión aplicable a Familiares Dependientes y cláusula 6. omisiones o inexactas declaraciones de las Condiciones Generales.

Adicionalmente son aplicables las siguientes cláusulas:

1. SUICIDIO:

En caso de muerte de cualquiera de los asegurados por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, sea cual fuere la causa y el estado mental o físico de los Asegurados, el pago único y total que hará la Aseguradora por dicha cobertura, será la suma de las primas respectiva percibidas por la Aseguradora, correspondiente a este período de tiempo.

2. BENEFICIARIOS:

Es derecho exclusivo de los Asegurados designar a un tercero como beneficiario y modificarlos cuando así lo deseen.

Al ocurrir el fallecimiento de cualquiera de los Asegurados, el Seguro será pagado a la(s) persona(s) que él haya designado como beneficiario en formulario suministrado por la Aseguradora o en uno satisfactorio a ésta y que esté registrado como tal en la Aseguradora.

Los Asegurados podrán designar al Beneficiario o los Beneficiarios de la Póliza y tendrá derecho de “clasificarlos” como “Primer Beneficiario”, “Segundo Beneficiario” o “Tercer Beneficiario”. Podrá designarse a uno o más Beneficiarios en cada una de tales clasificaciones.

Cuando la Aseguradora deba hacer algún pago al Beneficiario en conformidad con esta cobertura, lo hará sólo al Primer Beneficiario, si viviere alguna persona de las incluidas en esta clasificación; si no, al Segundo Beneficiario, si viviere alguna persona de las incluidas en esta clasificación; y en defecto de Primer y Segundo Beneficiario, al Tercer Beneficiario, si viviere alguna persona de las incluidas en dicha clasificación. En defecto de Beneficiario, el pago se hará a los Herederos Legales del Asegurado.

Cualquier Asegurado, mientras se halle cubierto bajo esta cobertura, puede cambiar de beneficiario en cualquier momento, sin tener que notificar a dicho beneficiario o beneficiarios ni obtener su consentimiento, excepto en caso de beneficiarios irrevocables, presentando a la Aseguradora mediante el Contratante, una notificación escrita con tal fin, en un formulario suministrado por la Aseguradora o en uno satisfactorio a ésta.

El reconocimiento de haber efectuado el cambio, se lo suministrará la Aseguradora al Asegurado titular por medio de un Anexo para que sea adjuntado a la Póliza del Asegurado. Dicho cambio surtirá sus efectos a partir de la fecha en que la Aseguradora reciba el cambio de beneficiario, siempre que el Asegurado esté vivo en esa fecha.

Si cualquier beneficiario designado fallece antes del Asegurado, quedará terminado el derecho de tal beneficiario, y en ese caso, la parte que le correspondía a él será pagada en porciones iguales a aquellos beneficiarios que sobrevivan al Asegurado, según grupo de clasificación al que corresponda el pago del beneficio. De no vivir ningún

beneficiario en la fecha de fallecimiento del Asegurado, el beneficio se pagará a los herederos del Asegurado, salvo el caso de beneficiarios irrevocables, cuyo derecho se transmite a los herederos de este beneficiario.

3. REDUCCIÓN DE BENEFICIOS:

Cuando el Asegurado alcance las edades indicadas en el Cuadro de Beneficios, la Suma Asegurada se reducirá a la cantidad allí especificada.

SEGUROS G&T, SOCIEDAD ANÓNIMA.

_____

REPRESENTANTE LEGAL.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número _____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.