

SEGURO ATENCIÓN MÉDICA DE PRIMER NIVEL EN EL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN MÉDICA –CIAM- INDIVIDUAL

CONDICIONES GENERALES

- I. **CONTRATO.** La solicitud, carátula, condiciones generales y anexos constituyen el contrato de seguro suscrito entre el Asegurado y Seguros G&T, Sociedad Anónima (en adelante llamada la Compañía). 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, al recibir la presente póliza debe cerciorarse que la misma concuerde con la solicitud presentada a la Compañía, en cumplimiento de lo establecido en los primeros dos (2) párrafos del artículo seiscientos setenta y tres (673) del Código de Comercio, los que textualmente establecen:

"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. (...)"

II. DEFINICIONES:

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 en cualquier lugar que se utilice en la póliza y prevalecerá sobre el sentido natural del término.

1. **Accidente:**

Es toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el Asegurado, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.

2. **Ambulancia terrestre:**

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

3. **Asegurado:**

Persona que tiene derecho a los beneficios que otorga esta Póliza, así como el cumplimiento de las obligaciones expresadas en la misma. La calidad de asegurado la ostentarán el asegurado principal y dependientes quienes cumplen con los requisitos de elegibilidad.

4. **Asegurado Principal:**

Es la persona que solicita el seguro para sí mismo y sus dependientes elegibles.

5. **Atención Médica de Primer Nivel:** Es la asistencia médica sanitaria esencial accesible a la población. La que se encuentra estructurada por los servicios de consulta externa, servicios de estudios de diagnóstico, y atención de urgencias.

6. **Atención Médica de Segundo y Tercer Nivel:** Son cuadros médicos que presenta un paciente con alta complejidad y severidad con probabilidad de riesgo de pérdida de la vida y deberá ser atendidos medicamente, lo que generará Gastos Médicos, Honorarios Médicos. Son las atenciones que no son lo considerado como Atenciones Médicas de Primer Nivel.

7. **Suma Asegurada:** Es el monto máximo que la Compañía pagará por las atenciones médicas, indicadas como cobertura en la solicitud y carátula de la póliza.

8. **Centro Integral de Atención Médica, Sociedad Anónima – CIAM:** Entidad que presta servicios de Atención Médica de primer nivel, en las distintas sedes a nivel nacional.

9. **Conviviente:** Persona que tiene unión de hecho con el asegurado principal, sin estar unidos en vínculo matrimonial.

10. **Copago:** Es la cantidad que le corresponde pagar a el asegurado, por cada Servicio de Atención Médica de Primer Nivel que requiera.
11. **Condiciones congénitas:**
Cualquier rasgo o identidad presente en el nacimiento, adquirido durante el desarrollo intrauterino. Puede ser resultado de un factor hereditario, físico, químico o infeccioso.
12. **Consulta externa:** Atención Médica brindada de forma ambulatoria en consultorios médicos, empresas prestadoras de servicios de salud o médicos individuales.
13. **Dependientes:** Cónyuge, conviviente, así como los hijos menores a veinticinco (25) años de edad, solteros dependientes económicamente de el Asegurado principal y asegurados mediante esta póliza.
14. **Emergencia:** Situación de salud que se presenta repentinamente y que requiere de un tratamiento inmediato o Atención Médica, llevando una alta probabilidad de riesgo de pérdida de la vida.
15. **Enfermedad:** Toda alteración de la estructura o del funcionamiento normal del organismo humano.
16. **Enfermedad Preexistente:** Cualquier enfermedad o padecimiento cuyos signos, síntomas o desarrollo hayan ocurrido antes de la fecha de inicio de la cobertura de el Asegurado y un accidente es preexistente si ocurrió antes de que la cobertura de el Asegurado cobrara vigencia.
17. **Indemnización:** Será resarcida la eventualidad prevista en este contrato de seguros por medio de los servicios de Atención Médica de Primer Nivel, que CIAM preste a el asegurado.
18. **Médico:** Profesional titulado y legalmente autorizado, en la región donde realiza el ejercicio profesional, que no sea familiar de el asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado. Contratado por CIAM.
19. **Período de Carencia:** Es el periodo en el que el Asegurado no está cubierto dentro de la cobertura de la póliza.
20. **Urgencia:** Situación que se presenta repentinamente, con bajo riesgo de pérdida de la vida y puede requerir una Atención Médica dentro de un período de tiempo razonable.

III. COBERTURA:

Esta póliza cubre las enfermedades o accidentes que necesiten las Atenciones Médicas de Primer Nivel y serán atendidas únicamente en el Centro Integral de Atención Médica – CIAM.

Las Atenciones Médicas de Primer Nivel que serán atendidas por el CIAM, son las siguientes:

1. Consultas externas con las especialidades médicas siguientes: Medicina Interna, Ginecología, Pediatría, Traumatología y Gastroenterología.
2. Estudios de Diagnostico: Laboratorios, Rayos X, Ultrasonido y Electrocardiogramas.
3. Farmacia con medicamentos bioequivalentes (medicamento genérico), según disponibilidad en CIAM y,
4. Urgencias.

Se tendrá cobertura de las Atenciones Médicas hasta el monto indicado en el carátula de esta póliza o el máximo de consultas, lo que llegue al límite primero; siempre que la Atención Médica se preste dentro de la vigencia de esta póliza de seguros y las atenciones listadas en esta cláusula sean diagnosticadas por médicos de CIAM.

Periodo de carencia: Cuarenta y ocho (48) horas posteriores a la fecha de contratación.

IV. EXCLUSIONES:

La Póliza no cubre los gastos resultantes de:

- a) Cualquier tipo de padecimiento o condición congénita.
- b) Enfermedades preexistentes.
- c) Cualquier consulta, estudio de diagnóstico o medicamento (incluyendo los suplementos, vitaminas o vacunas), que tengan el carácter preventivo.
- d) Los Servicios de Atención de Segundo y Tercer Nivel.
- e) Gastos derivados de la condición de embarazo.
- f) Cualquier servicio de Atención de Primer Nivel, que se efectúe en un lugar distinto a CIAM o una sede de CIAM.
- g) Tratamientos médicos de Enfermedades en conexión o en presencia de una infección de V.I.H. (Virus de Inmuno Deficiencia Humana) o S.I.D.A. (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida).
- h) Padecimientos que resulten a consecuencia de alcoholismo, toxicómania, drogadicción, cualquier dependencia de sustancias nocivas para la salud.
- i) Emergencias

Asimismo queda excluido todo tipo de reembolso económico.

V. EDAD DE CONTRATACIÓN Y TERMINACIÓN DE COBERTURAS:

Edad mínima de contratación: Dieciocho (18) años de edad cumplidos.
Edad máxima de contratación: Sesenta y cinco (65) años de edad inclusive.

Edad máxima de cobertura: Setenta (70) años de edad inclusive. Luego de esta edad, esta póliza no tendrá validez y efecto. Aplicando esta condición a los dependientes de acuerdo a las edades indicadas en la cláusula de esta Póliza: "VII CLÁUSULAS DE APLICACIÓN GENERAL, 5. Dependientes Elegibles".

VI. RECLAMACIONES E INDEMNIZACIONES:

1. Aviso de Siniestro:

Por la naturaleza de la cobertura, el asegurado deberá presentarse en las instalaciones de cualquiera de las sedes de CIAM, identificándose con su nombre y número de póliza para requerir la Atención Médica de Primer Nivel, cubierta por esta póliza.

2. Exámenes:

La Compañía podrá, bajo su costo, hacer examinar a el Asegurado cuya enfermedad es la base de la reclamación, las veces que lo estime razonablemente necesario con el objetivo de determinar si procede o no la Atención Médica de Primer Nivel. Toda la información recibida de esta forma por la Compañía será revelada por ésta únicamente a los funcionarios estrictamente necesarios para el procesamiento de la Atención y será mantenida en total confidencialidad.

3. Obligaciones de el Asegurado:

Por la naturaleza de la cobertura, si la Atención de primer nivel es procedente, deberá cancelar el copago que corresponda, de acuerdo el tipo de atención de primer nivel recibida, utilizando los copagos indicados en la solicitud y carátula de esta póliza.

4. Pago del Reclamo:

Se resarcirá la eventualidad prevista en este contrato de seguros por medio de la Atenciones Médicas de Primer Nivel prestadas por CIAM.

VII. CLÁUSULAS DE APLICACIÓN GENERAL:**1. Pago de las Primas:**

El Asegurado principal deberá pagar la prima desde el momento de la celebración del contrato o inicio de vigencia del mismo. El pago de una prima solamente conserva en vigor el contrato por el tiempo al cual corresponde dicho pago, la forma de pago de la prima se hará constar en la Solicitud y Carátula de la póliza. En caso de que la prima de la póliza no sea pagada en la fecha de su exigibilidad, la Compañía tendrá derecho a resolver la póliza de conformidad con lo indicado en el numeral dos (2) siguiente.

2. Periodo de gracia para el Pago de Primas:

La Compañía concede un plazo de gracia para el pago de las primas de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima, en el entendido de que durante tal plazo la póliza continuará vigente y en caso de solicitar la atención de primer nivel en ese período, previo cancelación de la Prima pendiente de pago, la Compañía tendrá la obligación de dar la cobertura de la Póliza.

3. Omisiones o Inexactas Declaraciones:

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

Asimismo será aplicable lo establecido en el artículo un mil diez (1010) de la referida norma legal, "Indisputabilidad", que literalmente establece: "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."

Aunado a lo anterior también le será aplicable lo contemplado 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. (...)".

4. Personas Elegibles:

Cualquier persona y sus dependientes pueden ser elegibles para el seguro, siempre y cuando se encuentren dentro de los límites de edad que establece la cláusula "V". La Compañía se reserva el derecho de aceptar o no la inclusión de el Asegurado Principal y/o sus dependientes, así mismo, determinar la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.

5. Dependientes Elegibles:

Podrán ser los siguientes:

- Cónyuge legítimo o conviviente que sea reconocido como tal de el Asegurado principal y haya sido declarado como dependiente en la solicitud: "Designación de Dependientes".
- Los hijos solteros de el asegurado, hijastros e hijos legalmente adoptados que sean mayores de treinta (30) días de nacido, y menores de veinticinco (25) años de edad, a condición de que sean solteros y tengan el mismo domicilio permanente que el Asegurado principal y sean estudiantes a tiempo completo en una institución educativa acreditada. Dichos hijos

deberán depender del Asegurado principal para su sostenimiento y estar registrados en la solicitud: "Designación de Dependientes".

- El Asegurado principal podrá designar como dependiente a niño(s) bajo su cargo siempre y cuando tenga la patria potestad, tutela legal o guardia y custodia del menor.

El Asegurado principal podrá incluir como asegurados dependientes en esta póliza hasta un máximo de cuatro (4) dependientes.

6. Cancelación (Terminación Anticipada):

Esta Póliza podrá ser cancelada por:

- Falta de pago de la prima según la forma de pago pactada.
- A solicitud de el contratante, mediante aviso previo con quince (15) días de antelación a la fecha en que quisiera dar por finalizado el contrato. En este caso la Compañía deberá devolver al contratante y/o asegurado la fracción a prorrata de la prima no devengada.
- Por haberse agotado la suma asegurada.
- Alcanzar el número de Servicios de Atención Médica y
- Por decisión de la Compañía.

7. Resolución de controversias:

Agotada la vía conciliatoria para la resolución de controversias derivadas del contrato, cualquier diferencia que persista entre el Asegurado y la Compañía será sometida a la decisión de los tribunales ordinarios competentes de justicia de la ciudad de Guatemala.

8. Jurisdicción:

El Asegurado y la Compañía renuncian al fuero de sus respectivos domicilios y se someten expresamente a los tribunales ordinarios competentes de justicia de la ciudad de Guatemala, para todo litigio proveniente de este Contrato.

9. Notificaciones:

Cualquier comunicación relacionada con el presente contrato deberá hacerse por escrito por cualquiera de las partes. Las notificaciones se dirigirán al último domicilio registrado.

10. Rehabilitación:

El Asegurado podrá en cualquier momento solicitar la rehabilitación del contrato si éste hubiera cesado en sus efectos por falta de pago de primas, mediante presentación de pruebas y requerimientos de asegurabilidad a la Compañía, y cubriendo en su caso la cantidad que ésta fije, pudiendo la compañía resolver el rechazo de dicha solicitud misma.

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 DE BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD, HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE U HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA

Póliza Número:

Vigencia del: _____ Al: _____

1. BENEFICIO DE HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD, HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE U HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA

Por medio del cobro de prima adicional se establecen las condiciones aplicables para el beneficio de Hospitalización Por Enfermedad, Accidente o Programada, de acuerdo a lo indicado en los artículos que se describen a continuación:

a. Definiciones

Accidente: Es toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el asegurado, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.

Enfermedad: Toda alteración de la estructura o del funcionamiento normal del organismo humano.

Hospital: Es una institución organizada y acreditada de acuerdo con la normativa aplicable que cuenta con instalaciones y autorizaciones para proporcionar servicios a personas enfermas o heridas, inclusive instalaciones para diagnóstico y cirugía. Bajo la supervisión y atención de médicos colegiados y enfermeras, legalmente para ejercer. No son considerados como hospital: Los asilos de ancianos, los hogares para convalecencia y enfermos crónicos y, las casas de reposo, así como instituciones de tratamiento de enfermedades psiquiátricas o y el departamento psiquiátrico de un hospital.

Hospitalización: Es la reclusión de una persona registrada como paciente en un hospital, que haga uso de una habitación o cuarto y su alimentación por un día (comprendido de 24 horas); o más de un día.

Período de Espera: Es el periodo de tiempo en días o meses que el Asegurado debe de esperar posterior al inicio de vigencia de la póliza, para poder utilizar la cobertura o beneficio contratado.

Médico: Profesional titulado y legalmente autorizado, en la región donde realiza el ejercicio profesional, que no sea familiar de El Asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.

b. Beneficios

Este beneficio será pagado por La Compañía cuando, El asegurado o sus dependientes incurran en gastos por habitación en un hospital de la red debido a; Hospitalización por Enfermedad, Hospitalización Programada u Hospitalización por Accidente, siempre que dicha hospitalización haya sido indicada por un médico y su causa sea justificada y sujeto a las siguientes condiciones:

El periodo de espera corresponde a () meses.

Copago por hospitalización Q. _____.

Coaseguro por hospitalización Q. _____.

Límite de cobertura anual por hospitalización Q. _____, únicamente aplica hospitales tipo B por año póliza.

2. MEDICAMENTOS

No obstante lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza, este beneficio no tiene Cobertura para Medicamentos.

3. PADECIMIENTOS RELACIONADOS CON COVID

Se tendrá un periodo de espera de 6 meses calendario, contados a partir del inicio de vigencia de la póliza, para poder presentar reclamos sobre coberturas y beneficios de esta póliza en padecimientos relacionados a COVID- 19.

4. EDAD MÁXIMA DE COBERTURA

No obstante lo indicado en las Condiciones Generales de la Póliza inciso V. Edad máxima de cobertura, esta debe ser hasta los 70 años inclusive.

Los demás términos y condiciones de acuerdo a las condiciones generales de la póliza.

Guatemala, ___ de ____ del _____.

Anexo Resolución Nro. 237-2024 Hoja Nro. 7

SEGUROS G&T, SOCIEDAD ANÓNIMA.

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.