

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE GASTOS MEDICOS INDIVIDUAL

Contrato: La solicitud, la carátula, las condiciones generales, y anexos (condiciones particulares si las hubiere) constituyen el contrato de seguro entre el Asegurado y Seguros G&T, Sociedad Anónima (en adelante denominada "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 esta póliza debe cerciorarse que concuerde con la solicitud presentada a la Compañía, 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. 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 dondequiera que se utilice en la póliza y prevalecerá sobre el sentido natural del término.

- 1.1. Aborto espontáneo:**
Pérdida del producto gestacional ocurrido durante las primeras veinte (20) semanas de forma natural.
- 1.2. Accidente:**
Entenderá por accidente toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el Asegurado, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.
- 1.3. Ambulancia terrestre:**
Vehículo terrestre acreditado por las entidades responsables para el traslado de heridos o enfermos.
- 1.4. Asegurado:**
Persona que tiene derecho a los beneficios de esta Póliza, siendo el Asegurado Principal o Dependientes que cumplen con los requisitos de elegibilidad.
- 1.5. Asegurado Principal:**
Será la persona que solicita el seguro para sí mismo y sus dependientes elegibles.
- 1.6. 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.

- 1.7. Beneficio Máximo Vitalicio:**
Es el monto máximo que la Compañía llegará a indemnizar por gastos médicos elegibles e incurridos por un Asegurado durante el tiempo que esté cubierto ininterrumpidamente por la póliza y sus renovaciones.
- 1.8. Beneficio de cuarto y Alimento diario:**
Se refiere a la cantidad máxima que la Compañía indemnizará por concepto de cuarto y alimentación diario mientras un Asegurado se encuentre recluido en un hospital.
- 1.9. Centro Integral de Atención Médica, Sociedad Anónima – CIAM:**
Entidad que presta servicios de Atención de primer nivel.
- 1.10. 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.
- 1.11. Cirugía:**
Procedimiento quirúrgico mayor o menor, orientado al tratamiento de una enfermedad o accidente.
- 1.12. Deducible:**
Es la cantidad mínima que un Asegurado debe cubrir, por concepto de gastos médicos elegibles incurridos, de acuerdo a la frecuencia, territorialidad y monto, especificados en la carátula de esta póliza, para que los beneficios de la póliza empiecen a ser pagaderos.
- 1.13. Copago:**
Es la cantidad que un Asegurado debe cubrir, por concepto de gastos médicos elegibles incurridos por cada indemnización de acuerdo a la territorialidad y monto especificadas en la carátula de la póliza distinto al "Deducible".
- 1.14. 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.
- 1.15. Coaseguro:**
Se refiere al porcentaje de gastos médicos elegibles que el Asegurado debe cubrir y que no son indemnizables por la póliza, distinto al "Deducible".
- 1.16. Conviviente:**
Persona que tiene unión de hecho con el asegurado principal, sin estar unidos en vínculo matrimonial.
- 1.17. 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.
- 1.18. 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.

1.19. Dependientes:

Cónyuge o conviviente de el Asegurado, hijos solteros y otros familiares dependientes económicamente de el Asegurado Principal menores a veinticinco (25) años de edad, bajo su cargo siempre y cuando tenga la patria potestad, tutela legal o guardia y custodia del menor, incluidos en la Póliza.

1.20. 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.

1.21. 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.

1.22. Enfermedad Preexistente:

Cualquier enfermedad o padecimiento cuyos signos, síntomas o desarrollo hayan ocurrido antes del inicio de la cobertura de el Asegurado y un accidente es preexistente si ocurrió antes de que la cobertura de el Asegurado cobrara vigencia.

1.23. 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.

1.24. Gastos incurridos dentro de la Red:

Gastos médicos incurridos dentro de la red de proveedores de médicos, hospitales y centros de diagnóstico aprobados y contratados por la Compañía y siempre y cuando exista una autorización por escrito por parte de la Compañía.

1.25. Honorarios médicos:

Remuneración otorgada a un médico por la prestación de servicios profesionales médicos o quirúrgicos.

1.26. Hospital:

Es una institución legalmente autorizada como centro médico quirúrgico, la cual provee instalaciones que le permiten diagnosticar o tratar a personas lesionadas y enfermas bajo la supervisión de un personal médico. No son considerados hospitales; los asilos de ancianos, los hogares para convalecencias y cuidado de enfermos crónicos, las casas de reposo, las instituciones de tratamiento de enfermedades psiquiátricas o subnormalidad y los departamentos psiquiátricos intrahospitalarios.

1.27. Incapacidad:

Es toda consecuencia derivada de una enfermedad o accidente, que requiera tratamiento médico y/o quirúrgico.

1.28. Límite de Coaseguro:

Se refiere al pago máximo por concepto de coaseguro que el Asegurado deberá efectuar por incapacidad, de acuerdo a la frecuencia, territorialidad y monto, especificados en la carátula de esta póliza.

1.29. Máximo Vitalicio Disponible:

Es el saldo del beneficio máximo vitalicio menos todas las indemnizaciones realizadas al Asegurado dentro de esta póliza y sus renovaciones.

1.30. 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.

1.31. Parto Normal:

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

1.32. Planes Mundiales:

Se refiere a los planes que cubren los gastos médicos incurridos por un Asegurado en cualquier parte del Mundo.

1.33. Planes Centroamericanos:

Se refiere a los planes que únicamente cubren los gastos médicos incurridos por un Asegurado dentro del territorio Centroamericano (Excluyendo Panamá y Belice).

1.34. Período de Carencia:

Es el periodo en el que un padecimiento no está cubierto dentro de la póliza.

1.35. Razonable, Usual y Acostumbrado:

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.

1.36. Red de Proveedores: Es el conjunto de hospitales, médicos, laboratorios, farmacias y centros de diagnóstico afiliados con la Compañía, que pueden ser utilizados por el Asegurado.

2. 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, siempre que no estén excluidas expresamente en la Cláusula "Gastos No Cubiertos".

Serán reconocidos como gastos cubiertos aquellos que sean razonablemente necesarios para la recuperación o mantenimiento de la salud de el Asegurado.

Se considerará que un gasto cubierto está incurrido en la fecha de suministro del servicio o de la compra de las medicinas.

3. GASTOS NO CUBIERTOS:

Esta Póliza no cubre los gastos resultantes de:

- a) Enfermedades preexistentes.
- b) Los padecimientos congénitos.

- c) Los honorarios médicos o exámenes de laboratorio o chequeos generales, que no estén relacionados ni sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad cubierta en esta póliza.
- d) Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, trastornos de la conducta y/o aprendizaje, cualesquiera que fueren sus manifestaciones clínicas siempre y cuando no sean consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza y recomendados por el médico tratante. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto cuando sean a consecuencia de un accidente que ocurra mientras la persona se encuentra asegurada. La cirugía maxilofacial en general, la cirugía ortognática para el tratamiento de las Hiperplasias, Hipoplasias del maxilar superior e inferior, la disfunción de la articulación temporomandibular.
- e) Cualquier tratamiento relacionado directa o indirectamente con ortodoncia.
- f) Intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico que no sean a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por esta póliza.
- g) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratóconos, queratoplastía, queratotomía radial y tratamientos similares para corregir la visión y/o la audición. Exámenes rutinarios de la vista y oídos, lentes, aros, aparatos auditivos.
- h) Suicidio o cualquier intento del mismo.
- i) Mutilación voluntaria.
- j) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, en exceso del sublímite establecido en la caratula de esta póliza.
- k) Reembolso de Gastos Médicos, Hospitalarios o quirúrgicos prestados a el Asegurado en virtud de cualquier ley de Seguro Social u otra prestación a que tenga derecho el Asegurado.
- l) Servicio de enfermería que exceda de noventa (90) días fuera de un hospital.
- m) Tratamiento médico o quirúrgico para tratar infertilidad, obesidad, bajo peso, talla corta, acné, impotencia sexual, calvicie, menopausia, trastornos del sueño así como cualquiera de sus manifestaciones y/o complicaciones.
- n) Tratamiento médico o quirúrgico de esterilización o control natal.
- o) Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos y los quirúrgicos no aceptados por la ciencia médica o procedimientos naturales, incluyendo medicina natural, medicina alternativa, homeopática y acupuntura y todos aquellos de carácter experimental.
- p) Aquellos medicamentos comprados en una farmacia o establecimiento que no cuente con la autorización respectiva para la venta de medicamentos, por parte de la autoridad correspondiente.
- q) Padecimientos que resulten a consecuencia de alcoholismo, toxicómania, drogadicción, cualquier dependencia de sustancias nocivas para la salud.
- r) En general todos los gastos o servicios que no sean necesarios para la recuperación de la salud de el Asegurado incluyendo compra o alquiler de artículos para la comodidad personal.
- s) Lesiones deportivas cuando éstas ocurran mientras el Asegurado realice éstas actividades con calidad de profesional.

- t) Maternidad, embarazo, complicaciones del embarazo, parto normal, aborto espontáneo u operación cesárea.

4. RECLAMACIONES Y PAGO DE SINIESTROS:

4.1. Aviso de Siniestro:

Tan pronto como el Asegurado, tuviera conocimiento de la realización del siniestro, deberá comunicarlo a la Compañía, en un plazo de cinco (5) días. En caso del fallecimiento de el asegurado el aviso debe ser realizado por el o los beneficiarios designados.

4.2. Prueba de Reclamación:

La Compañía suministrará los formularios para la presentación de la prueba de reclamación. Los formularios deben llenarse y devolverse a la Compañía dentro de los 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 Compañía dar tal aviso o prueba y, que el aviso y prueba se dieron tan pronto como fue razonablemente posible.

4.3. Exámenes:

La Compañía podrá, bajo su costo, hacer examinar a el 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 de el Asegurado y/o terceros y solicitar estudios adicionales. Toda la información recibida de esta forma por la Compañía será revelada únicamente a los funcionarios estrictamente necesarios para el procesamiento de los reclamos, y será mantenida en total confidencialidad.

4.4. Pago de Reclamación:

Los beneficios serán pagaderos al hospital u otros proveedores, a el Asegurado, a el Asegurado Principal (en caso de fallecimiento de uno de los dependientes) o a sus Beneficiarios (en caso de fallecimiento de el Asegurado Principal), según corresponda la cobertura.

4.5. Prescripción:

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 las obligaciones de la Compañía.

4.6. Notificaciones:

La Compañía dirigirá todo aviso o notificación relacionada con la póliza a la última dirección o medio de comunicación que el Asegurado tenga registrado. El Asegurado debe notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio en su dirección o medio de comunicación. En todo caso, se entenderá que la Compañía ha dado aviso o hecho la notificación de que se trate, cuando la notificación se haga a la última dirección registrada o medio de comunicación designado por el Asegurado.

4.7. Procedimientos Legales:

Una vez que se hayan practicado las investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso y no exista desacuerdo en la liquidación e interpretación de las cláusulas de estas condiciones generales, se tendrá el máximo establecido en el artículo 34 del Decreto Número 25-2010 de El Congreso de la República de Guatemala, para realizar el pago de la reclamación; siempre que se cumpla con lo indicado en el numeral 4.5.

4.8. Resolución de asuntos litigiosos:

Cualquier diferencia que surja entre el Asegurado o beneficiario y la Compañía será sometida a la decisión de los tribunales ordinarios competentes de justicia de la ciudad de Guatemala.

4.9. Jurisdicción:

El Asegurado, los beneficiarios 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.

5. CLÁUSULAS GENERALES:

5.1. 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.

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."

5.2. Pago de las Primas:

El contratante se compromete a pagar las primas correspondientes de esta póliza por anticipado a la Compañía. 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 Compañía, 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 Compañía 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.

5.3. Periodo de gracia para el Pago de Primas:

El Contratante tiene un plazo de treinta (30) días 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 Compañía 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 de gracia, tendrá que pagar previamente la prima correspondiente al año póliza.

5.4. Modificaciones:

La Compañía podrá modificar la póliza en cualquier momento por medio de solicitud escrita de el Asegurado. Dicha modificación tendrá efecto quince (15) días después de que la Compañía le notifique su aceptación a el Asegurado.

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

5.5. Cambio de Plan:

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

- a. 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 Compañía. La Compañía se reserva el derecho de aceptar y aprobar dicha solicitud, si así fuere determinará cuando entrarán en vigor los nuevos beneficios o exclusiones. Lo anterior, aplica únicamente a titular y cónyuge.
- b. 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 Compañía proceda a su aceptación si así lo considera, siempre y cuando el máximo vitalicio disponible sea mayor a la suma asegurada del nuevo plan. Ningún cambio podrá ser con efecto retroactivo. Aplica únicamente a titular y cónyuge. Para solicitar el cambio de plan es necesario que transcurran por lo menos 365 días de cobertura en el Plan anterior.

5.6. 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 Compañía y, que presenten por escrito una solicitud incluyendo pruebas satisfactorias de asegurabilidad, sin que estas últimas representen ningún costo para la Compañía. La edad máxima de ingreso para el Asegurado será de sesenta y nueve (69) años cumplidos y su permanencia podrá ser hasta los noventa y nueve (99) años inclusive. La Compañía se reserva el derecho de aprobar o no la inclusión de el Asegurado Principal y/o sus dependientes, así mismo, determinar la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.

5.7. Dependientes Elegibles:

El término "Dependientes" se referirá solamente a:

- a. Cónyuge o conviviente de un Asegurado Principal, menor de **sesenta y nueve (69) años de edad cumplidos**.
- b. Los hijos solteros de un Asegurado, hijastros e hijos legalmente adoptados a partir del 1er día de nacido (siempre que sean incluidos en la póliza en los primeros **treinta (30) días** de nacido, debiendo presentar documentación correspondiente para inclusión de dependientes hijos) y, menores de veinticinco (25) años de edad cumplidos, a condición de que sean solteros, tengan el mismo domicilio permanente que el Asegurado y sean dependientes económicamente.

En los casos en los cuales el Asegurado Principal, se haga responsable de un sobrino o nieto, se deberá presentar los documentos que acrediten la patria potestad, tutela legal o guardia y custodia del menor, o bien certificados de nacimiento que prueben el lazo familiar, como mínimo de la relación de el Asegurado y los padres del menor.

Para los dependientes hijos menores de veinticinco (25) años de edad cumplidos que estudien fuera del país se les podrá brindar cobertura como máximo por un (1) año, debiendo presentar carta de la Institución educativa en la que realizará sus estudios, para contar con esta extensión de cobertura.

5.8. Terminación del Seguro:

5.8.1. Asegurado:

El seguro de cualquier Asegurado, termina automáticamente y quedará sin validez alguna por cualquiera de las siguientes razones:

- a. Después de treinta (30) días contados de la fecha de vencimiento de cada prima posterior a la inicial que resultare no pagada.
- b. En la fecha en que la Compañía reciba de el Asegurado solicitud por escrito de la cancelación del seguro. Dicho aviso deberá efectuarse con no menos de quince (15) días de anticipación.
- c. En la fecha en que el Asegurado Principal cumpla la edad máxima de cobertura.
- d. En la fecha de terminación de esta Póliza.
- e. En caso de declaración inexacta o falsa u omisión.

5.8.2. Familiares Dependientes:

- a. Concluya el seguro de el Asegurado Principal según esta Póliza.
- b. El dependiente Asegurado cese de ser elegible como dependiente conforme a esta Póliza.
- c. En la fecha que termine la relación del cónyuge con el Asegurado Principal.
- d. En la fecha en que el cónyuge, o el Asegurado Principal cumpla la edad máxima de cobertura.
- e. En la fecha en que la Compañía reciba aviso por escrito de el Asegurado Principal de la cancelación de su seguro y/o de sus dependientes. Dicha solicitud deberá efectuarse con no menos de quince (15) días de anticipación.
- f. Por falta de pago de las primas en el plazo establecido.

5.9. 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.

5.10. Privilegio de conversión aplicable a Familiares Dependientes:

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 una nueva póliza como Asegurados Principales, si presentan por escrito tal solicitud, sin necesidad de presentar pruebas de asegurabilidad, siempre que se cumpla con lo siguiente:

- a. Que haya estado asegurado como dependiente de un Asegurado Principal, bajo esta Póliza, como mínimo un (1) año ininterrumpido.
- b. Que la solicitud la presente a la Compañía dentro de los treinta (30) días contados a partir de la terminación de su cobertura familiar.
- c. Que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión establecidos en esta póliza.
- d. La suma asegurada de vida del dependiente solicitando la inclusión como Asegurado Principal, será la suma asegurada mínima en vigor bajo esta póliza para Asegurados Principales en la fecha de su solicitud.
- e. Que la suma asegurada para Gastos Médicos no sea superior a la que tenía asignada en la carátula.
- f. Para los beneficios en los que existan límites definidos como Máximo Vitalicio, se deducirán las cantidades ya pagadas por dichos beneficios bajo la condición de dependientes.

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.