

SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

PLAN EJECUTIVO

1. ENUMERACIÓN DE DOCUMENTOS QUE CONFORMAN EL CONTRATO:

BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA, SOCIEDAD ANÓNIMA, en lo sucesivo denominada simple e indistintamente “**LA ASEGURADORA**” o “**LA COMPAÑÍA**”, emite el PLAN EJECUTIVO que queda contenido en esta Póliza y/o Certificado de Seguro. La Póliza y/o Certificado de Seguro está conformada por la Solicitud de Seguro Colectivo, las presentes Condiciones Generales, la Carátula, el Consentimiento de Seguro, el Examen Médico, el Certificado de Seguro, el Registro de Asegurados y cualquier Anexo que se incorpore a la misma.

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.

Por favor, lea cuidadosamente esta Póliza, la cual incluye la Solicitud de Seguro. La Póliza se ha emitido sobre la base de que toda la información de esta Póliza, incluyendo, sin limitación, toda la información contenida en la Solicitud, la cual forma parte de la Póliza, sea verdadera, correcta y esté completa a la Fecha de Inicio Original. El Asegurado tiene el deber absoluto de notificar a la Aseguradora dentro de los quince (15) días calendarios siguientes de haber recibido esta Póliza si alguna de la información de esta Póliza, incluyendo cualquier información en la Solicitud es incorrecta o está incompleta, si cualquier historial médico ha cambiado después de la fecha de la Solicitud y antes de la Fecha de Inicio Original, y/o si se ha omitido alguna información de la Solicitud. Copia de la Solicitud, la cual forma parte de esta Póliza, se adjunta a esta Póliza solamente en la Fecha de Inicio Original.

2. DEFINICIONES:

Las definiciones aplicables a esta Póliza y/o Certificado de Seguro son las siguientes:

- A. ACCIDENTE:** se define como todo suceso repentino e imprevisto que ocurra durante el Año Póliza, que resulte en una Lesión, cuya causa o una de cuyas causas, sea externa al cuerpo del Asegurado y fuera del control del mismo. En tal virtud, no se considerarán Accidentes las lesiones causadas voluntariamente por el Asegurado.
- B. AÑO PÓLIZA:** es el período de cobertura de un Asegurado comenzando en la Fecha de Inicio Original y terminando en el doceavo (12vo) mes aniversario del mismo; y cualquier período posterior subsiguiente de doce (12) meses para cualquier renovación de esta Póliza.
- C. ASEGURADO:** Asegurado Titular y Dependientes.

- D. ASEGURADO TITULAR:** es la persona en cuyo nombre se completa el Consentimiento del Seguro, o cuyo nombre está incluido en la misma, para quien se confirma la cobertura y a la que se le ha expedido un Certificado de Seguro Individual y a que solicitud del Contratante queda cubierto por un seguro colectivo.
- E. BENEFICIO MÁXIMO POR PERSONA, POR AÑO PÓLIZA:** es la cantidad máxima que la Aseguradora podrá reembolsar cada Año Póliza a cada Asegurado por los gastos médicos elegibles que reclame, conforme a las disposiciones de esta Póliza y/o Certificado de Seguro.
- F. CERTIFICADO DE SEGURO:** es el contrato de seguro el cual es emitido al Asegurado titular según lo definido en estas Condiciones Generales.
- G. CHEQUEOS MÉDICOS RUTINARIOS:** son los exámenes médicos realizados por un Médico legalmente habilitado conforme a la ley para el control de la salud.
- H. CIRUGÍA AMBULATORIA:** es cualquier cirugía practicada en la sección de paciente externo de un Hospital en los casos que no sea necesaria una estadía nocturna, en una entidad quirúrgica independiente legalmente autorizada o en una oficina médica que cuente con facilidades quirúrgicas.
- I. CLASIFICACIÓN:** significa todos aquellos individuos a los cuales se les haya emitido esta Póliza y/o Certificado de Seguro y que pertenezcan a una misma clasificación, tal y como sea definido por la Aseguradora en el momento de emisión o renovación. Clasificación para efectos de suscripción incluye, pero no se limita a, individuos en situación común o similar de área geográfica, grupo de edad, de emisión, ocupación, sexo, provisiones de exclusiones o aquellos individuos con experiencia de reclamaciones similares.
- J. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO (CO-ASEGURO):** es la suma pagada por el Asegurado Titular en adición al Deducible Anual, por los gastos elegibles y certificados. El porcentaje de Participación del Asegurado, si aplica, se especifica en las presentes Condiciones Generales, la Carátula de la Póliza y/o Certificado de Seguro. La Participación del Asegurado será aplicado por Asegurado, por Año Póliza.
- K. COMPLICACIONES DE MATERNIDAD:** significa el curso anormal del embarazo y postparto, que impide que la madre pueda tener un parto normal, bajo cuidado médico regular.
- L. CONDICIONES PRE-EXISTENTES:** son aquellas condiciones médicas las cuales son consecuencias de cualquier enfermedad previa, que hayan requerido hospitalización, tratamiento médico y/o medicamentos, o hayan sido diagnosticadas antes de la Fecha de Inicio Original de esta Póliza y/o Certificado de Seguro.
- M. CONSENTIMIENTO DE SEGURO:** es la Solicitud de seguro del Asegurado Titular y sus Dependientes.

- N. CONTRATANTE:** es la persona individual o jurídica que celebra y mantiene un contrato de seguro colectivo con una aseguradora, con el fin de asegurar un grupo asegurable.
- Ñ. CONTRIBUTIVA:** Si el asegurado paga parte o la totalidad de la prima.
- O. CÓNYUGE:** significa la persona legalmente casada o declarada unida de hecho conforme la ley guatemalteca, excluyendo a los legalmente separados.
- P. CUIDADO NEONATAL:** son los tratamientos médicos necesarios, incluyendo la atención rutinaria, proporcionados al (los) hijo(s) recién nacido(s) de un Asegurado.
- Q. DEDUCIBLE ANUAL:** es la suma estipulada en el Certificado de Seguro a ser pagada por el Asegurado por los gastos elegibles, antes que los beneficios que ampara esta Póliza y/o Certificado de Seguro sean pagaderos.
- R. DEFINICIÓN:** es el significado que regirá para algunas palabras y frases que se definan dentro de la Póliza y/o Certificado de Seguro de Seguro. En los casos en que haya una Definición para un beneficio otorgado por esta Póliza y/o Certificado de Seguro, dicho beneficio estará sujeto a los límites y exclusiones que se detallan en los documentos que forman parte de ésta.
- S. DEPENDIENTE:** significa: (a) el Cónyuge, según la definición que se establece en estas Condiciones Generales, y/o (b) hijos, hijastros, hijos de crianza e hijos legalmente adoptados no casados que vivan con el Asegurado Titular o en una vivienda que provea el mismo o que sean Dependientes del Asegurado Titular, dependiendo del mismo para su sustento. Todo esto siempre y cuando dichos hijos no tengan más de 18 años de edad a la Fecha de Inicio de la cobertura o la Fecha de Vencimiento, a no ser que dichos hijos sean solteros y residan con el Asegurado Titular, en cuyo caso podrán estar cubiertos hasta que cumplan 30 años. En caso que el Dependiente estudie a tiempo completo fuera de su País de Residencia, podrá quedarse como Dependiente de la Póliza hasta los 24 años. Los Dependientes del Asegurado Titular deberán ser reconocidos como tal en los archivos del Contratante.
- T. DEPORTES PROFESIONALES:** son aquellos en donde los participantes reciben pago o compensación monetaria por la práctica de los mismos en competencias, demostraciones o entrenamientos.
- U. DESÓRDENES CONGÉNITOS:** Son enfermedades o trastornos estructurales o funcionales por alteraciones anatómicas de la etapa intrauterina y que pueden generar alteraciones de órganos, extremidades o sistemas; son aquellas que se manifiestan desde el nacimiento ya sean producidas por un trastorno durante el desarrollo embrionario, durante el parto o como consecuencia de trastornos hereditarios.

- V. **DOMICILIO:** es el departamento de la República de Guatemala que el Asegurado señala en el Consentimiento de Seguro como el territorio en el que habitualmente reside con ánimo de permanencia.
- W. **DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA:** Moneda que se utilizará para cumplir las obligaciones incurridas que derivan del presente contrato. Cuando se utilice “US\$” o “\$” en los documentos que forman parte de esta Póliza y/o Certificado de Seguro deberá entenderse que se refiere a dólares de los Estados Unidos de América.
- X. **EMERGENCIA** se define como una Enfermedad o Accidente repentino e imprevisto cubierto por la Póliza y/o Certificado de Seguro, que pone en peligro la vida o el cuerpo del Asegurado, que requiere un tratamiento inmediato de Emergencia para evitar la pérdida de vida o daño grave al cuerpo.
- Y. **EMPLEADO** significa el Asegurado Titular quién está en Servicio Activo.
- Z. **EMPLEADOR** quiere decir el Contratante de la Póliza.
- AA. **ENFERMEDAD:** se define como las dolencias o alteraciones en la salud cuyos síntomas se manifiesten por primera vez después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza y/o Certificado de Seguro y durante el Año Póliza.
- BB. **ENFERMEDAD INFECCIOSA:** es cualquier enfermedad común, transmisible, causada por virus, bacterias, hongos o parásitos.
- CC. **ENFERMERA EN EL HOGAR:** significa los servicios médicos de una enfermera titulada, habilitada y no impedida para el ejercicio de su profesión, prestados en el hogar del Asegurado, prescritos por un Médico y relacionados directamente con una Enfermedad o Lesión por la cual el Asegurado ha recibido y está recibiendo tratamiento cubierto bajo las reglas, términos y definiciones de esta Póliza y/o Certificado de Seguro, sujetos a los límites específicos establecidos en ella.
- DD. **EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, PRÓTESIS Y DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS:** Equipo Médico Duradero es aquel equipo médicamente necesario y reutilizable que es necesario y razonable para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión cubierta bajo las disposiciones de esta Póliza y/o Certificado de Seguro o para ayudar a corregir el malfuncionamiento de una parte del cuerpo. Las Prótesis y Dispositivos Ortopédicos son aquellos aparatos recetados por un Médico para recuperar las funciones o reemplazar partes del cuerpo debido a una Lesión o Enfermedad cubierta por esta Póliza y/o Certificado de Seguro.
- EE. **EXAMEN MEDICO** significa declaración escrita de un Médico sobre la salud del Asegurado con relación a la condición física y médica del Asegurado y/o su(s) dependiente(s), si aplica, basado en observaciones clínicas y/o pruebas médicas las cuales son utilizadas por la Aseguradora con el propósito de evaluar el riesgo. El Examen Médico debe ser documentado utilizando formulario médico aprobado por la Aseguradora.

- FF. EXÁMENES Y/O SERVICIOS DE LABORATORIO:** incluyen análisis de laboratorio y las investigaciones de radiografía y de medicina nuclear, los cuales se utilizan en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.
- GG. FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO DE SEGURO:** para efectos de esta Póliza y/o Certificado de Seguro, podrá ser: (a) la Fecha de Inicio Original de la Póliza y/o Certificado de Seguro; (b) la fecha en que esta Póliza y/o Certificado de Seguro sea renovada; o (c) la fecha en que esta Póliza y/o Certificado de Seguro sea rehabilitada a través del procedimiento establecido en esta Póliza y/o Certificado de Seguro para tal efecto.
La Fecha de Inicio de la Póliza y/o Certificado de Seguro en ningún caso será determinada por la fecha que conste en la Solicitud de Seguro.
- HH. FECHA DE INICIO ORIGINAL DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO DE SEGURO:** es la primera fecha en que esta Póliza es emitida, como se refleja en la Carátula de esta Póliza y/o Certificado de Seguro para dicho Año Póliza, y no es la fecha de la Solicitud o la fecha de renovación para cualquier Año Póliza subsiguiente.
- II. FECHA DE VENCIMIENTO DE PAGO DE LA PRIMA:** significa la fecha en que cualquier pago de prima debe ser efectuado, ya sea el primer pago de la prima, el pago por renovación de la Póliza y/o Certificado de Seguro o algún pago acordado en una prima fraccionada.
- JJ. GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS:** Los beneficios pagaderos bajo esta Póliza y/o Certificado de Seguro están limitados a los servicios médicamente necesarios y a tratamientos cubiertos que han sido autorizados por la Aseguradora. Las sumas pagaderas estarán limitadas a los Gastos Usuales y Acostumbrados de hospitales y servicios médicos, que sean razonables en el área donde dichos servicios sean proporcionados.
- KK. GRUPO ASEGURADO:** Es el conjunto de personas individuales que mantienen un vínculo o interés común con el Contratante, previo o independiente de la celebración del contrato de seguro. Y está constituido por 5 o más empleados en Servicio Activo los cuales trabajan para un Empleador, y sus dependientes elegibles.
- LL. HIJOS DE CRIANZA:** Menor de edad que carece de un vínculo de parentesco legal con el Titular de la Póliza y/o Certificado de Seguro, de conformidad con las disposiciones del Código Civil, pero cuyo sustento económico depende exclusivamente del Titular de la Póliza y/o Certificado de Seguro.
- MM. HOSPITAL:** es cualquier institución legalmente autorizada como hospital médico o quirúrgico en el país en que se encuentra situado, donde pueda darse tratamiento a enfermedades o dolencias graves o emergencias y cuyas actividades principales no sean las de un balneario, hidroclínica, establecimiento para la estancia de enfermos, institución de rehabilitación, centro de convalecientes o asilo de ancianos. Deberá de estar bajo la constante supervisión de un Médico Residente.

- NN. HOSPICIO Y CUIDADOS TERMINALES:** se define como el cuidado de apoyo a pacientes con pocas expectativas de vida debido a un diagnóstico terminal. La elegibilidad para este beneficio se determina cuando el Médico del paciente y el Director Médico del Hospicio estén de acuerdo en que la expectativa de vida del paciente es de menos de 6 meses, que no exista un tratamiento más agresivo o que el paciente rechace tratamiento más agresivo limitándose sus expectativas de vida. Las casas de hogar, asilo de ancianos o cuidados de enfermera en el hogar no se consideran parte de este beneficio.
- ÑÑ. INMUNIZACIONES RUTINARIAS:** son vacunas administradas por un Médico durante un chequeo médico rutinario de un niño. Este beneficio se otorga solamente a Dependientes menores de 18 años, siempre y cuando hayan estado continuamente cubiertos bajo esta Póliza por lo menos durante un (1) Año Póliza, a menos que se trate de un Dependiente nacido de una Maternidad cubierta por esta Póliza. Posteriormente, este beneficio se otorgará cada Año Póliza de cobertura continua.
- OO. LESIÓN:** significa el daño corporal causado por un Accidente ocurrido dentro del período del Año Póliza.
- PP. MATERNIDAD:** significa el tratamiento pre y postnatal y el alumbramiento, siempre y cuando el beneficio sea cubierto por esta Póliza y/o Certificado de Seguro.
- QQ. MÉDICO:** es cualquier persona legalmente habilitada y no impedida para ejercer la medicina en el país donde se ofrece el tratamiento. En esta denominación se incluye a los doctores en medicina, internistas, especialistas y consultores médicos y quien ofrezca el tratamiento dentro del campo de su especialidad y entrenamiento. En Guatemala, será necesario que la persona calificada conforme a los requisitos anteriores sea colegiado activo. Se hace constar expresamente que conforme a la definición anterior, el término Médico no comprende homeópatas, fisioterapistas, naturópatas ni quiroprácticos.
- RR. MÉDICAMENTE NECESARIO:** se refiere a la condición de cualquier tratamiento, servicio o suministro médico que el Médico tratante determine que sea necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una Enfermedad o Lesión y que la Aseguradora ha autorizado. Dicho tratamiento, servicio o suministro no se considerará Medicamento Necesario si:
- Se provee sólo para la comodidad del Asegurado, de la familia de éste o del proveedor;
 - No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado;
 - Excede el nivel de atención que se necesita para proveer un diagnóstico o tratamiento adecuado;
 - No se le reconoce médica ni científicamente;
 - Se considera como experimental;
 - No aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos de los Estados Unidos de América.
 - No aprobado por las autoridades sanitarias de Guatemala.
 - Se refiere a un procedimiento estético.

- SS. MIEMBRO DE LA FAMILIA:** es definido como Cónyuge, padre, madre, hermano(a), hijo (a), nieto (a), suegro (a) y tío (a) del Asegurado.
- TT. MONEDA:** se entenderá que en todas las transacciones con esta Póliza y/o Certificado de Seguro se utilizará el Dólar de los Estados Unidos de América.
- UU. NO CONTRIBUTIVA:** Si el Contratante paga la totalidad de la prima y el Asegurado no contribuye con ésta.
- VV. NOTIFICACIÓN:** es el procedimiento por medio del cual el Asegurado notifica a la Aseguradora, llamando al número telefónico que aparece en su tarjeta de identificación o a través de un aviso por escrito, para poder gozar de los beneficios amparados por esta Póliza y/o Certificado de Seguro, conforme a las disposiciones contenidas en ésta.
- WW. PAÍS DE RESIDENCIA:** (1) La República de Guatemala, o (2) el país donde el Asegurado haya residido más de 180 días durante cualquier período de 365 días mientras la Póliza y/o Certificado de Seguro esté en vigor.
- XX. POLIZA:** es el Contrato de Seguro el cual es emitido al Empleador o Contratante de la Póliza según ha sido definido en esta Póliza.
- YY. PRESCRIPCIONES MÉDICAS:** son los medicamentos que se venden en droguerías o farmacias legalmente autorizadas por la autoridad competente, solamente bajo receta médica extendida por un Médico y no incluyen los que se pueden adquirir sin la receta de un Médico.
- ZZ. PRESERVACIÓN DE LAS CÉLULAS MADRE DEL CORDÓN UMBILICAL:** se refiere a la recolección, procesamiento, pruebas y criopreservación de las unidades de sangre del cordón umbilical de un niño recién nacido que esté cubierto por esta Póliza y/o Certificado de Seguro, conforme las disposiciones contenidas en la misma.
- AAA. PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS:** Procedimiento mediante el cual un órgano, célula o tejido se implanta de una parte a otra, o de un individuo a otro (dentro de la misma especie). Cuando se extrae un órgano, célula o tejido y luego se vuelve a implantar en la misma persona. Cualquier procedimiento/tratamiento que se apruebe bajo el beneficio de Trasplante deberá ser médicamente reconocido y no considerado experimental. Este beneficio solo está disponible después de la notificación a la Aseguradora y deberá ser autorizado por la Aseguradora.

BBB. RED DE PROVEEDORES AZURE: es un grupo de Hospitales, Médicos y otros proveedores de servicios o bienes médicos que la Aseguradora cataloga como la Red de Proveedores AZURE. Esta lista se podrá cambiar periódicamente, por lo tanto para garantizar que el proveedor de los servicios o bienes médicos seleccionado pertenece a la Red de Proveedores AZURE, la Aseguradora tiene que coordinar todos los tratamientos, con excepción de las Emergencias.

CCC. RED DE PROVEEDORES DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS: Un grupo de Hospitales nacionalmente reconocidos y Médicos certificados para prestar servicios relacionados con Trasplante de Órganos. La lista actualizada de Hospitales y Médicos dentro de la Red de Proveedores para Trasplante de Órganos está disponible en el sitio web del BMI y está sujeta a cambios y/o actualizaciones sin previo aviso.

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

EEE. SERVICIO ACTIVO: es cuando un empleado está en Servicio Activo si él/ella está trabajando activamente a tiempo completo en el lugar del negocio del Empleador o en cualquier otro lugar que el negocio del Empleador requiera que él/ella deba ir.

FFF. SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO: están formados por los tratamientos médicos que se ofrecen al Asegurado, cuando el mismo no ha ingresado como paciente en un Hospital o en cualquier otra institución médica como se define anteriormente. Los Servicios para Pacientes Externos también incluyen los servicios de atención en la sala de primeros auxilios y en la sala de emergencias de un Hospital en donde son proporcionados dichos servicios diariamente.

GGG. SERVICIOS HOSPITALARIOS: son los tratamientos médicos que se proporcionan al Asegurado solamente cuando los procedimientos o tratamientos apropiados de un diagnóstico no puedan ser suministrados como Servicios a Pacientes Externos y sea ingresado como paciente registrado en un Hospital, según se define en esta Póliza y/o Certificado de Seguro, por un período continuo no menor a 24 horas, o por un período de menos de 24 horas solamente cuando exista una operación programada.

HHH. SERVICIO LOCAL DE AMBULANCIA: es la transportación médica exclusivamente en casos de emergencia a un Hospital local.

III. SOLICITUD significa el formulario proporcionado por la Aseguradora al Asegurado, y todas las respuestas y declaraciones hechas por el Asegurado en el mismo y en respuesta sobre el Asegurado y/o su(s) dependiente(s), y que son utilizados por la Aseguradora para decidir si aceptar el riesgo, modificar la cobertura ofrecida o rechazar el riesgo. La Solicitud incluye todos los documentos, cuestionarios, y materiales escritos presentados a la Aseguradora por el Asegurado o en nombre del Asegurado y/o de su(s) dependiente(s), incluyendo, pero no limitado a cualquier Examen Médico. Todas las Solicitudes están sujetas a evaluación por parte de la Aseguradora. La aceptación no está garantizada

JJJ. TRASPLANTE DE ÓRGANOS: se refiere a la cantidad máxima pagadera para el beneficio de Trasplante de Órganos hasta el máximo establecido por la Póliza por Asegurado de por vida. El beneficio aplica únicamente para uno de los siguientes órganos, proveniente de un donador: riñón, corazón, hígado, médula ósea, córnea, páncreas o pulmón. Incluye Trasplantes de Órgano sólido y Trasplante de tejidos o células que sean médicamente reconocidos y que no sean considerados experimentales.

KKK. TRATAMIENTO DE SIDA: se define como los servicios y gastos médicos que se proporcionan al Asegurado a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y a todas las enfermedades causadas por/o relacionadas con el virus VIH positivo.

LLL. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE: es el tratamiento de emergencia necesario para restituir o reemplazar dientes sanos perdidos o dañados en un Accidente.

MMM. TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: Es aquel tratamiento que es otorgado al Asegurado sin contar con la aprobación de la Aseguradora por considerarse necesario para evitar la pérdida de la vida de un Asegurado o para tratar una Lesión seria.

3. COBERTURA:

A. GENERAL:

La Aseguradora se obliga a cubrir los riesgos descritos en la Carátula de esta Póliza y/o Certificado de Seguro, conforme a los términos y condiciones indicados en la Póliza y/o Certificado de Seguro y en los Anexos correspondientes.

Conforme a la cobertura de esta Póliza y/o Certificado de Seguro, los Asegurados podrán gozar de los siguientes beneficios, sujetándose a los límites que sean aplicables:

- Servicios médicos y quirúrgicos dentro y fuera del Hospital.
- Honorarios médicos.
- Prescripciones Facultativas.
- Exámenes y/o Servicios de Laboratorio.
- Cirugía Ambulatoria.
- Habitación y alimentación en el Hospital.
- **Maternidad.***
- **Complicaciones de Maternidad.***
- **Cuidado Neonatal.***
- **Preservación de Células Madre del Cordón Umbilical.***
- Enfermera en el Hogar.
- Tratamiento Dental de Emergencia a Consecuencia de un Accidente.
- Trasplante de Órganos.
- Indemnización al Donante Vivo.
- Servicio Local de Ambulancia.
- Chequeo Médico Rutinario.

- Inmunizaciones Rutinarias para Dependientes menores de 18 años.
- Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos.
- Hospicio o Cuidados Terminales.
- Tratamiento de SIDA.
- Cobertura Mundial.
- Tratamiento Médico de Emergencia fuera de la Red de Proveedores Azure limitado a US 25,000.00 por incidente.
- Servicios VIP.

***Estos beneficios únicamente estarán cubiertos por esta Póliza y/o Certificado de Seguro cuando la misma sea contratada con un deducible menor a US\$ 5,000.00.**

B. DEDUCIBLE ANUAL:

El Deducible Anual, según consta en el Certificado de Seguro, será aplicado por Asegurado, por Año Póliza, hasta un máximo de dos (2) Deducibles Anuales por familia, por Año Póliza. No será necesario que el Asegurado cubra el Deducible Anual en el tratamiento de un solo evento cubierto, por lo que el Deducible Anual podrá ser cubierto por el Asegurado a través de la acumulación de los gastos que estén cubiertos por esta Póliza y/o Certificado de Seguro durante el Año Póliza. Sin embargo, cualquier gasto realizado durante los últimos noventa (90) días del Año Póliza que no exceda el Deducible Anual, será aplicado al siguiente período del Año Póliza.

No se aplicará Deducible Anual a lo siguiente:

- En caso de Accidente el cual sea tratado en el País de Residencia.
- Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de un Accidente.
- Maternidad.
- Complicaciones de Maternidad.
- Cuidado Neonatal.
- Preservación de las Células Madres del Cordón Umbilical.
- Chequeo Médico Rutinario.
- Inmunizaciones Rutinarias para Dependientes menores de 18 años.

C. ELEGIBILIDAD:

Empleados trabajando para el Empleador o Contratante de la Póliza, que sea residente permanente en Guatemala y que no haya cumplido los 69 años de edad. La edad mínima de inscripción será los 18 años de edad a menos que la persona sea Dependiente del Asegurado. Los menores de 18 años de edad podrán estar asegurados por esta Póliza y/o Certificado de Seguro cuando sean Dependientes del Asegurado Titular.

El Asegurado Titular y sus Dependientes, serán asegurados en esta Póliza y/o Certificado de Seguro, una vez su Consentimiento de Seguro haya sido aprobada

por la Aseguradora, de conformidad con la cláusula de Vigencia aquí contenida. Las personas de 65 años o más que presenten un Consentimiento de Seguro serán aseguradas mediante la aprobación de dicho Consentimiento y la presentación de un Examen Médico favorable a criterio de la Aseguradora, practicado por un Médico designado por ésta, cuyo resultado conste en el formulario de Examen Médico proporcionado por la Compañía.

Los Recién Nacidos de una Maternidad cubierta por esta Póliza y/o Certificado de Seguro están automáticamente cubiertos y sujetos al límite específico detallado en la sección de Límites de Responsabilidad de estas Condiciones Generales. Se deberá enviar a la Aseguradora un Formulario de Adición y el pago de la prima que corresponda dentro de un plazo de noventa (90) días de haber ocurrido el nacimiento. De no cumplirse con este requisito, se deberá completar un Consentimiento de Seguro para la adición, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.

Los Dependientes que estuvieron cubiertos por una Póliza anterior con la Aseguradora, y que por lo demás tienen derecho a cobertura a través de su propia Póliza por separado, quedarán aprobados sin necesidad de suscripción para un plan con el mismo deducible o un deducible más alto y con las mismas condiciones y restricciones que existían en la Póliza anterior que les daba cobertura a través de la Aseguradora. La solicitud de los dependientes se tiene que recibir dentro de un plazo de sesenta (60) días antes de la fecha de renovación de la Póliza que anteriormente les daba cobertura a dichos dependientes.

Si un hijo Dependiente se casa o deja de ser estudiante a tiempo completo, la cobertura de dicho Dependiente se extinguirá al vencimiento del Año Póliza.

Si un cónyuge Dependiente deja de estar casado o cesa de cohabitar con el Asegurado Titular por motivo de divorcio o anulación del matrimonio o separación, la cobertura de dicho Dependiente se extinguirá noventa (90) días después de la fecha del divorcio, anulación o separación. Al término de los 90 días, el Dependiente tendrá la opción de Conversión a una póliza de conversión de acuerdo al plan ofrecido por la Aseguradora. La Conversión a una póliza individual, puede resultar en un plan con beneficios reducidos, limitaciones en las Condiciones Generales y aumento en las primas.

En cualquier caso, la cobertura de Empleados y Dependientes terminará automáticamente al momento del cese de empleo de un Empleado o cuando el Empleado ya no trabaje activamente a tiempo completo.

Si un Asegurado cambia su País de Residencia, el Asegurado deberá notificar a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días de dicho cambio. Ninguna persona, a no ser un estudiante Dependiente a tiempo completo, podrá residir en los Estados Unidos de América durante más de ciento ochenta (180) días en el transcurso de cualquier plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días.

D. CONVERSIÓN A UN SEGURO INDEPENDIENTE:

Un Empleado que deje de laborar con El Contratante tendrá la opción de Conversión a una póliza de cobertura individual de acuerdo al plan ofrecido por la Aseguradora. La Conversión a una póliza individual, puede resultar en un plan con beneficios reducidos, limitaciones en las Condiciones Generales y aumento en las primas. Para ser elegible para la opción de Conversión a una póliza individual, la solicitud individual deberá ser recibida dentro de los treinta (30) días de la fecha en que el Asegurado Titular deje de ser un empleado a tiempo completo.

E. TRATAMIENTO EN GUATEMALA Y OTROS PAÍSES EXCEPTUANDO ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA:

Los Servicios Hospitalarios y los Servicios de Paciente Externo prestados en Guatemala o en algún otro país, exceptuando Estados Unidos de América, no dependerán de la Red de Proveedores AZURE, por lo que el Asegurado podrá acudir al Hospital o Médico de su preferencia. La Aseguradora pagará los Gastos Usuales y Acostumbrados que estén cubiertos por esta Póliza y/o Certificado de Seguro, sujetándose a los límites establecidos en ella, aplicando el deducible correspondiente.

Las coberturas de estos servicios serán las siguientes:

a) Servicios Hospitalarios:

La Aseguradora pagará el 100% de los gastos elegibles y autorizados previamente por la Aseguradora hasta agotar el límite para cada beneficio, o en su caso, el Beneficio Máximo por Persona, por Año Póliza, establecidos en la Póliza, siempre que el Deducible Anual al que el Asegurado se encuentra obligado haya sido satisfecho.

Los Servicios Hospitalarios incluyen los costos de habitación y alimentación, uso de todas las instalaciones médicas, prescripciones médicas, honorarios médicos, así como todos los tratamientos y servicios médicos ordenados por un médico, incluyendo cuidados intensivos y exámenes y servicios de laboratorio, si fueran médicamente requeridos. También se cubrirá la cirugía ambulatoria, quimioterapia, radioterapia y diálisis cuando sean prestadas en un Hospital. Los Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos serán cubiertos por esta Póliza y/o Certificado de Seguro cuando sean recetados en un Hospital para tratar una Enfermedad o Lesión cubierta y luego que la Aseguradora haya comunicado la aprobación correspondiente.

b) Servicios de Paciente Externo:

Después de satisfacer el Deducible Anual por el Asegurado, la Aseguradora pagará el 80% de los gastos elegibles y certificados para Honorarios Médicos, Exámenes y Servicios de Laboratorio y fisioterapia y servicios de rehabilitación hasta el límite establecido en la Póliza y/o Certificado de Seguro.

Los Servicios de Paciente Externo para tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis serán cubiertos al 100% hasta el límite establecido en la Póliza, después de satisfacer el Deducible Anual.

Los exámenes y/o Servicios de Laboratorio, las cirugías ambulatorias, los tratamientos de quimioterapia, radioterapia y diálisis y los Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos se consideran como parte de los Servicios para Pacientes Externos, únicamente cuando éstos sean proporcionados u ordenados por un Médico no impedido para el ejercicio de su profesión.

F. TRATAMIENTO EN LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA:

a) Servicios Hospitalarios:

Después que el Deducible Anual haya sido satisfecho por el Asegurado Titular y/o Dependientes, la Aseguradora pagará el 100% de los gastos elegibles y certificados hasta el límite establecido en la Póliza y/o Certificado de Seguro si el Asegurado selecciona uno de los Hospitales dentro de la Red de Proveedores Azure.

Los Servicios Hospitalarios incluyen los costos de habitación y alimentación, uso de todas las instalaciones médicas, prescripciones médicas, honorarios médicos, así como todos los tratamientos y servicios médicos ordenados por un médico, incluyendo cuidados intensivos y exámenes y servicios de laboratorio, si fueran médicamente requeridos.

Las Cirugías Ambulatorias practicados dentro del Hospital se cubrirán cuando se haya notificado previamente a la Aseguradora después de que el Asegurado haya cubierto el Deducible Anual antes identificado. Los Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos serán cubiertos por esta Póliza y/o Certificado de Seguro cuando sean recetados en un Hospital para tratar una Enfermedad o Lesión cubierta y luego que la Aseguradora haya comunicado la aprobación correspondiente.

Los beneficios pagaderos por servicios prestados fuera de la Red de Proveedores AZURE resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios que hubiese podido gozar el Asegurado dentro de la Red de Proveedores del citado plan, excepto en caso de Tratamiento Médico de Emergencia para el que aplican las condiciones indicadas en el inciso L. de la cláusula 5 Límites de Responsabilidad. Los referidos servicios estarán sujetos a los demás límites, exclusiones y Deducible Anual contratado establecidos en la Póliza y/o Certificado de Seguro.

La Póliza y/o Certificado de Seguro provee Tratamiento Médico de Emergencia fuera de la Red de Proveedores AZURE exclusivamente en aquellos casos donde el tratamiento es clasificado como Tratamiento Médico de Emergencia conforme a los parámetros contenidos en la definición correspondiente.

b) Servicios de Paciente Externo:

Después de satisfacer el Deducible Anual por el Asegurado, la Aseguradora pagará el 80% de los gastos elegibles y certificados para Honorarios Médicos, Exámenes y

Servicios de Laboratorio y fisioterapia y servicios de rehabilitación hasta el límite establecido en la Póliza y/o Certificado de Seguro.

Los Servicios de Paciente Externo para tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis serán cubiertos al 100% hasta el límite establecido en la Póliza, después de satisfacer el Deducible Anual, siempre y cuando sean proporcionados por un proveedor de Servicios de Paciente Externo o por Médicos dentro de la Red de Proveedores Azure, sujeto a la pre- autorización por la Aseguradora. Los Servicios de Paciente Externo para tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis prestados por proveedores de Servicio de Paciente Externo o por Médicos fuera de la Red de Proveedores Azure resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios.

Los beneficios pagaderos por servicios prestados fuera de la Red de Proveedores AZURE resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios que hubiese podido gozar el Asegurado dentro de la Red de Proveedores del citado plan, excepto en caso de Tratamiento Médico de Emergencia para el que aplican las condiciones indicadas en el inciso L. de la cláusula 5 Límites de Responsabilidad. Los referidos servicios estarán sujetos a los demás límites, exclusiones y Deducible Anual contratado establecidos en la Póliza y/o Certificado de Seguro.

Los exámenes y/o Servicios de Laboratorio y los Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos se consideran como parte de los Servicios de Pacientes Externos, únicamente cuando éstos sean proporcionados u ordenados por un Médico no impedido para el ejercicio de su profesión.

Luego que el Asegurado haya cubierto el Deducible Anual contratado, para el caso de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis, prestados como Servicios de Paciente Externo, siempre que sean recetadas por un Médico, serán cubiertas al 100% cuando se acuda a la Red de Proveedores AZURE y en los casos en que sean prestadas por un proveedor que no forme parte de la Red de Proveedores AZURE, los beneficios que hubieren correspondido al Asegurado si hubiese acudido a la Red de Proveedores AZURE se reducirán en un 50%. En ambos casos, no se cubrirán todas aquellas Prescripciones Médicas que sean recetadas para los efectos secundarios que éstas provoquen.

G. SERVICIOS “VIP”:

La Aseguradora ofrece una cobertura de atención especializada que denomina Servicios “VIP” para cuando el Asegurado se encuentra de viaje en Estados Unidos de América. Esta cobertura es incluida sin costo adicional. El equipo especializado de Servicios “VIP” estará disponible para conducir al Asegurado a su lugar de alojamiento, hospital o centro donde va a recibir tratamiento, para lo cual la Aseguradora tiene arreglos especiales con destacados hospitales permitiendo que un miembro del equipo se mantenga procurando la comodidad, seguridad y buena atención al Asegurado.

4. PROGRAMAS DE GESTIÓN DE UTILIZACIÓN Y DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN:

La Aseguradora ha establecido diversos Programas de Gestión de Utilización y de Revisión de Utilización (conocidos como Programas "UM/UR" por sus siglas en inglés), entre los que se incluyen: Autorización de Ingreso al Hospital, Revisión Médica Concurrente y Gestión de Casos Clínicos.

a) Autorización de Ingreso al Hospital:

Todas las decisiones que precisen de calificación u opinión profesional independiente de carácter médico o clínico, o que estén relacionadas con dicha calificación u opinión o con la necesidad de servicios médicos, serán de la exclusiva responsabilidad del Asegurado, de los médicos que traten al mismo y de los proveedores de cuidados para la salud. Los Asegurados y sus Médicos son los responsables de decidir qué atención médica se debe recibir o dar, respectivamente, y cuándo y cómo se debe brindar dicha atención. La Aseguradora es exclusivamente responsable de determinar si los gastos que se hayan generado o se vayan a generar por concepto de la atención médica están cubiertos, o van a ser cubiertos, por esta Póliza y/o Certificado de Seguro. En el cumplimiento de esta responsabilidad, la Aseguradora no se considerará habilitada para participar ni para anular las decisiones médicas tomadas por los proveedores de cuidados para la salud que tenga el Asegurado.

La Aseguradora tiene que aprobar todas las hospitalizaciones y Servicios de Paciente Externo para que el Asegurado pueda recibir cobertura a través de la presente Póliza y/o Certificado de Seguro, a excepción de los casos de Tratamiento Médico de Emergencia.

b) Revisión Médica Concurrente:

Conforme el Programa de Gestión de Utilización y Revisión de Utilización ("UM/UR"), la Aseguradora podrá (pero no se le ha de exigir) revisar las estadías en el Hospital, así como otros programas de tratamiento de la salud durante dicha estadía o algún otro programa de tratamiento que esté cubierto por esta Póliza y/o Certificado de Seguro. Tal revisión se llevará a cabo con el único propósito de determinar si la Aseguradora debe continuar la cobertura y/o el pago por el ingreso en un Hospital o programa médico.

La Aseguradora podrá revisar información o datos médicos específicos y determinar, entre otras cosas, la idoneidad, el lugar donde se da el servicio o atención y/o el nivel de atención de un ingreso hospitalario o de otro programa de tratamiento médico. La revisión que haga la Aseguradora para determinar la procedencia del pago y las revisiones o evaluaciones de información o datos médicos que realice, se hacen con el único propósito de tomar decisiones sobre la cobertura o pago conforme a lo dispuesto en esta Póliza y/o Certificado de Seguro y no con el fin de recomendar o proveer atención médica.

c) Gestión de Casos Clínicos:

La Aseguradora podrá utilizar este programa, a su exclusiva discreción, para los Asegurados que tengan un padecimiento crónico o terminal. A través de este programa, la Aseguradora podrá elegir (pero no se le exigirá) ofrecer beneficios alternativos o pagar por servicios de cuidados de la salud que sean más rentables en costos y convenientes. La Aseguradora podrá hacer disponibles estos beneficios o pagos alternativos, dependiendo del caso específico, a los Asegurados que satisfagan los criterios de la Aseguradora que estén en vigor en ese momento. Dichos beneficios o pagos alternativos, de haberlos, se harán disponibles de acuerdo con el plan de tratamiento con respecto al cual se pongan de acuerdo por escrito el Asegurado, o con un representante de este mismo que sea aceptable a criterio de la Aseguradora, y el Médico del Asegurado. Para los casos en que la Aseguradora proponga algún beneficio a través de este programa y esa propuesta sea aceptada por el Asegurado o un representante de éste, no será necesario que el Asegurado efectúe ningún pago adicional.

El que la Aseguradora ofrezca proveer o que efectivamente provea algún beneficio o pago de tipo alternativo de ninguna manera obliga a la Aseguradora a seguir proporcionando dicho beneficio o pago, ni a proveer dicho beneficio o pago en algún momento al Asegurado ni a algún otro Asegurado. Nada que contenga esta sección se considerará como una renuncia al derecho que tiene la Aseguradora de hacer valer y cumplir esta Póliza y/o Certificado de Seguro estrictamente conforme con las condiciones y términos contenidas en la misma. Las reglas, términos, y definiciones de esta Póliza y/o Certificado de Seguro seguirán estando en vigor, a no ser lo que la Aseguradora con base en el análisis de riesgo que realice a cada uno de los Asegurados, los modifique por escrito, cuando los beneficios o pagos alternativos se hagan disponibles a través de este programa.

d) Segunda Opinión Médica:

Si un Asegurado tiene programado algún procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, tendrá que notificar a la Aseguradora por lo menos 72 horas antes de que se realice el procedimiento programado. A discreción de la Aseguradora, se podrá exigir una segunda opinión médica de un Médico elegido por la Aseguradora respecto al procedimiento quirúrgico programado. Sólo están cubiertas por esta Póliza y/o Certificado de Seguro las segundas opiniones médicas que exija y haya coordinado la Aseguradora. En caso de que la segunda opinión médica contradiga o no confirme que sea necesaria la cirugía, la Aseguradora también pagará una tercera opinión de un Médico escogido por la Aseguradora. Si la segunda o la tercera opinión confirman que es necesaria la cirugía, los beneficios de cirugía se pagarán de acuerdo con esta Póliza y/o Certificado de Seguro. **Si la Aseguradora solicita una segunda opinión y la cirugía se realiza sin haber primero obtenido una segunda opinión de un Médico escogido y coordinado por la Aseguradora que confirme la necesidad de la misma, la Póliza y/o Certificado de Seguro, en ese caso, no cubrirá la hospitalización, el procedimiento quirúrgico ni sus secuelas.**

5. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD:

Las partes acuerdan establecer los siguientes límites a la cobertura de la Aseguradora en caso acontezca un siniestro bajo alguno de estos supuestos:

- A. Todos los beneficios, salvo que estas condiciones indiquen expresamente lo contrario, están sujetos al Deducible Anual según consta en las Condiciones Particulares, la Carátula de la Póliza y/o Certificado de Seguro.
- B. Durante los primeros sesenta (60) días de vigencia de la Póliza y/o Certificado de Seguro, la cobertura se limitará a Accidentes o a Enfermedades Infecciosas.
- C. Los gastos por habitación y comidas en el Hospital serán cubiertos al 100% dentro de la Red de Proveedores AZURE después de satisfacer el Deducible Anual. En el territorio de Estados Unidos de América, fuera de la Red de Proveedores AZURE, los gastos por habitación y alimentación en el Hospital resultaran en una reducción del cincuenta por ciento (50%) de los beneficios que hubiese podido gozar el Asegurado dentro de la Red de Proveedores Azure.
- D. Los gastos que se generen en la Sección de Cuidados Intensivos serán cubiertos al 100% dentro de la Red de Proveedores AZURE después de satisfacer el Deducible Anual. En el territorio de Estados Unidos de América, fuera de la Red de Proveedores AZURE, los gastos de la Sección de Cuidados Intensivos resultaran en una reducción del cincuenta por ciento (50%) de los beneficios que hubiese podido gozar el Asegurado dentro de la Red de Proveedores Azure.
- E. Los Chequeos Médicos Rutinarios se otorgarán únicamente al Asegurado Titular y a su Cónyuge, siempre y cuando hayan estado continuamente cubiertos bajo esta Póliza y/o Certificado de Seguro por lo menos durante un Año Póliza y en el caso del cónyuge, que éste aparezca registrado en la Póliza y/o Certificado de Seguro como Dependiente. Este beneficio está limitado a un máximo de US\$ 200.00 por chequeo, por Año Póliza.
- F. En los casos en que esta Póliza y/o Certificado de Seguro cubra los gastos relacionados a una Maternidad, éstos estarán cubiertos hasta un máximo de US\$ 5,000.00 por embarazo. La cobertura de Maternidad está limitada a embarazos en los que la fecha del parto ocurra por lo menos a los diez (10) meses después de la Fecha de Inicio Original que indique la Póliza y/o Certificado de Seguro del respectivo Asegurado. Todos los gastos relativos al tratamiento pre- y posnatal, el alumbramiento, aborto y sus complicaciones, las complicaciones del embarazo o del alumbramiento, están limitados al máximo de los beneficios de Maternidad que aparecen en esta Póliza. Este beneficio no está disponible para los hijos Dependientes. Los Asegurados que anteriormente habían sido hijos Dependientes bajo otra Póliza tienen que haber mantenido su propia Póliza Individual durante un mínimo de diez (10) meses para tener derecho a este beneficio. Este beneficio no está disponible si la Maternidad es excluida bajo cualquier otra provisión de esta Póliza. Este beneficio sólo aplica para opciones cuyo deducible es menor a US \$ 5,000.00.
- G. Los gastos por concepto de Cuidado Neonatal, incluyendo tratamientos médicos necesarios, así como la atención médica rutinaria, que sean proporcionados al (los) hijo(s) recién nacido(s), también incluirán los gastos de los tratamientos médicos necesarios por Enfermedad y/o

condiciones médicas y desórdenes diagnosticados durante los primeros 90 días de vida del (los) hijo(s) recién nacido(s), incluyendo la atención médica rutinaria de estos casos. Los tratamientos por aquellas condiciones y/o desórdenes médicos diagnosticados durante los primeros noventa (90) días estarán sujetas a un límite máximo de por vida de diez mil (US\$ 10,000.00) dólares de los Estados Unidos de América por hijo. La atención rutinaria neonatal será cubierta desde el momento del nacimiento hasta los primeros treinta y un (31) días de vida. Este beneficio se cubrirá solamente cuando la Maternidad esté cubierta bajo esta Póliza y/o Certificado de Seguro. Este beneficio no está disponible para Póliza y/o Certificado de Seguros contratadas con montos de deducibles de US\$ 5,000.00; US\$ 10,000.00 o US\$ 20,000.00

- H. El beneficio de Preservación de las Células Madre del Cordón Umbilical de un niño recién nacido se cubrirá hasta un máximo de US\$ 1,500.00 por niño. Este beneficio solamente cubrirá los costos de recolección, procesamiento, pruebas y criopreservación de las unidades de sangre del cordón umbilical del niño recién nacido. Este beneficio se pagará por reembolso al Asegurado sujeto a la presentación de las facturas originales junto con el Formulario de Reclamación de la Aseguradora y en la moneda nacional en que fueron facturados. Este beneficio será cubierto únicamente en países en donde este procedimiento esté disponible. El Asegurado será responsable por cargos que excedan el beneficio máximo de US\$ 1,500.00 por niño. Los costos por almacenamiento no están cubiertos por esta Póliza y/o Certificado de Seguro. Este beneficio se cubrirá solamente cuando la Maternidad esté cubierta bajo esta Póliza y/o Certificado de Seguro. Este beneficio no está disponible para Póliza y/o Certificado de Seguros contratadas con montos de deducibles de US\$ 5,000.00; US\$ 10,000.00 o US\$ 20,000.00.
- I. El Servicio de Enfermera en el Hogar será cubierto por la Aseguradora, siempre que ésta lo apruebe previamente, y estará limitado a un máximo de treinta (30) días por Año Póliza.
- J. Las Prescripciones Médicas estarán cubiertas por esta Póliza y/o Certificado de Seguro mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado y siempre que estén relacionadas al procedimiento o tratamiento por el cual el Asegurado se encuentra hospitalizado. En el caso de Prescripciones Médicas fuera del Hospital, de ser calificadas como gastos elegibles y Certificados y aprobadas por la Aseguradora, serán cubierta al 100% por un período máximo de noventa (90) días inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital. Prescripciones Facultativas fuera del Hospital, que no estén relacionadas con una Hospitalización o Cirugía Ambulatoria, quedarán cubiertas hasta un monto de mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$ 1,000.00) por Asegurado, por Año Póliza, cuando las mismas estén relacionadas a un Accidente o Enfermedad cubierta bajo esta Póliza y/o Certificado de Seguro. Las Prescripciones Médicas recetadas como Quimioterapia, incluyendo las Prescripciones Médicas para el tratamiento de efectos secundarios, serán cubiertas al 100% solamente cuando se cumplan todas las siguientes condiciones: (1) el medicamento sea prescrito para el tratamiento de cáncer, (2) cuando el medicamento sea reconocido, aprobado y específicamente indicado para la condición médica, como Quimioterapia por la Administración de Fármacos

y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos de América y (3) cuando el medicamento haya sido pre-autorizado por la Aseguradora. El plan de tratamiento deberá adherirse estrictamente a las directrices de la FDA para el tipo de cáncer, estadio y ubicación. Las Prescripciones o Medicamentos Especializados deberán ser aprobadas y coordinadas con anticipación por la Aseguradora para ser cubiertos y serán coordinados y proporcionados por adelantado por la Aseguradora a través de la Red de farmacias y distribuidores de medicamentos aprobados para la Póliza y serán consideradas sólo cuando sea la única opción de tratamiento y/o cuando se hayan agotado otras opciones de tratamiento. Los medicamentos especiales que hayan sido aprobados se limitan a 30 días de suministro para poder probar su efectividad y uso seguro antes de continuar con el tratamiento. Si el medicamento es eficaz, será aprobado por la Aseguradora de acuerdo con el plan de tratamiento. Prescripciones o Medicamentos Especializados son medicamentos de alto costo, alta complejidad y/o alta prescripción “high touch” utilizados para tratar condiciones complejas, raras o crónicas. Cualquier medicamento no administrado durante una hospitalización será considerado como medicamento ambulatorio. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación del beneficio de Prescripciones o Medicamentos Especializados serán solamente tomadas por la Aseguradora. En el caso de que el Medicamento Especializado aprobado se pueda administrar de forma segura en un centro ambulatorio preferido, la Aseguradora coordinará la administración y entrega del medicamento a dicho centro. En el caso de que el Medicamento Especializado aprobado sea auto administrado, la Aseguradora coordinará la dispensación y entrega del medicamento ya sea con el médico que prescribió el medicamento, o con la farmacia de la Red o con el distribuidor de medicamentos.

- K. Los Servicios de Paciente Externos para Honorarios Médicos, Exámenes y Servicios de Laboratorio y fisioterapia y servicios de rehabilitación serán cubiertos al 80% dentro o fuera de los Estados Unidos de América. Dentro del territorio de Estados Unidos de América, los Servicios de Paciente Externo fuera de la Red de Proveedores AZURE resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios. Los Servicios de Paciente Externo incluirán los tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis al 100%. Dentro del territorio de Estados Unidos de América, los Servicios de Paciente Externo para tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis prestados fuera de la Red de Proveedores AZURE resultarán en una reducción del cincuenta (50%) por ciento de los beneficios. Quimioterapia será cubierta solamente cuando sea prescrita para el tratamiento de cáncer.
- Ñ. Esta Póliza y/o Certificado de Seguro únicamente cubrirá un Trasplante de los siguientes órganos: riñón, corazón, hígado, médula ósea, córnea, páncreas o pulmón. Ningún otro trasplante de órganos está cubierto por esta Póliza y/o Certificado de Seguro. Para gozar de este beneficio será necesario notificar previamente a la Aseguradora, quien indicará los hospitales y/u otros proveedores médicos a los cuales podrá acudir el Asegurado, para la cobertura del trasplante de órganos. La cobertura de Trasplante de Órganos y tejidos humanos es proporcionada solamente

dentro de la Red de Proveedores de Trasplantes de Órganos. Este beneficio de Trasplante de Órganos comienza una vez que la necesidad del trasplante ha sido determinada por un proveedor médico calificado, que haya sido certificado y validado por una segunda opinión médica o quirúrgica y además aprobada por el Equipo Clínico de Pre-autorización de la Aseguradora y siempre está sujeto a todos los términos, provisiones y exclusiones de la póliza. Este beneficio incluye: a) Cuidados previos al Trasplante, incluyendo servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad de Trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento de Trasplante, preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de Trasplante; b) Estudios pre-operatorios incluyendo pero no limitado a, Exámenes de Laboratorio y Servicios de Diagnóstico como las investigaciones de radiografía y de medicina nuclear, biopsias, Medicamentos por Prescripción Médica y otros suministros; c) El costo de búsqueda, obtención y transporte del órgano; d) El procedimiento de Trasplante del órgano; e) Cuidados posteriores al Trasplante, directamente relacionados con el Trasplante, incluyendo, pero no limitado a cualquier tratamiento posterior y Medicamento Necesario que resulte del Trasplante y cualquier complicación que surja después del procedimiento de Trasplante, sea directa o indirectamente consecuencia del Trasplante. Medicamento por Prescripción Médica o medida terapéutica destinada a asegurar la viabilidad y permanencia del órgano trasplantado. f) Cualquier cuidado de salud en el hogar, cuidado de enfermera (por ejemplo, cuidado de la herida, infusión, evaluación, etc.) transportación de emergencia, atención médica, visitas de oficina o clínica, transfusiones, suministros o medicamentos relacionados con el trasplante; en todo caso, este beneficio está limitado a un máximo de US\$ 500,000.00 por Asegurado, de por vida; y en caso de requerir la extracción del órgano de un miembro vivo de la familia del Asegurado, también cubrirá para el miembro vivo de la familia del Asegurado hasta un máximo del US\$ 15,000.00.

- L. En el territorio de Estados Unidos de América, los Tratamientos Médicos de Emergencia fuera de la Red de Proveedores AZURE serán pagados hasta un máximo de veinticinco mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$ 25,000.00) por evento, después de que el Asegurado haya satisfecho el Deducible Anual contratado. En este caso, el Asegurado será responsable del cincuenta por ciento (50%) de todos los cargos médicos que excedan el beneficio de veinticinco mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$ 25,000.00). La Aseguradora será responsable del restante cincuenta por ciento (50%) de los cargos médicos que excedan de dicha suma en los servicios prestados fuera de la Red de Proveedores AZURE. En los casos en que un Asegurado solicite un reembolso de un tratamiento o servicio médico como Tratamiento Médico de Emergencia recibido en el territorio de los Estados Unidos de América fuera de la Red de Proveedores AZURE, sin que el mismo pueda ser calificado como tal de acuerdo a la definición contenida en esta Póliza y/o Certificado de Seguro, la Aseguradora quedará desligada de cualquier obligación de reembolso relacionada con ese tratamiento o servicio médico.
- M. Los beneficios cubiertos por esta Póliza y/o Certificado de Seguro gozados por un Asegurado a partir de la Fecha de Inicio Original de la Póliza y/o Certificado de Seguro tendrán como límite el monto fijado como Beneficio

- Máximo por Persona, que asciende a la cantidad de US\$ 2,000,000.00 por Año Póliza, por lo que la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones al momento en que un Asegurado agote dicho monto.
- N. Las Complicaciones de Maternidad están limitadas a un máximo de US\$ 100,000.00 por embarazo. Para propósitos de este beneficio, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea previa, no son consideradas Complicaciones de Maternidad. Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo esta Póliza y/o Certificado de Seguro, incluyendo pero no limitado a complicaciones de la Maternidad o del recién nacido durante el parto que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos no cubiertos por esta Póliza y/o Certificado de Seguro. Maternidades que no se consideren como Complicaciones de Maternidad estarán limitadas al máximo de los beneficios de Maternidad que aparecen en esta Póliza y/o Certificado de Seguro. Este beneficio no está disponible si la Maternidad es excluida bajo cualquier otra provisión de esta Póliza y/o Certificado de Seguro ni para Póliza y/o Certificado de Seguros contratadas con montos de deducibles de US\$ 5,000.00, US\$ 10,000.00 o US\$ 20,000.00.
- O. El beneficio de Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos está limitado a US\$ 5,000.00 por Asegurado, por Año Póliza. Para que un Equipo Médico Duradero, Prótesis o Dispositivos Ortopédicos queden cubiertos por esta Póliza y/o Certificado de Seguro deberán ser considerados necesarios y razonables para el tratamiento de una Enfermedad o Lesión cubierta bajo las disposiciones de esta Póliza y/o Certificado de Seguro o para ayudar a corregir el malfuncionamiento de una parte del cuerpo. Un equipo se considerará necesario cuando se espere que su contribución hacia el tratamiento de la Enfermedad o Lesión sea significativo o cuando éste contribuya con la mejoría de una malformación del cuerpo. Para que un equipo quede cubierto por este beneficio, el mismo deberá ser utilizado por el Asegurado fuera de las instalaciones de un Hospital. Para efectos de cobertura, los Equipos Médicos Duraderos, Prótesis o Dispositivos Ortopédicos deberán ser recetados por un Médico, soportar el uso repetido, servir para un propósito médico terapéutico, resultar inútiles para un individuo en ausencia de una Enfermedad, Lesión, impedimento funcional o anomalía congénita y su propósito principal no podrá ser asistir al paciente en caso de incapacidad temporal o permanente. Aunque un producto pudiera clasificar como Equipo Médico Duradero, éste no necesariamente será cubierto en todos los casos ya que los Equipos Médicos Duraderos, Prótesis o Dispositivos Ortopédicos deberán ser aprobados y el tratamiento coordinado con anticipación por la Aseguradora y los mismos deberán ser provistos por la Aseguradora o reembolsados al costo que hubiese incurrido la Aseguradora si los hubiera comprado a uno de sus proveedores. Todas las decisiones con respecto a la aprobación y coordinación de este beneficio serán tomadas exclusivamente por la Aseguradora.
- P. Para gozar del beneficio de Tratamiento Dental de Emergencia a Consecuencia de un Accidente es necesario que dicho tratamiento sea suministrado al Asegurado dentro de los 90 días siguientes a la fecha en que aconteció el Accidente.

- Q. La cobertura por tratamientos y gastos médicos que ofrece esta Póliza y/o Certificado de Seguro, generados por Enfermedades que se manifiesten como Desórdenes Congénitos, se otorgará siempre que estas condiciones no hayan sido diagnosticadas ni manifestadas antes de la Fecha de Inicio Original de la Póliza y/o Certificado de Seguro. Los Desórdenes Congénitos diagnosticados antes que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad serán cubiertos hasta US. \$250,000. por Asegurado, de por vida, incluyendo cualquier beneficio ya pagado o por pagar bajo la cobertura existente de Cuidado Neonatal de esta Póliza que esté relacionado a la misma condición; y hasta el límite máximo de la Póliza cuando sean diagnosticados a los dieciocho (18) años de edad o después.
- R. El Tratamiento de SIDA será cubierto por esta Póliza y/o Certificado de Seguro, bajo los límites establecidos en la misma para este tratamiento. Para gozar de este beneficio será necesario que los actos cubiertos por esta Póliza y/o Certificado de Seguro hayan sucedido con posterioridad a la Fecha de Inicio Original de la Póliza y/o Certificado de Seguro y sujeto a un período de espera de doce (12) meses comenzando en la Fecha de Inicio Original de la Póliza y/o Certificado de Seguro o en la Fecha de Renovación cuando se ofreció este beneficio. No obstante, este beneficio no estará cubierto a) cuando la enfermedad haya sido adquirida al utilizar cualquier tipo de droga intravenosa ilícita; o b) cuando el Asegurado este tomando drogas, medicamentos o tratamientos experimentales. Este beneficio está disponible únicamente después de notificar a la Aseguradora y debe ser autorizado por la Aseguradora. En cualesquiera de los casos en que el beneficio de Tratamiento de SIDA esté cubierto, el mismo estará limitado a un máximo de US\$ 100,000.00 por Asegurado, de por vida.
- S. Las inmunizaciones rutinarias para dependientes menores de 18 años estarán cubiertas hasta US 100.00 por niño por Año Póliza, siempre y cuando hayan estado continuamente cubiertos bajo esta Póliza por lo menos durante un (1) Año Póliza, a menos que se trate de un Dependiente nacido de una Maternidad cubierta por esta Póliza. Posteriormente, este beneficio se otorgará cada Año Póliza de cobertura continua
- T. Condiciones médicas Pre-existentes declaradas en el Consentimiento para las que no se hayan emitido exclusiones en el Certificado de Seguro quedarán cubiertas de acuerdo al tamaño del grupo. Para Grupos de 5 a 20 empleados, las Condiciones médicas Pre-existentes declaradas y no excluidas se cubrirán hasta US\$ 15,000.00 por Asegurado, por Año Póliza después de un período de espera de doce (12) meses; y para Grupos de 21 o más empleados, se cubrirán hasta US\$ 30,000.00 por Asegurado, por Año Póliza después de un período de espera de seis (6) meses. Tratamientos por condiciones Pre-existentes no declaradas no están cubiertos.

6. EXCLUSIONES:

Los siguientes siniestros, riesgos, tratamientos, artículos y sus gastos relacionados, quedan excluidos de esta Póliza y/o Certificado de Seguro y por tanto, expresamente se reconoce que los mismos no estarán cubiertos por la misma:

- A. Todo tratamiento relacionado con Condiciones médicas Pre-existentes no declaradas en el Consentimiento de Seguro y aquellas específicamente excluidas, según consta en el Certificado de Seguro, si las hubiese a menos que sea enmendado.
- B. Cualquier tratamiento durante los primeros 60 días después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza y/o Certificado de Seguro, con excepción de Accidentes y Enfermedades Infecciosas.
- C. Cualquier tratamiento que requiera ser certificado o autorizado por la Aseguradora, pero que no lo haya sido.
- D. Cualquier tratamiento en la parte que exceda los límites de cobertura establecidos en esta Póliza y/o Certificado de Seguro.
- E. Todos aquellos montos de un pago de los que esta Póliza y/o Certificado de Seguro habitualmente deba cubrir que estén en exceso de lo que constituye un Gasto Usual y Acostumbrado, conforme las costumbres aplicables a ese servicio prestado en el lugar donde fue realizado el tratamiento.
- F. Todo tipo de transportación, a no ser Ambulancia Local en casos de emergencia, para obtener tratamiento médico.
- G. Exámenes Médicos de Rutina, excepto los que esta Póliza y/o Certificado de Seguro expresamente otorga. Esta exclusión incluye, pero no se limita a los siguientes: vacunas y su aplicación, expedición de certificaciones médicas para estudios, viajes o empleo.
- H. Exámenes rutinarios de los oídos y de la vista, así como todo tipo de aparatos para sordos (quirúrgicamente implantados o no quirúrgicamente implantados), los costos de anteojos, lentes de contacto, desórdenes de la refracción, estrabismo, queratocono, queratosis y queratotomía radial y otros procedimientos para corregir la visión. Asimismo, los tratamientos y/o métodos correctivos generados por defectos de refracción visual (optometría).
- I. Cualesquiera equipos médicos duraderos como sillas de ruedas, camas de hospitales, equipos requeridos para terapia física u ocupacional, costos por adaptación de vehículos, cuartos de baños, residencias y cualquier otro equipo médico duradero, con la excepción de aquellos definidos en la Póliza.

- J. Todo examen o tratamiento dental, incluyendo dientes postizos, coronas, empastes y puentes, el cuidado dental ortodóntico, endodóntico y periodontal, a menos que sea requerido como consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza y/o Certificado de Seguro.
- K. Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios y que no estén cubiertos conforme a la definición y/o límites de responsabilidad de Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos.
- L. Maternidades y Cuidados Neonatales para aquellos casos en que esta Póliza sea contratada con deducible de US\$ 5,000.00; US\$ 10,000.00 o US\$ 20,000.00. Para los casos en que la Póliza sea contratada con un deducible menor a US\$ 5,000.00, los eventos de Maternidad y los Cuidados Neonatales tampoco estarán cubiertos cuando éstos sean como consecuencia de tratamientos de infertilidad y el embarazo dure menos de 32 semanas.
- M. Cualquier tipo de aborto y sus consecuencias, a excepción de aborto espontáneo y del aborto terapéutico, siempre que sea realizado cumpliendo todos los requisitos establecidos por la ley del lugar en que se practique.
- N. Tratamientos de enfermedades mentales o de trastornos psicológicos o psiquiátricos, autismo, apraxia, dispraxia; y el tratamiento por un psicólogo, psiquiatra u otro especialista de salud mental, independientemente de la causa que haya provocado la condición padecida por el Asegurado; secuelas o efectos secundarios a los tratamientos de las enfermedades mentales, psicológicas o psiquiátricas.
- Ñ. Tratamientos para corregir trastornos de la conducta, del aprendizaje y cognoscitivos o el autismo, independientemente de la causa que haya provocado la condición padecida por el Asegurado
- O. Cirugía estética o cosmética, así como el tratamiento médico o cualquier cirugía electiva cuyo principal propósito sea el embellecimiento, a no ser que sea necesario por motivo de lesión, deformidad o enfermedad que ocurra por primera vez al Asegurado durante la cobertura de esta Póliza y/o Certificado de Seguro.
- P. Todo tratamiento quirúrgico para deformidades nasales o del tabique que no hayan sido causadas por trauma. A fin de ser cubierto, las pruebas de existencia de trauma se tendrían que confirmar radiográficamente (por rayos X, escanografía de tomografía computadorizada, etc.).
- Q. Los costos resultantes de daños físicos infligidos por la propia persona sobre sí misma, suicidio o tentativa, abuso o adicción del alcohol, abuso o

adicción a drogas y/o a estupefacientes, así como los originados por delitos o faltas a la ley, aun cuando la persona no hubiera estado en uso de sus facultades mentales.

- R. Incapacidad, enfermedad o accidente proveniente del uso o consumo de alcohol, drogas y/o estupefacientes, los accidentes originados por la comisión de delitos o faltas a la ley.
- S. Exámenes de diagnóstico y gastos innecesarios por servicios o equipos médicos no relacionados o inherentes con la incapacidad o Enfermedad que está cubierta por esta Póliza.
- T. Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas por/lo relacionadas con el virus VIH positivo, excepto el Tratamiento de SIDA, tal y como se define, limita y condiciona en esta Póliza y/o Certificado de Seguro.
- U. Tratamientos o servicios prestados y/o recetados por parte de un Miembro de la Familia y cualquier autoterapia, incluyendo autoprescripción de medicinas.
- V. Costo y adquisición de Trasplante de Órgano, incluyendo los gastos incurridos por el donante, excepto en Trasplantes de Órganos cubiertos según se define en esta Póliza y/o Certificado de Seguro.
- W. Costo de adquisición e implantación de corazón artificial y dispositivos monoventriculares o biventriculares.
- X. Cualquier criopreservación y la implantación o reimplantación de células vivas. No aplica la presente exclusión para el beneficio de preservación de células madre del cordón umbilical.
- Y. Tratamiento de Lesiones corporales o Enfermedades como resultado de un acto de guerra o accidente químico o nuclear; o de participación en guerra, turba o rebelión civil o cualquier actividad ilegal incluyendo cualquier Lesión o Enfermedad producidas como resultado de encarcelamiento.
- Z. Tratamientos de Enfermedades o Accidentes que surjan como resultado de servicio activo en la policía o en las fuerzas armadas.
- AA. Cargos por concepto de servicios respecto a los cuales el Asegurado no tiene obligación legal de pagar. Dentro de esta exclusión se incluyen aquellos cargos que excedan los que se habrían generado de no haber existido cobertura de la Póliza y/o Certificado de Seguro, o que se ocasionen por un servicio que normal o usualmente se dé gratuitamente, se considerarán como un cargo con respecto al cual no existe obligación de pago.

- BB.** Medicina complementaria o alternativa, incluyendo, de manera enunciativa no taxativa, capacitación en autoatención, autocuidado o autoayuda; medicina y consejería homeopática; modificaciones de estilo de vida, medicina oriental incluyendo acupuntura; tratamiento quiropráctico terapia de quelación; masaje y terapias herbales. Todo tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido o que se considere experimental y no aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos de los Estados Unidos de América. Expresamente se excluyen aquellos servicios o tratamientos que sean prestados y/o recetados por fisioterapeutas, naturópatas o quiroprácticos. En Guatemala no se cubren los tratamientos ni los medicamentos no autorizados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- CC.** Terapia ambiental de descanso y/o para observación, servicios o tratamientos en instituciones asistenciales, hidroclínicas, baños termales, sanatorios, clínicas de reposo o asilos de ancianos.
- DD.** Complicaciones de servicios no cubiertos, incluyendo los diagnósticos y tratamientos de todo padecimiento que sea la complicación de un servicio de atención a la salud que no esté cubierto.
- EE.** Todo gasto para la esterilización masculina o femenina, inversión de la esterilización, cambio de sexo, transformación sexual, infertilidad, inseminación artificial, disfunción sexual, impotencia, inadecuación sexual como en el caso de hermafroditismo y/o tratamiento por enfermedades sexualmente transmisibles.
- FF.** Todo gasto, servicio, cirugía o tratamiento relacionado con talla corta, delgadez, sobrepeso, obesidad o control de peso en general, incluyendo toda forma de suplemento alimentario o vitamínico.
- GG.** Cuidados podiátricos incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, cuidado de los pies en conexión con callos, juanete, *hallux valgus*, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles y otras quejas sintomáticas de los pies, incluyendo zapatos ortopédicos y plantillas de cualquier tipo, tamaño o forma.
- HH.** Tratamiento por medio de estimulador de crecimiento óseo, estimulación de crecimiento óseo o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, sin que importe la razón por la cual se dé la receta.
- II.** Ingreso hospitalario electivo más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía.
- JJ.** Tratamiento del maxilar o la mandíbula y de trastornos de la articulación mandibular, incluyendo, de manera enunciativa y no taxativa, anomalías y malformaciones del maxilar o la mandíbula, síndrome de la articulación temporomandibular, trastornos craneomandibulares y demás padecimientos del maxilar, de la mandíbula o de la articulación mandibular

que conecta a la mandíbula con el cráneo y del conjunto de músculos, nervios y demás tejidos relacionados con esa articulación.

- KK. Prescripciones Médicas:** (a) de venta libre, o sea que se venden sin necesidad de receta; (b) no recetadas.
- LL. Gastos y tratamientos médicos** que ocurran después de la fecha de vencimiento de la Póliza y/o Certificado de Seguro.
- MM. Tratamiento para lesiones resultantes de la participación en competencias, demostraciones o entrenamientos de deportes profesionales; y/o de la participación en competencias de aficionados en deportes motorizados que expongan al participante a peligro o riesgo.**
- NN. Enfermera privada dentro o fuera del hospital; Excepto aquellas descritas en esta Póliza como Enfermera en el Hogar.**
- ÑÑ. Cualquier tratamiento por Enfermedad, condiciones médicas y/o desórdenes médicos diagnosticados durante los primeros 90 días de vida que excedan del límite máximo de por vida de diez mil (US\$ 10,000.00) dólares de los Estados Unidos de América por hijo**
- OO. Gastos y Tratamientos por concepto de tratamientos médicos que ocurran después de la fecha en la cual el Asegurado Titular deje de estar en Servicio activo o deje de ser un empleado a tiempo completo.**

7. VIGENCIA:

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.

Fecha de inicio de Vigencia del Certificado:

La Cobertura comenzará para el Asegurado Titular y Asegurados Dependientes en la fecha en que el Consentimiento de Seguro de cada uno de ellos sea aprobado por la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de negar la inscripción sobre la base de un Consentimiento y Exámenes Médicos, para incluir dependientes a cargo sin dar ninguna razón, o para aceptar al asegurado titular y / o asegurados dependientes en condiciones especiales.

8. BENEFICIARIOS:

Los beneficios son pagaderos al Asegurado, a su representante legal o a los proveedores licenciados y autorizados para la atención médica. El representante legal del Asegurado tendrá derecho de actuar en nombre y en representación de éste, si se encuentra facultado conforme a la ley para el efecto. Si el Asegurado hubiere fallecido, los beneficios que deban ser pagados conforme a las disposiciones de esta Póliza y/o Certificado de Seguro serán pagados a los beneficiarios señalados en el Consentimiento de Seguro o a sus representantes legales.

9. OBLIGACIONES ENTRE LAS PARTES:

Además de las obligaciones que son detalladas para casos específicos en esta Póliza y/o Certificado de Seguro, el Contratante y la Aseguradora se encuentran obligados a cumplir con las siguientes disposiciones:

A. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE:

Son obligaciones del Contratante:

- a. Pagar a la Aseguradora la prima de seguro con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
- b. Recaudar de las personas del grupo asegurado la cantidad de la prima de seguro con la que contribuyen, con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
- c. Informar, en la forma convenida, a la aseguradora:

El ingreso al grupo asegurado de nuevas personas, adjuntando los consentimientos respectivos y demás documentación que le requiera la aseguradora;

La separación definitiva de alguna persona asegurada del grupo asegurado;

Cualquier situación de los asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza, así como las agravaciones esenciales que tenga el riesgo, que sean de su conocimiento; y,

La terminación de su calidad como contratante.

- d. Dar a conocer a la persona que se asegure, la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- e. Entregar el certificado individual a cada persona del grupo asegurado y, en su caso, la constancia de contratación del seguro, por el medio convenido.

- f. No efectuar cargos adicionales al asegurado sobre la prima fijada por la aseguradora.

Altas de Asegurados

Las personas que llenen los requisitos establecidos para formar parte del Grupo Asegurado de esta póliza, podrán incorporarse al Grupo Asegurado con posterioridad a la fecha de emisión o renovación de la presente póliza, siempre que presenten su Consentimiento de Seguro por escrito, y que forme parte legalmente del Grupo Asegurable. La aceptación del Consentimiento de Seguro queda sujeta a los requisitos de asegurabilidad que indique la Aseguradora.

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

Bajas de Asegurados

Los Asegurados que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, dejan de estar cubiertos por la presente póliza desde el momento de dicha separación, quedando automáticamente sin validez alguna el certificado de seguro emitido a su favor por la Aseguradora. Para estos casos la Aseguradora devolverá la prima no devengada a prorrata, tomando en cuenta que los meses serán contados como meses completos y siempre que el Asegurado Titular o sus Dependientes no hayan incurrido en reclamo.

B. DISPOSICIONES RELATIVAS A LA PRIMA:

B.1. Pago de la Prima:

Las Pólizas se consideran contratos anuales sujetos al pago de las primas. Las Pólizas que no sean pagadas en la Fecha de Vencimiento o durante el Período de Gracia serán canceladas a partir de la Fecha de Vencimiento.

El Contratante es responsable de pagar puntualmente la prima. El pago de la prima es pagadero en la Fecha de Vencimiento de Pago de la Prima. Se envían avisos sobre el pago de la prima sólo como cortesía y la Aseguradora no garantiza la entrega de dichos avisos. En la renovación, si el Contratante no ha recibido el aviso para pagar la prima treinta (30) días antes de la Fecha de Vencimiento de la Póliza y/o Certificado de Seguro, y desconoce la suma correcta del pago de dicha prima de renovación, debe contactar a la Aseguradora.

La prima total es la suma de todas las primas individuales anuales de los Asegurados Titulares y sus Dependientes del Grupo Asegurado, de acuerdo a la tarifa individual establecida de la Clasificación de dichos Asegurados.

A menos que la prima descrita aquí sea pagada a la Compañía, en o antes del Período de Gracia, tal y como se establece en la Póliza y/o Certificado de Seguro, esta última caducará y sus beneficios terminarán. Ningún intermediario de seguros tiene el poder de extender el período de pago de primas en nombre de la Compañía. Los intermediarios de seguros únicamente están facultados para recibir el pago de la primera prima o fracción de la primera prima y los gastos de evaluación de riesgo, por lo que cualquier pago subsiguiente deberá ser realizado directamente en las oficinas de la Aseguradora o en alguna institución autorizada expresamente por la Aseguradora para recibir el pago.

Si el pago de la prima se realiza en una moneda distinta a la que se contrató la Póliza y/o Certificado de Seguro, el Contratante podrá pagar según el tipo de cambio de referencia vigente del día en que realiza el pago en el Banco o en la Institución autorizada por la Aseguradora. Si el pago se realiza en una entidad autorizada por la Aseguradora que no pertenezca al sistema bancario, se aplicará el tipo de cambio de referencia fijado por el Banco de Guatemala vigente para el día en que se realiza el pago.

Para formalizar la renovación de la Póliza y/o Certificado de Seguro, el Titular de la Póliza y/o Certificado de Seguro deberá pagar a la Aseguradora la cantidad de US\$ 75.00 en concepto de Derecho de Renovación del Certificado de Seguro. Dicho monto se paga por Certificado de Seguro, independientemente de la cantidad de personas que estén aseguradas como Dependientes a través de la misma. Dicho monto no será reembolsable una vez inicie la vigencia de la cobertura del nuevo Año Póliza.

B.2. Fraccionamiento de la Prima:

La prima del presente seguro podrá ser pagada en forma mensual, trimestral o semestral, para lo cual la Compañía aplicará un recargo, cuyo monto se reflejará en el Anexo de Pagos Fraccionados.

Cuando el asegurado haya optado por el pago fraccionado de la prima, la Aseguradora podrá rebajar del monto de la indemnización, las primas que adeude el Asegurado en el período de Póliza y/o Certificado de Seguro.

B.3. Periodo de Gracia:

Si las primas no son recibidas por la Aseguradora antes de la Fecha de Vencimiento de Pago de la Prima, en caso de renovación de la Póliza y/o Certificado de Seguro o de algún pago de prima fraccionada, la Aseguradora concederá un Período de Gracia de 30 días calendario después de la Fecha de Vencimiento de Pago de la Prima para que la Póliza y/o Certificado de Seguro pueda estar vigente o ser renovada. Si las primas no son recibidas por la Aseguradora antes que finalice el Período de Gracia, la Póliza y/o Certificado de Seguro caducará sin necesidad de declaración alguna y todos sus beneficios se tendrán por terminados retroactivamente desde la Fecha de Vencimiento del pago de la prima. La

Aseguradora no proveerá beneficios bajo la Póliza y/o Certificado de Seguro mientras ésta no haya sido renovada o cuando haya caducado por falta de pago.

C. DISPOSICIONES RELATIVAS A SINIESTROS:

La reclamación del Asegurado deberá entregarse a la Aseguradora cumpliendo con las disposiciones que a continuación se detallan:

C.1. Prueba de Reclamación:

La prueba escrita de reclamación, incluyendo reclamación por Maternidad que será pagadera en todos los casos en que esté cubierta después del parto, deberá someterse a la consideración de la Aseguradora, mediante el Formulario de Reclamación de la Aseguradora, dentro de los 90 días siguientes a la ocurrencia del suceso relacionado con el Asegurado por el cual se hace la reclamación. Para la tramitación de las reclamaciones el Asegurado o beneficiario deberá presentar los siguientes documentos:

- a) Formulario de Reclamación debidamente completado.
- b) Las facturas originales de la farmacia, clínica u hospital y/o honorarios médicos, a su nombre o a nombre de la Aseguradora (si el tratamiento fue recibido en Guatemala), y con el número de identificación tributaria (NIT) de ésta, en la moneda nacional en que fueron facturados. No se aceptan copias fotostáticas de recibos ni facturas. El tipo de cambio para el pago de reclamaciones estará de acuerdo con el tipo de cambio de referencia publicado por el Banco de Guatemala, vigente en el momento que la Aseguradora reciba la reclamación debidamente documentada por el Asegurado.
- c) Recetas médicas e indicaciones de medicina.
- d) Informe médico con diagnóstico definitivo.
- e) Exámenes de laboratorio.
- f) Estudios radiológicos.
- g) Los Dependientes no cónyuges mayores de edad deberán presentar:
 - i. Cuando sean menores de 30 años y vivan y dependan económicamente del Titular de la Póliza y/o Certificado de Seguro, un acta notarial en que hagan constar mediante declaración jurada que su estado civil es soltero y que es económicamente dependiente del Titular de la Póliza y/o Certificado de Seguro.
 - ii. Cuando sean estudiantes de tiempo completo residiendo en el extranjero y menores de 24 años, una constancia de estudios de jornada completa.
- h) Parte policial (Si ha existido un accidente automovilístico).
- i) Acta de defunción (en caso de fallecimiento).

Al presentar un reclamo, además de llenar y devolver los formularios de reclamación que utiliza la Aseguradora, será necesario acompañar todas las pruebas que permitan determinar las circunstancias de realización del siniestro y sus consecuencias, así como de los gastos incurridos que sean cubiertos por la Póliza y/o Certificado de Seguro, comprobados a través de las facturas originales. En caso el Asegurado omita dar el aviso correspondiente con la intención de impedir que se comprueben las circunstancias del siniestro o si, con igual propósito o con el fin de hacerle incurrir en error, omite remitir oportunamente la documentación referente al mismo, la Aseguradora podrá quedar desligada de sus obligaciones.

Los plazos aquí señalados son establecidos por la Compañía para verificar las circunstancias del evento, valorar las pérdidas y orientar apropiadamente las acciones pertinentes para resolver las reclamaciones. No obstante, si se determina que el monto del siniestro se ha visto incrementado como consecuencia de la reclamación fuera del plazo aquí establecido, la Compañía únicamente pagará lo correspondiente a la pérdida original.

Todas las decisiones con respecto a la aprobación o declinación de cualquier reclamación recibida por la Aseguradora, serán solamente tomadas por la Aseguradora.

La Aseguradora tendrá un plazo de 20 días hábiles para decidir sobre la aprobación o denegación de una reclamación. Este plazo empezará a contar desde el momento en que el Asegurado o beneficiario presenten la correspondiente solicitud de indemnización junto con los documentos necesarios que la respalden para tener por probado el siniestro. La Compañía revisará los documentos presentados, y en caso de estar incompletos, informará al asegurado para que lo subsane, siempre procurando que la respuesta del reclamo se lleve a cabo dentro de los 20 días hábiles posteriores a la presentación de la solicitud de indemnización.

C.2. Pagos de Reclamaciones:

Siempre que sea posible, la Aseguradora pagará directamente a los proveedores de servicios médicos, previa verificación de la Aseguradora respecto la procedencia del reclamo, en cuyo caso, solamente quedará a cargo del Asegurado el pago de los gastos no cubiertos y el Deducible Anual que corresponda. Durante el período de gracia de 30 días para pagar la prima o fracción de la prima adeudada o la renovación de la Póliza y/o Certificado de Seguro, no se otorgará el servicio de pago directo a proveedores médicos mientras la suma adeudada no sea pagada.

Cuando el servicio de pago directo no sea posible, la Aseguradora reembolsará al Asegurado el valor del precio contractual que le diera el proveedor en cuestión a la Aseguradora o de acuerdo con los honorarios usuales, acostumbrados y razonables que se pagan en esa zona, de estos dos valores el que sea menor. El Asegurado será responsable de todo gasto o porción de gastos que se exceda de estos valores, así como del Deducible que corresponda. Si el Asegurado Titular ya no vive, la Aseguradora pagará al beneficiario indicado en el Consentimiento de Seguro.

Para el pago de los beneficios que estén sujetos a Deducible, el Asegurado deberá pagar primero el monto total del Deducible, y una vez pagado, la Aseguradora pagará la cantidad restante hasta el límite total de la Póliza y/o Certificado de Seguro o hasta el sub-límite del beneficio en el caso respectivo. Los beneficios que no estén sujetos a Deducible se pagarán hasta el monto máximo del beneficio. Lo anterior siempre dentro del límite del Beneficio Máximo por Persona, por Año Póliza.

El pago de cualquier indemnización se realizará previa solicitud del Asegurado Titular, cónyuge o beneficiario, quienes podrán exigir el pago cuando hayan transcurrido 30 días hábiles contados a partir de la fecha en que presenten el

reclamo y todas las pruebas y documentos requeridos por la Aseguradora. A partir del momento en que la Aseguradora haya recibido el reclamo y la documentación que deba acompañarlo, ésta tendrá 20 días hábiles para resolver acerca de la procedencia del pago de los beneficios que otorga esta Póliza y/o Certificado de Seguro. En los casos en que la Aseguradora comunique la aprobación del reclamo presentado, el pago de los beneficios deberá realizarse en un plazo de 10 días hábiles contados a partir de que se comunique al Asegurado la aprobación del reclamo.

Cuando el servicio de pago directo a proveedores médicos no sea posible, la Aseguradora reembolsará las indemnizaciones en la moneda en que fueron pagadas por el Asegurado.

C.3. Exámenes Físicos:

La Aseguradora, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a todo Asegurado cuya Enfermedad o Lesión constituya la base de una reclamación, en el momento y con la frecuencia que la Compañía considere necesarios durante la pendencia de la reclamación. El Asegurado pondrá a disposición de la Aseguradora todos los informes y expedientes médicos y, cuando ésta se lo pida, firmará todos los documentos de autorización que necesite la Aseguradora para obtener dichos informes y expedientes. **El no autorizar la consulta de todos los expedientes médicos que pida la Aseguradora relacionados con el siniestro o reclamo, conforme a lo establecido en la legislación local, facultará a la Aseguradora a desligarse de la obligación de pago.** La Aseguradora tiene el derecho a solicitar en caso de muerte una necropsia en las instalaciones que decida la Aseguradora.

D. OTROS SEGUROS:

El Contratante y el Asegurado Titular se encuentra obligado a informar a la Aseguradora al momento de presentar la solicitud de seguro y el Consentimiento de Seguro, respectivamente, o dentro de los cinco días siguientes a la celebración de cada contrato de seguro que le reconozca beneficios similares a los otorgados por esta Póliza y/o Certificado de Seguro. **Si el Contratante o el Asegurado Titular omiten dar aviso intencionalmente o si contratare varias Póliza y/o Certificado de Seguros para obtener provecho ilícito, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones.**

En caso de que el Contratante y el Asegurado Titular tenga en vigor otra Póliza y/o Certificado de Seguro que otorgue beneficios similares a los otorgados por esta Póliza y/o Certificado de Seguro, las reclamaciones podrán ser hechas primeramente contra la otra Póliza y/o Certificado de Seguro y esta Póliza y/o Certificado de Seguro solamente indemnizará sus beneficios después que los beneficios bajo la otra Póliza y/o Certificado de Seguro hayan sido agotados. De haber usado la otra Póliza y/o Certificado de Seguro como primaria, las cantidades por los beneficios pagados bajo la otra Póliza y/o Certificado de Seguro que resulten elegibles bajo esta Póliza y/o Certificado de Seguro, serán acreditadas al Deducible Anual del Asegurado y una vez que el Deducible Anual haya sido satisfecho, únicamente los gastos que no hayan sido pagados por la otra Póliza y/o Certificado

de Seguro, serán cubiertos por esta Póliza y/o Certificado de Seguro, siempre que sean elegibles de acuerdo a las Condiciones Generales, términos y límites de esta Póliza y/o Certificado de Seguro.

En ningún caso se pagará más del gasto realizado por el Asegurado.

10. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO DE SEGURO:

A. CAUSAS DE TERMINACIÓN ANTICIPADA:

La Póliza y/o Certificado de Seguro podrá darse por terminada antes de que transcurra su plazo de vigencia conforme las siguientes disposiciones:

- A.1 Tanto el Contratante y/o el Asegurado Titular como la Aseguradora podrán dar por terminado anticipadamente el contrato. El Contratante y/o el Asegurado Titular podrá hacerlo sin expresión de causa y la Aseguradora podrá darlo por terminado anticipadamente cuando exista justa causa. En ambos casos, será necesario dar un aviso previo con quince días hábiles de anticipación a la otra parte. La prima no devengada será devuelta al Asegurado conforme las tarifas respectivas.
- A.2 Automáticamente se dará por terminado el contrato después de treinta (30) días calendario contados a partir de la Fecha de Vencimiento de cada pago de prima o fracción de prima que resultare no pagada.
- A.3 Si el Asegurado o su representante legal omiten, declaran de forma inexacta o falsa algún hecho que tenga importancia para la apreciación del riesgo, en cuanto puedan influir en la celebración del contrato, tales como los conozca o deba conocer el Asegurado en el momento de formular el Consentimiento de Seguro y el formulario de Examen Médico, la Aseguradora podrá dar por terminado el contrato notificando al Contratante y/o Asegurado dentro del mes siguiente a aquel en que conozca la omisión, falsa o la inexacta declaración. En este caso, la Aseguradora tendrá derecho a ser indemnizada con las primas correspondientes al período del seguro en curso, pero si da por terminado el contrato antes que haya comenzado a correr el riesgo, solamente tendrá derecho al reembolso de los gastos efectuados. En este caso, la Aseguradora tendrá el derecho de escoger entre la terminación anticipada de la Póliza y/o Certificado de Seguro o modificar las condiciones particulares aplicables a ese Asegurado.
- A.4 La presentación de una reclamación fraudulenta constituye justa causa para que la Aseguradora invoque la terminación anticipada del Certificado Individual o la Póliza.
- A.5 Si se prueba que la edad correcta del Asegurado ha sido falseada y que de acuerdo con la edad correcta no hubiera sido elegible para ser asegurado, la obligación de la Aseguradora quedará limitada a la devolución de primas como se regula en esta Póliza y/o Certificado de Seguro. En este caso, la Aseguradora se reserva el derecho de recuperar cualquier reclamo pagado previamente.
- A.6 Si un Asegurado se convierte en residente de los Estados Unidos de América o si llegara a permanecer en el territorio de Estados Unidos de América durante más de 180 días en cualquier plazo de 365 días, la

cobertura se dará por terminada automáticamente en la fecha del cambio de residencia. A.7 Si un Asegurado impidiere a la Aseguradora directa o indirectamente ejercer las acciones para subrogarse en los derechos que ésta tendría de exigir el resarcimiento del daño, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones.

A.8 En el caso en que un Asegurado agote el Beneficio Máximo por Persona, por Año Póliza, que le corresponde, la Aseguradora quedará liberada de cualquier otra obligación que surja durante ese Año Póliza.

A. 9. Si el Asegurado Titular deja de ser empleado del Contratante.

B. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA Y/O CERTIFICADO DE SEGURO:

Si la Póliza y/o Certificado de Seguro ha caducado por la falta de pago de la prima en la fecha correspondiente, la Aseguradora considerará la Rehabilitación de la misma únicamente después de efectuado el pago de la prima y la presentación del Formulario de Solicitud de Rehabilitación como evidencia de buen estado de salud.

No se aceptará Rehabilitación alguna después de transcurridos sesenta (60) días de la Fecha de Vencimiento del último pago adeudado.

La Rehabilitación ocurrirá cuando la Aseguradora:

- a) Acepte la prima vencida atrasada y
- b) Apruebe la Solicitud de Rehabilitación.

La Póliza y/o Certificado de Seguro que ha sido rehabilitada sólo cubrirá los Accidentes que hayan ocurrido después de la fecha de Rehabilitación o Enfermedades cuyos síntomas se hayan manifestado por primera vez después de 10 días de la fecha de la Rehabilitación o Maternidades en los cuales el parto ocurra no menos de 10 meses después de la fecha de Rehabilitación de la Póliza y/o Certificado de Seguro.

C. DEVOLUCIONES:

Si el Contratante, el Asegurado o la Aseguradora dan por terminada la Póliza y/o Certificado de Seguro una vez que ya ésta se ha emitido, rehabilitado o renovado, la Aseguradora devolverá la porción no devengada de la prima, hasta un máximo del 70% de la prima no devengada. El 30% de la prima básica no será reembolsable en ningún caso por ser gastos de administración incurridos. Esta disposición aplicará únicamente en el caso que sea el Contratante o Asegurado Titular quienes den por terminada la Póliza y/o Certificado de Seguro, en el caso que sea la Aseguradora la que dé por terminado el contrato, se devolverá la porción no devengada de la prima salvo el caso establecido en la cláusula 11 inciso A.3 de esta Póliza y/o Certificado de Seguro. La porción no devengada de la prima está basada en 365 días, menos el número de días en que la Póliza y/o Certificado de Seguro estuvo en vigor. En ningún caso se devolverán primas por un plazo que exceda un (1) Año Póliza. En caso de que sean el Contratante o Asegurado Titular los que anulen la Póliza y/o Certificado de Seguro, las devoluciones se realizarán en un plazo máximo de 30 días hábiles.

En el caso de cancelación debido al fallecimiento del Asegurado Titular de la Póliza y/o Certificado de Seguro, la prima a ser devuelta será pagadera al Contratante.

En ningún caso se devolverá el pago realizado en concepto de Gastos de Evaluación de Riesgo ni el pago anual por Póliza y/o Certificado de Seguro realizado en concepto de Derecho de Renovación de Póliza y/o Certificado de Seguro.

11. SUBROGACIÓN:

Si el Asegurado recibe beneficios a través de esta Póliza y/o Certificado de Seguro, la Aseguradora adquirirá todos los derechos de recuperación o de iniciar acción que el Asegurado tenga contra cualquier persona u organización hasta llegar a la suma de los beneficios que se hayan pagado, excepto en el caso de que, sin haber sido intencional el siniestro, el obligado al resarcimiento fuese el cónyuge, un ascendiente o un descendiente del Asegurado. El Asegurado deberá firmar y entregar todo documento que haga falta así como hacer lo que sea necesario para proteger los derechos de subrogación de la Aseguradora.

Si algún acto del Asegurado impidiere a la Aseguradora subrogarse en los derechos que ésta tendría de exigir resarcimiento del daño, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones.

12. MODIFICACIONES:

Ningún intermediario de seguros podrá cambiar u omitir alguna disposición de la Solicitud de Seguro, Consentimiento de Seguro de esta Póliza y/o Certificado de Seguro, o de algún otro documento emitido al respecto. De conformidad con la legislación guatemalteca, cualquier modificación que la Aseguradora realice a las disposiciones de esta Póliza y/o Certificado de Seguro deberá ser registrada ante la Superintendencia de Bancos. En los casos en que se modifiquen las condiciones generales de la Póliza y/o Certificado de Seguro en beneficio de los Asegurados y sin que ello implique contraprestaciones más elevadas a cargo de estos, las nuevas condiciones se aplicarán a los contratos en vigor. En los casos en que las nuevas condiciones generales requirieren el pago de contraprestaciones mayores a las pactadas, sólo podrán aplicarse a los contratos en vigor si el Asegurado lo solicita y paga la diferencia de la prima correspondiente.

13. NOTIFICACIONES:

A. PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PREVIA:

El Asegurado está en la obligación de contactar a la Aseguradora por lo menos 72 horas antes de cualquier hospitalización o de acudir a Servicios de Paciente Externo. La notificación se puede hacer llamando al teléfono que aparece en la tarjeta de identificación del Asegurado. **La falta de notificación a la Aseguradora de por lo menos 72 horas antes de cualquier hospitalización o de acudir a Servicios de Paciente Externo da derecho a reducir los beneficios que hubieren correspondido al Asegurado si el aviso se hubiere dado oportunamente.**

B. PROCEDIMIENTO DE AVISO DE ACCIDENTE O EMERGENCIA:

En caso de un Accidente o Emergencia en que le sea imposible al Asegurado hacer la notificación antes de recibir tratamiento, el Asegurado tiene la obligación de notificarle a la Aseguradora en un plazo de 48 horas de haber comenzado el tratamiento. Salvo que el Asegurado pueda comprobar que existió caso fortuito o fuerza mayor, **la falta de notificación a la Aseguradora dentro de las 48 horas siguientes al Accidente o Emergencia da derecho a reducir los beneficios que hubieren correspondido al Asegurado si el aviso se hubiere dado oportunamente.**

C. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES:

Cualquier comunicación que una de las partes deba realizar a la otra deberá realizarse por escrito en la dirección o en el correo electrónico consignado en la Carátula de esta Póliza y/o Certificado de Seguro. Cualquier cambio de domicilio, dirección física o electrónica deberá comunicarse a la otra parte a más tardar en un plazo de cinco días hábiles contados a partir del cambio efectivo de dirección. Todos los requerimientos y comunicaciones dirigidos a la última dirección señalada surtirán efectos aunque en ella ya no se encontrare a la persona a quien están dirigidos.

14. PRESCRIPCIÓN:

Los derechos que se deriven del presente contrato prescribirán a los dos (2) años, iniciándose dicho término desde el momento en que el derecho sea exigible a favor de la parte que lo ejercita.

15. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

La Aseguradora, el Contratante y el Asegurado o beneficiario por este medio expresamente acuerdan someterse al tribunal competente de la República de Guatemala en toda acción jurídica que se origine directa o indirectamente de esta Póliza y/o Certificado de Seguro. En todos los efectos jurídicos y contractuales, el idioma que prevalecerá será el español, aunque se le haya proporcionado al Asegurado una traducción en otro idioma para su comodidad y conveniencia.

16. VALOR A INDEMNIZAR:

Además de los sublímites establecidos específicamente en las cláusulas que anteceden para algunos de los beneficios que ofrece esta Póliza y/o Certificado de Seguro, se establece un Beneficio Máximo por Persona, por Año Póliza, por Asegurado que asciende a la cantidad de US\$ 2,000,000.00, el cual representará el límite total de los beneficios que podrán ser aprovechados por el Asegurado. Queda acordado entre las partes que cuando un Asegurado agote el Beneficio Máximo por Persona, por Año Póliza, la Aseguradora quedará liberada de las obligaciones que se establecen en esta Póliza y/o Certificado de Seguro.

17. CONFIDENCIALIDAD:

La Aseguradora se compromete a tratar como confidencial toda la información que le sea revelada por el Contratante, el Asegurado y el beneficiario, siempre que ésta no consista en datos de dominio público. En tal virtud, dichos datos no serán revelados a terceros sin la respectiva autorización, salvo en los casos que la legislación local reconozca alguna excepción.

18. NORMAS SUPLETORIAS:

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 del mismo. En todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las estipulaciones contenidas en el Decreto 25-2010 del Congreso de la República, Ley de la Actividad Aseguradora, Código de Comercio de Guatemala, en el Decreto Ley número 106 y sus reformas, Código Civil, y demás normativa aplicable dictada por la Superintendencia de Bancos de Guatemala, así como cualquier otra legislación de la República de Guatemala que sea aplicable a la materia.

Por estipulación legal se cita el siguiente artículo: Artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala: “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”.

Se entiende que esta póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República 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 A LA PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

PLAN EJECUTIVO

Para adherir a:
Póliza No.
Certificado No.

ANEXO DE ASISTENCIA EN VIAJE

Adicionalmente a los beneficios cubiertos bajo la Póliza arriba indicada, el **Anexo de Asistencia en Viaje** proporcionará al Asegurado los beneficios aquí descritos:

CUADRO DE BENEFICIOS

DESCRIPCION DE BENEFICIOS	COBERTURA MAXIMA
Gastos de Transportación Aérea de Emergencia Médica	100%
Gastos de Transportación por Acompañante	US\$ 1,000.00
Gastos de Estancia por acompañante, máximo y máximo de días	US\$ 100.00 por un máximo de 5 días
Repatriación Médica	US\$ 25,000.00
Gastos de Desplazamiento de un Acompañante fuera del País de Residencia	US\$ 1,000.00
Deducible cubierto en caso de accidente o tratamiento de emergencia médica durante el viaje	
Opción I – (Deducible US\$ 0.00 / US\$ 500.00)	Hasta US\$ 500.00 máximo por viaje
Opción II – (Deducible US\$ 500.00)	Hasta US\$ 500.00 máximo por viaje
Opción III – (Deducible US\$ 1,000.00)	Hasta US\$ 1,000.00 máximo por viaje
Opción IV – (Deducible US\$ 2,500.00)	Hasta US\$ 2,500.00 máximo por viaje
Opción V (Deducible US\$ 5,000.00)	Hasta US\$ 5,000.00 máximo por viaje
Opción VI (Deducible US\$ 10,000.00)	Hasta US\$ 5,000.00 máximo por viaje
Opción VII (Deducible US\$ 20,000.00)	Hasta US\$ 5,000.00 máximo por viaje
Repatriación de Restos Mortales o Servicios de Cremación	US\$ 10,000.00
Regreso de Menores de Edad	US\$ 1,000.00 por Póliza

ARTICULO 1: BENEFICIOS

TRANSPORTACION AEREA DE EMERGENCIA MEDICA

Significa los gastos de Transportación Aérea de Emergencia Médica para transportar al Asegurado en condiciones críticas, desde un Hospital donde no exista la atención apropiada, hasta el centro hospitalario más cercano y apropiado. En el caso de este tipo de emergencia, la Aseguradora debe ser notificada previo a dicha transportación aérea para la aprobación y los arreglos de la Transportación Aérea de Emergencia Médica. La Aseguradora, después de consultar con el Médico del Asegurado, decidirá si la transportación es medicamente necesaria, y de serlo, el lugar a donde el Asegurado deberá ser transportado. En el caso que la opinión del Médico del Asegurado contradiga la decisión de la Aseguradora sobre si la transportación aérea es medicamente necesaria o la localización a donde el Asegurado deberá ser transportado, a opción de la Aseguradora, se podrá exigir una segunda opinión de un médico elegido por la Aseguradora para confirmar la necesidad médica y localización del centro hospitalario para la transportación aérea. En el caso que la segunda opinión confirme que sea necesaria la transportación aérea, los beneficios serán pagados de acuerdo con lo estipulado en la Póliza. En el caso que la transportación aérea no sea aprobada o de ser aprobada pero el Asegurado sea trasladado a un centro hospitalario no aprobado por la Aseguradora, los gastos de transportación serán la responsabilidad del Asegurado.

Sujeto a lo indicado en el párrafo anterior, la Transportación Aérea de Emergencia Médica será cubierta dentro y fuera del País de Residencia.

La Transportación Aérea de Emergencia Médica incluirá así mismo los costos razonables de transportación de un acompañante que sea Miembro de la Familia del Asegurado durante la transportación hasta el Hospital.

El Asegurado acuerda mantener a la Aseguradora y a cualquier compañía afiliada con la Aseguradora libre de responsabilidad por cualquier consecuencia resultante de tales servicios, o por demoras, o restricciones en los vuelos causados por problemas mecánicos, o por restricciones gubernamentales, o por el piloto o la aerolínea, o debido a condiciones operacionales o climáticas, o por cualquier otra causa ajena al control de la Aseguradora.

GASTOS DE TRANSPORTACION PARA ACOMPAÑANTE

En caso que un Miembro de la Familia que acompañe al Asegurado no esté permitido a viajar con el Asegurado durante la Transportación Aérea de Emergencia Médica, la Aseguradora pagará los gastos razonables para que un Miembro de la Familia sea transportado al centro hospitalario donde se transportó el Asegurado, hasta un máximo indicado en el Cuadro de Beneficios, en clase económica.

GASTOS DE ESTANCIA PARA ACOMPAÑANTE

En caso de un Transporte Aéreo de Emergencia Médica, la Aseguradora pagará los gastos de alojamiento de un Miembro de la Familia que acompañe al Asegurado hasta un máximo indicado en el Cuadro de Beneficios.

REPATRIACION MEDICA

De producirse un Transporte Aéreo de Emergencia Médica, hospitalización y estabilización del Asegurado y cuando sea médicamente aconsejable. La Aseguradora realizará la subsiguiente

repatriación del Asegurado a un Centro Médico en su País de Residencia. El límite máximo de esta cobertura será de hasta un máximo indicado en el Cuadro de Beneficios.

DISPONIBILIDAD, EVALUACIÓN Y REFERENCIA MÉDICA LAS 24 HORAS

La Aseguradora dispone de personal bilingüe, incluyendo médicos de guardia para evaluación y asistencia. El personal de esta oficina maneja las referencias médicas así como la coordinación del Transporte Aéreo de Emergencia o repatriación médica. El Asegurado puede contactar con la Aseguradora llamando al número telefónico que aparece en su tarjeta de identificación para obtener una referencia médica en la región en la cual se encuentre.

GASTOS DE DESPLAZAMIENTO DE UN ACOMPAÑANTE FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA

Si el Asegurado se encuentra hospitalizado, por un período de más de cinco (5) días a consecuencia de un Accidente o Tratamiento de Emergencia Médica ocurrido durante un Viaje y no tenga ningún acompañante, la Aseguradora facilitará a la persona de su elección, un boleto de ida y vuelta en avión (clase económica). El límite máximo de esta cobertura está indicado en el Cuadro de Beneficios.

TRANSPORTACION PERSONALIZADA

En caso de un ingreso planeado a un Hospital en los Estados Unidos, la Aseguradora proporcionará transportación al Asegurado y a un acompañante, desde el aeropuerto a su alojamiento. La Aseguradora también proporcionará transportación al Hospital desde su alojamiento y la Aseguradora proporcionará transportación para visitas subsecuentes al Hospital y/o Médicos.

ARREGLOS DE ALOJAMIENTO

A la petición del Asegurado, en caso de ingreso o tratamiento planeado en un Hospital o Proveedor Médico, la Aseguradora asistirá al Asegurado y su familia en el arreglo de alojamiento en hoteles seleccionados donde tarifas especiales podrán ser obtenidas.

OTRAS ASISTENCIAS MEDICAS

Mientras el Asegurado se encuentre recibiendo asistencia médica, la Aseguradora podrá ayudar al Asegurado y su familia a hacer citas médicas o de dentistas.

DEDUCIBLE CUBIERTO EN CASO DE ACCIDENTE O TRATAMIENTO DE EMERGENCIA MEDICA DURANTE VIAJE

Sujeto a los límites aquí indicados, el Deducible de acuerdo con la Póliza, se cubrirá en caso de un Accidente o Tratamiento de Emergencia Médica durante un Viaje como se indica en el Cuadro de Beneficios:

REPATRIACION DE RESTOS MORTALES:

Si se produjera el fallecimiento de un Asegurado fuera de su País de Residencia, la Aseguradora se hará cargo de los trámites y gastos necesarios, hasta la cantidad indicada en el Cuadro de Beneficios para el traslado de los restos mortales hasta el País de Residencia, o para los gastos relacionados a servicios de cremación de los restos mortales. Este servicio será ofrecido si la muerte resulta de un Accidente o condición cubierta. Este servicio no se extenderá en ningún caso a los gastos y gestiones que impliquen las honras fúnebres e inhumación.

REGRESO DE MENORES DE EDAD

Si el Asegurado Titular se muere durante un Viaje, la Aseguradora le prestará toda asistencia posible para regresar sus Dependientes menores de edad que están viajando con el Asegurado Titular fallecido a su País de Residencia, incluyendo el pago de un pasaje de viaje, clase económica. El límite máximo por este beneficio será el indicado en el Cuadro de Beneficios.

INFORMACION MEDICA:

A petición del Asegurado, si el mismo se encuentra hospitalizado fuera de su País de Residencia la Aseguradora durante un Viaje proporcionará información a la familia y/o empleador del Asegurado, sobre problemas médicos de éste, así como su diagnóstico, tratamiento y operaciones de emergencia desarrolladas. Este beneficio puede estar limitado por leyes de privacidad en el sitio donde se encuentre el Asegurado.

ARTICULO 2: DEFINICIONES

Viaje: se define como el momento de salida del Asegurado de su País de Residencia con el motivo de realizar un Viaje de placer y/o negocio, hasta su regreso a su País de Residencia, excluyendo Viajes los cuales su objetivo principal o secundario sea para recibir tratamiento o asesoría médica. Esta cobertura no aplicará durante un viaje que exceda cuarenta y cinco (45) días.

ARTICULO 3: EXCLUSIONES

Todas las exclusiones incluidas en la Póliza y los siguientes tratamientos, artículos y sus gastos relacionados, quedan excluidos del beneficio de Asistencia en Viajes:

1. Emergencias o accidentes que ocurran o resulten a consecuencia de una Condición Pre-existente como se define en la Póliza bajo las reglas, términos y definiciones de la misma.
2. Emergencias y/o complicaciones relacionadas a Maternidad.
3. Emergencias o accidentes que ocurren mientras en Asegurado este estudiando fuera del País de Residencia.

La Asistencia en Viaje sólo cubre la primera emergencia que ocurra al Asegurado, cualquier visita de seguimiento o servicios adicionales relacionadas a la misma condición o enfermedad no están cubiertos.

BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA S.A.

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.