BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA, SOCIEDAD ANÓNIMA
CONDICIONES GENERALES DEL PLAN DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS
PLAN IDEAL
ESTE CONTRATO CONTIENE CLÁUSULA ARBITRAL

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 Ideal que queda contenido en esta Póliza. La Póliza está conformada por la Solicitud de Seguro, el Examen Médico, las presentes Condiciones Generales, la Carátula y cualquier Anexo que se incorpore a la misma.

Favor de leer 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 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:** es la persona en cuyo nombre se completa la Solicitud de Seguro, o cuyo nombre está incluido en la misma, para quien se confirma la cobertura y a la que se le ha expedido una Póliza.

D. **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 lo que establezca la Carátula de la Póliza.

E. **CARGOS POR ALOJAMIENTO EN EL HOSPITAL PARA UN ACOMPAÑANTE DE UN DEPENDIENTE HOSPITALIZADO:** son los gastos causados e incluidos en la cuenta del Hospital por la estadía nocturna de un Acompañante durante la hospitalización.

F. **CHEQUEOS MÉDICOS RUTINARIOS:** son los exámenes médicos realizados por un Médico legalmente habilitado conforme a la ley para el control de la salud.

G. **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.

H. **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.

I. **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 dentro de los diez (10) años antes de la Fecha de Inicio Original de esta Póliza.

J. **CÓNYUGE:** significa la persona legalmente casada o declarada unida de hecho conforme la ley guatemalteca, excluyendo a los legalmente separados.

K. **CUIDADO NEONATAL:** son los tratamientos médicos necesarios, incluyendo la atención rutinaria, proporcionados al (los) hijo(s) recién nacido(s) de un Asegurado.

L. **DEDUCIBLE ANUAL:** es la suma a ser pagada por el Asegurado por los gastos elegibles y certificados, antes que los beneficios que ampara esta Póliza sean pagaderos.

M. **DEFINICIÓN:** es el significado que regirá para algunas palabras y frases que se definan dentro de la Póliza de Seguro. En los casos en que haya una Definición para un beneficio otorgado por esta Póliza, dicho beneficio estará sujeto a los límites y exclusiones que se detallan en los documentos que forman parte de esta.

N. **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.

O. **DEPORTES PROFESIONALES:** son aquellos en donde los participantes reciben pago o compensación monetaria por la práctica de los mismos en competencias, demostraciones o entrenamientos.

P. **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.

Q. **DOMICILIO:** es el departamento de la República de Guatemala que el Asegurado señala en la Solicitud de Seguro como el territorio en el que habitualmente reside con ánimo de permanencia.

R. **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 deberá entenderse que se refiere a dólares de los Estados Unidos de América.

S. **EMERGENCIA** se define como una Enfermedad o Accidente repentino e imprevisto cubierto por la Póliza, 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.

T. **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 durante el Año Póliza.

U. **ENFERMEDAD INFECCIOSA:** es cualquier enfermedad común, transmisible, causada por virus, bacterias, hongos o parásitos.

V. **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, sujetos a los límites específicos establecidos en ella.

W. **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 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.

X. **EXAMEN MÉDICO:** 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.

Y. **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.

Z. **FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA:** para efectos de esta Póliza, podrá ser: (a) la Fecha de Inicio Original de la Póliza; (b) la fecha en que esta Póliza sea renovada; o (c) la fecha en que esta Póliza sea rehabilitada a través del procedimiento establecido en esta Póliza para tal efecto. La Fecha de Inicio de la Póliza en ningún caso será determinada por la fecha que conste en la Solicitud de Seguro.

AA. **FECHA DE INICIO ORIGINAL DE LA PÓLIZA:** es la primera fecha en que esta Póliza es emitida, cómo se refleja en la Carátula de esta Póliza para dicho Año Póliza, y no es la fecha de la Solicitud o la fecha de renovación para cualquier Año Póliza subsiguiente.

BB. **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 o algún pago acordado en una prima fraccionada.

CC. **GASTOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS:** Los beneficios pagaderos bajo esta Póliza 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.

DD. **HIJOS DE CRIANZA:** Menor de edad que carece de un vínculo de parentesco legal con el Titular de la Póliza, de conformidad con las disposiciones del Código Civil, pero cuyo sustento económico depende exclusivamente del Titular de la Póliza.

EE. **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.

FF. **INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:** Lesión accidental que se prolonga indefinidamente, que es declarada como tal por un Médico y que no permita realizar actividades relacionadas con cualquier y todo tipo o clase de negocios o profesión.

GG. **LESIÓN:** significa el daño corporal causado por un Accidente ocurrido dentro del período del Año Póliza.

HH. **MATERNIDAD:** significa el tratamiento pre y postnatal y el alumbramiento, siempre y cuando el beneficio sea cubierto por esta póliza.

II. **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.

JJ. **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 Médicamente Necesario si: a) Se provee sólo para la comodidad del Asegurado, de la familia de éste o del proveedor; b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado; c) Excede el nivel de atención que se necesita para proveer un diagnóstico o tratamiento adecuado; d) No se le reconoce médica ni científicamente; e) Se considera como experimental; f) No ha sido aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos de los Estados Unidos de América; g) No ha sido aprobado por las autoridades sanitarias de Guatemala; h) Se refiere a un procedimiento estético.

KK. **MIEMBRO DE LA FAMILIA:** es definido como Cónyuge, padre, madre, hermano(a), hijo (a), nieto (a), suegro (a) y tío (a) del Asegurado.

LL. **MONEDA:** se entenderá que en todas las transacciones con esta Póliza se utilizará el dólar de los Estados Unidos de América.

MM. **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, conforme a las disposiciones contenidas en ésta.

NN. **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 esté en vigor.

OO. **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.

PP. **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.

QQ. **RED DE PROVEEDORES DEL PLAN IDEAL:** es un grupo de Hospitales, Médicos y otros proveedores de servicios o bienes médicos que la Aseguradora cataloga como la Red de Proveedores del Plan Ideal. 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 del Plan Ideal, la Aseguradora tiene que coordinar todos los tratamientos, con excepción de las Emergencias.

RR. **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

SS. **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.

TT. **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, por

un período continuo no menor a 24 horas, o por un período de menos de 24 horas solamente cuando exista una operación programada.

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

VV. **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.

WW. **TITULAR DE LA PÓLIZA:** es el Asegurado bajo esta Póliza a cuyo nombre se emite la misma. Todos los demás Asegurados que aparezcan en esta Póliza serán considerados como Dependientes.

XX. **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 o páncreas. Incluye Trasplantes de Órgano sólido y Trasplante de tejidos o células que sean médicamente reconocidos y que no sean considerados experimentales.

YY. **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.

ZZ. **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. <u>COBERTURA:</u>

A. **GENERAL:** La Aseguradora se obliga a cubrir los riesgos descritos en la Carátula de esta Póliza, conforme a los términos y condiciones indicados en la Póliza y en los Anexos correspondientes.

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

1. Servicios médicos y quirúrgicos dentro y fuera del Hospital.
2. Honorarios médicos.
3. Prescripciones Médicas.
4. Exámenes y/o Servicios de Laboratorio.
5. Cirugía Ambulatoria.
6. Habitación y alimentación en el Hospital.
7. Unidad de Cuidados Intensivos.
8. Cargos por alojamiento en el Hospital para un acompañante de un Dependiente que sea hospitalizado.
9. **Maternidad. ***
10. **Complicaciones de Maternidad. ***
11. **Cuidado Neonatal. ***
12. Enfermera en el Hogar.
13. Tratamiento Dental de Emergencia a Consecuencia de un Accidente.
14. Trasplante de Órganos.
15. Servicio Local de Ambulancia.
16. Chequeo Médico Rutinario.
17. Cobertura mundial.
18. Servicios VIP.
19. Exoneración de Pago de Primas.
20. Tratamiento Médico de Emergencia fuera de la Red de Proveedores del Plan Ideal.
21. Indemnización por Incapacidad Total y Permanente del Titular de la Póliza.
22. Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos.

Estos beneficios únicamente estarán cubiertos por esta Póliza cuando la misma sea contratada con un deducible menor a US$ 5,000.00.

B. **DEDUCIBLE ANUAL:** El Deducible Anual establecido en la Carátula de esta Póliza se aplicará por cada Asegurado y por cada Año Póliza, con un máximo de dos (2) deducibles por familia en el mismo período; dicho deducible podrá completarse mediante la acumulación de gastos cubiertos a lo largo del Año Póliza, sin necesidad de que corresponda a un solo evento, y cualquier gasto cubierto realizado dentro de los últimos noventa (90) días del Año Póliza que no alcance a completarlo será trasladado y aplicado al siguiente Año Póliza.

   En caso de Accidente que sea tratado en el País de Residencia, en el que más de un Asegurado cubierto bajo esta Póliza sufra una Lesión corporal, solamente se aplicará un Deducible Anual por Año Póliza con respecto a los Asegurados lesionados.

No se aplicará Deducible Anual al Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de un Accidente, a los Chequeos Médicos Rutinarios, a la Maternidad, al Cuidado Neonatal y a las Complicaciones de Maternidad (cuando estén cubiertos por esta Póliza), a la Exoneración de Pago de Primas, a los Servicios "VIP", al beneficio de Incapacidad Total y Permanente, ni al Servicio Local de Ambulancia.

No se aplicará el Deducible Anual a las siguientes coberturas: Tratamiento Dental de Emergencia por Accidente; Chequeos Médicos Rutinarios; Maternidad; Cuidado Neonatal y las Complicaciones de Maternidad (cuando estén cubiertas por esta Póliza); Exoneración de Pago de Primas; Servicios "VIP"; Beneficio de Incapacidad Total y Permanente; y Servicio Local de Ambulancia

C. **ELEGIBILIDAD:** Podrán asegurarse todas las personas residentes permanentes en Guatemala que no hayan cumplido los setenta y cuatro (74) años de edad. La edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años; sin embargo, los menores de 18 años podrán ser asegurados siempre que sean Dependientes del Titular de la Póliza.

El propuesto Asegurado Titular y sus Dependientes, serán asegurados en el Plan Ideal, una vez su Solicitud 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 una Solicitud de Seguro serán aseguradas mediante la aprobación de su Solicitud de Seguro 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 están automáticamente cubiertos y sujetos al límite específico detallado en las condiciones particulares. Para asegurar al recién nacido, deberá enviarse a la Aseguradora el Formulario de Adición y/o el Certificado de Nacimiento —este último únicamente cuando el nacimiento corresponda a una Maternidad cubierta por esta Póliza— junto con el pago de la prima aplicable, dentro de los noventa (90) días posteriores al nacimiento. Si este requisito no se cumple en el plazo indicado, será necesario presentar una Solicitud de Seguro para la adición del menor, la cual quedará sujeta a evaluación de riesgo por parte de la Aseguradora.

Los Dependientes no Cónyuges podrán ser Asegurados a través de la Póliza suscrita por el Titular de la Póliza siempre que no estén casados, que vivan con el Titular de la Póliza o en una vivienda que él provea y que dependan 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 de la Póliza o Renovación. En el caso de que dichos Dependientes sean solteros y residan con el Titular de la Póliza,

podrán estar cubiertos hasta que cumplan 30 años. En caso de que el Dependiente estudie a tiempo completo fuera de su País de Residencia, podrá gozar de los beneficios que ampara esta Póliza hasta los 24 años.

En caso de que un Asegurado cambie su País de Residencia, deberá notificarlo a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a dicho cambio. El Asegurado solo podrá mantener registrado un (1) País de Residencia a la vez bajo esta Póliza.

D. **DERECHO A OPTAR A SEGURO INDEPENDIENTE:** Los Dependientes que estuvieron cubiertos por una Póliza anterior con la Aseguradora, y que satisfacen los demás requisitos para tener derecho a cobertura a través de su propia Póliza, podrán solicitar su inclusión como Asegurados independientes, sin necesidad de presentar pruebas de asegurabilidad, con un plan con el mismo deducible o un deducible más alto y con las mismas condiciones y restricciones que existían en la Póliza que anteriormente les daba cobertura a través de esta misma Aseguradora. La solicitud de los Dependientes deberá ser recibida dentro de un plazo de sesenta (60) días antes de la fecha de renovación de la Póliza anterior.

   Si un hijo Dependiente se casa o deja de ser estudiante a tiempo completo o si un cónyuge Dependiente deja de estar casado o cesa de cohabitar con el Titular de la Póliza por motivo de divorcio, separación o anulación del matrimonio, la cobertura de dicho Dependiente terminará al vencimiento del Año Póliza salvo que opte por contratar una Póliza propia en los términos antes señalados.

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 del Plan Ideal, 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, sujetándose a los límites establecidos en ella y en las condiciones particulares, aplicando el deducible correspondiente.

   Las coberturas de estos servicios serán las siguientes:

   a. **Servicios Hospitalarios:** La Aseguradora pagará 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 las condiciones particulares de la Póliza, siempre que el Deducible Anual al que el Asegurado se encuentra obligado haya sido satisfecho. Se aplicará una reducción del cincuenta por ciento (50%) al Deducible Anual para Servicios Hospitalarios cuando el tratamiento sea

proporcionado en el País de Residencia del Asegurado para Pólizas contratadas con montos de deducibles de US$ 500.00; US$ 1,000.00 o US$ 2,500.00.

Los Servicios Hospitalarios incluyen los costos de habitación y alimentación, el uso de las instalaciones médicas, prescripciones y honorarios médicos, así como todos los tratamientos y servicios ordenados por un Médico, incluyendo cuidados intensivos y exámenes y servicios de laboratorio, siempre que sean médicamente necesarios. También estarán cubiertas la cirugía ambulatoria, la quimioterapia, la radioterapia y la diálisis cuando se realicen en un Hospital. Asimismo, los Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos estarán cubiertos cuando sean prescritos durante una hospitalización para tratar una Enfermedad o Lesión cubierta y cuenten con aprobación previa de la Aseguradora. El detalle de los límites, requerimientos y número máximo de días cubiertos por hospitalización durante cada Año Póliza se establecerá específicamente en las condiciones particulares.

b. **Servicios de Paciente Externo:** Después que el Asegurado haya cubierto el Deducible Anual, la Aseguradora pagará 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, establecido en las condiciones particulares de la Póliza.

   Servicios de Paciente Externo para tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis serán cubiertos dentro y fuera del País de Residencia hasta el límite establecido en la Carátula de la Póliza y en las condiciones particulares, después de satisfacer el Deducible Anual.

   Las cirugías ambulatorias serán cubiertas dentro y fuera del País de Residencia, después de satisfacer el Deducible Anual y según lo establecido en las condiciones particulares.

   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, la Aseguradora pagará los gastos elegibles y autorizados previamente hasta

agotar el límite para cada beneficio y/o el Beneficio Máximo por Persona, por Año Póliza, establecidos en la Carátula de la Póliza y/o en las condiciones particulares, siempre que el Asegurado haya acudido a la Red de Proveedores del Plan Ideal.

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 y según lo establecido en las condiciones particulares.

Las Cirugías Ambulatorias y los tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis practica dos 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 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 del Plan Ideal resultarán en una reducción del veinticinco (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 indicadas en las condiciones particulares. Los referidos servicios estarán sujetos a los demás límites, exclusiones y Deducible Anual contratado establecidos en la Póliza.

La Póliza provee Tratamiento Médico de Emergencia fuera de la Red de Proveedores del Plan Ideal 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:** Siempre que el Asegurado haya asistido a la Red de Proveedores del Plan Ideal, después de que el Asegurado pague el Deducible Anual, la Aseguradora pagará los gastos elegibles y autorizados previamente en las condiciones particulares por la Aseguradora hasta agotar el límite para cada beneficio, en su caso, el Beneficio Máximo por Persona, por Año Póliza, establecido en la Póliza y/o condiciones particulares.

   Servicios de Paciente Externo para tratamientos de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis serán cubiertos hasta el límite establecido en la Carátula

de la Póliza y/o condiciones particulares, después de satisfacer el Deducible Anual, siempre y cuando estos beneficios sean proporcionados por un proveedor de Servicios de Paciente Externo o por Médicos dentro de la Red de Proveedores Plan Ideal, 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 Plan Ideal resultarán en una reducción del cincuenta por ciento (50%) de los beneficios.

Las cirugías ambulatorias serán cubiertas según lo establecido en las condiciones particulares después de satisfacer el Deducible Anual y porcentaje por Coaseguro identificado en la literal anterior.

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.

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 y los beneficios que se incluyen a través de esta cobertura están listados en las condiciones particulares que se denomina "Servicios VIP". 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.

H. **EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS:** Si como consecuencia de un Accidente o Enfermedad ocurrida o iniciada después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza, el Titular fallece o sufre una incapacidad total y permanente que le impida ejercer las actividades normales de su ocupación habitual, y al momento del fallecimiento o del inicio de dicha incapacidad no ha cumplido los sesenta (60) años, la Aseguradora mantendrá la cobertura de la Póliza para todos los Asegurados ahí incluidos, exonerando el pago de primas durante el período que se establezca en las condiciones particulares. Para la procedencia de este beneficio, la incapacidad total y permanente deberá mantenerse de forma continua por el plazo previsto en las condiciones particulares y contar con certificación médica que confirme su prolongación. La Aseguradora podrá requerir pruebas que acrediten el fallecimiento o la continuidad de la incapacidad y tendrá el derecho de evaluar al Titular a su propio costo. En caso de que el fallecimiento del Titular sea consecuencia de la misma condición que originó la incapacidad total y permanente, la exoneración del pago de primas continuará para los

Dependientes asegurados por el período restante señalado en las condiciones particulares.

4. <u>PROGRAMAS DE GESTIÓN DE UTILIZACIÓN Y DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN:</u>

La Aseguradora cuenta con Programas de Gestión y Revisión de Utilización ("UM/UR", por sus siglas en inglés), dentro de los cuales se incluyen, entre otros, la Revisión Médica Concurrente, la Gestión de Casos Clínicos y los Exámenes Clínicos.

Las decisiones relacionadas con el criterio médico independiente —como la necesidad, naturaleza, oportunidad y prestación de los servicios de salud— corresponden exclusivamente al Titular de la Póliza, a los Médicos y a los proveedores de atención médica del Asegurado. Por su parte, la Aseguradora tiene la responsabilidad de determinar si los gastos incurridos, o por incurrir, se ajustan a los parámetros de cobertura establecidos en esta Póliza. Esta función no interfiere con la autonomía clínica de los profesionales de salud. No obstante, se reconoce que en ciertas situaciones la interpretación de la Aseguradora respecto a lo que se considera Médicamente Necesario puede diferir de la valoración médica tratante. En todo caso, la determinación final sobre la procedencia de la cobertura se realizará con base en los criterios establecidos en las condiciones generales de esta Póliza y las condiciones particulares.

La Aseguradora tiene que certificar todas las hospitalizaciones y Servicios de Paciente Externo para que el Asegurado pueda recibir cobertura a través de la presente Póliza.

A. **REVISIÓN MÉDICA CONCURRENTE:** En el Programa de Gestión de Utilización y Revisión de Utilización ("UM/UR"), la Aseguradora podrá revisar las estadías en el Hospital, así como otros programas de tratamiento de la salud durante dicha estadía o programa de tratamiento. 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. Dicha cobertura y/o determinación de pago que haga la Aseguradora y las revisiones o evaluaciones de información o datos médicos que realice en específico se hacen con el único propósito de tomar decisiones sobre dicha cobertura o pago conforme a lo dispuesto en esta Póliza y no con el de recomendar o proveer atención médica.

B. **GESTIÓN DE CASOS CLÍNICOS:** La Aseguradora podrá hacer disponible este programa para aquellos Asegurados que tengan una condición catastrófica o crónica. Bajo este programa, la Aseguradora trabajará con el Médico y los proveedores de atención médica del Asegurado para garantizar que él o ella esté recibiendo el

tratamiento médicamente necesario, en el contexto clínico más apropiado, de acuerdo con los términos y condiciones de esta Póliza. El Asegurador, a su exclusivo criterio, establecerá cuándo debe activarse este programa.

C. **EXAMEN CLÍNICO:** La Aseguradora se reserva el derecho y la oportunidad de examinar o solicitar otra opinión clínica a cualquier Asegurado cuya Enfermedad o Lesión sea la base de un reclamo, cuando y con la frecuencia que la Aseguradora considere necesario durante la tramitación del reclamo. El Asegurado pondrá a disposición de la Aseguradora todos los informes y registros médicos y, cuando así lo solicite la Aseguradora, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga dichos informes y registros médicos. Si no se autoriza la divulgación de todos los registros médicos solicitados por la Aseguradora, se denegará la reclamación. La Aseguradora tiene derecho a solicitar una autopsia en caso de muerte en un centro de su elección.

5. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

La responsabilidad de la Aseguradora se limita exclusivamente a los Gastos Médicos elegibles efectivamente incurridos por el Asegurado y que sean necesarios para la atención o tratamiento de una Enfermedad, Accidente o evento cubierto por esta Póliza. Dichos beneficios se reconocerán únicamente hasta los límites máximos establecidos en las Condiciones Particulares y conforme a los términos y disposiciones de esta Póliza.

6. EXCLUSIONES:

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

B. Todo tratamiento relacionado con Condiciones Pre-existentes no declaradas en la Solicitud de Seguro. Todas aquellas Condiciones Pre-existentes declaradas en la Solicitud de Seguro serán cubiertas después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza, siempre y cuando el período de espera aplicable a esta Póliza haya expirado, y que no se señalen en el Anexo de Condiciones Particulares.

C. Cualquier tratamiento durante los primeros 30 días después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza, con excepción de Accidentes y Enfermedades Infecciosas.

D. Cualquier equipo médico, prótesis, dispositivos ortopédicos o tratamiento, que requiera ser autorizado expresamente conforme esta Póliza, pero que es prestado al Asegurado sin contar con la autorización de la Aseguradora.

E. Cualquier tratamiento en la parte que exceda los límites de cobertura establecidos en esta Póliza.

F. Todos aquellos montos de un pago de los que esta Póliza 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.

G. Todo tipo de transportación, a no ser Ambulancia Local en casos de emergencia, para obtener tratamiento médico.

H. Exámenes Médicos de Rutina, excepto los que esta Póliza 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.

I. 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).

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.

K. Equipos médicos duraderos que tengan como función principal asistir al Asegurado en caso de incapacidad temporal o permanente, 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 que no quede cubierto conforme a la definición y/o límites de responsabilidad de Equipos Médicos Duraderos, Prótesis y Dispositivos Ortopédicos por no contribuir a la mejoría de la malformación del cuerpo o al tratamiento de una Enfermedad o Lesión cubierta por esta Póliza.

L. 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.

M. 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.

N. 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.

O. 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.

P. 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.

Q. 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.

R. 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.).

S. 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.

T. 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.

U. 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.

V. Tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas por/o relacionadas con el virus VIH positivo.

W. Tratamientos o servicios prestados y/o recetados por parte de un Miembro de la Familia y cualquier autoterapia, incluyendo autoprescripción de medicinas.

X. 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. Costo de adquisición e implantación de corazón artificial y dispositivos monoventriculares o biventriculares.

Z. Cualquier criopreservación y la implantación o reimplantación de células vivas.

AA. 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.

BB. Tratamientos de Enfermedades o Accidentes que surjan como resultado de servicio activo en la policía o en las fuerzas armadas.

CC. 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, 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.

DD. Medicina complementaria o alternativa, incluyendo, pero no limitado a, 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. Esta Póliza no cubrirá ningún tratamiento, servicios o suministros, incluyendo, pero no limitados a, procedimientos; medicamentos; productos biológicos; o dispositivos médicos o cualquier hospitalización que esté relacionada con tratamientos, servicios o suministros experimentales o de investigación. Experimentales o de investigación significará cualquier tratamiento, servicio o suministro, incluyendo, pero no limitados a, procedimientos; hospitalizaciones medicamentos; productos biológicos; o dispositivos médicos que no estén aprobados por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos y que no estén generalmente reconocidos por la comunidad médica como efectivos o apropiados

para el diagnóstico o tratamiento específicamente indicado para la condición particular del Asegurado, o que sean proporcionados o realizados en centros especiales con fines de investigación o bajo un ambiente controlado o de protocolo clínico. En Guatemala no se cubren los tratamientos ni los medicamentos no autorizados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

EE. 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.

FF. 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.

GG. Todo gasto para la esterilización masculina o femenina, inversión de la esterilización, cambio de sexo, transformación sexual, infertilidad, inseminación artificial, disfunción sexual, impotencia, inadecuacidad sexual como en el caso de hermafroditismo y/o tratamiento por enfermedades sexualmente transmisibles.

HH. 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.

II. Cuidados podiátricos incluyendo, pero no limitado a, 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.

JJ. 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.

KK. Ingreso hospitalario electivo más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía.

LL. 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 cráneo mandibulares 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.

MM. Prescripciones Médicas: (a) de venta libre, o sea que se venden sin necesidad de receta; (b) no recetadas.

NN. Gastos y tratamientos médicos que ocurran después de la fecha de vencimiento de la Póliza.

OO. 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.

PP. Enfermera privada dentro o fuera del hospital, excepto aquellas descritas en esta Póliza como Enfermera en el Hogar.

7. VIGENCIA:

Las Pólizas se consideran contratos anuales cuya vigencia comienza el primer día del mes siguiente a la fecha en que la Aseguradora comunica al Asegurado o al Solicitante la aprobación de la Solicitud de Seguro. El Asegurado tendrá cobertura desde las 0:00 horas del día en que comienza la vigencia de su Póliza y finalizará a las 24:00 horas de la fecha de vencimiento de la Póliza.

8. RENOVACIÓN:

Queda acordado que la renovación de la cobertura está garantizada, excepto en caso de falta de pago de prima, fraude o falsedad, siempre y cuando:

A. La Póliza se haya mantenido continuamente en vigor sin interrupción.

B. El Asegurado acepte las reglas, términos, definiciones y beneficios de la Póliza en vigor al momento de la renovación.

C. No se emita aviso alguno de terminación por parte del Titular de la Póliza por lo menos con un mes de anticipación a la Fecha de Vencimiento de la misma y se haya pagado la prima a más tardar dentro de 30 días siguientes a dicha fecha, en cuyo caso, la renovación de la cobertura tendrá lugar automáticamente. Por cada renovación se expedirá una nueva Carátula, como evidencia de que el seguro está vigente.

Para formalizar la renovación de la Póliza, el Titular de la Póliza deberá pagar a la Aseguradora la cantidad de US$ 125.00 más IVA en concepto de Derecho de Renovación de la Póliza. Dicho monto se paga por Póliza, 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.

También se acuerda que esta Póliza deberá renovarse en la fecha de renovación de la misma, sujeto a las reglas, términos, definiciones, beneficios y tasas vigentes en el momento de cada renovación, siempre que esos cambios hayan sido registrados previamente ante la Superintendencia de Bancos.

9. PAGO DE BENEFICIOS

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 serán pagados a los beneficiarios señalados en la Solicitud de Seguro o a sus representantes legales.

10. OBLIGACIONES ENTRE LAS PARTES:

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

A. DISPOSICIONES RELATIVAS A LA PRIMA:

a. Pago de la Prima: El Asegurado 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 Asegurado no ha recibido el aviso para pagar la prima treinta (30) días antes de la Fecha de Vencimiento de la Póliza, y desconoce la suma correcta del pago de dicha prima de renovación, debe contactar a la Aseguradora.

   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, 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.

   Si el pago de la prima se realiza en una moneda distinta a la que se contrató la Póliza, el Tomador 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.

b. Fraccionamiento de la Prima: La prima de esta Póliza podrá pagarse de forma anual o, si así lo solicita el Asegurado, de manera fraccionada en pagos mensuales, trimestrales o semestrales. En caso de optar por pagos fraccionados, se aplicará el recargo correspondiente, el cual se indicará en el Anexo de Pagos Fraccionados.

   Cuando el Asegurado elija el pago fraccionado de la prima, la Compañía podrá deducir de cualquier indemnización o reembolso los importes de prima pendientes correspondientes al período de vigencia de la Póliza

c. 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 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 pueda estar vigente o ser renovada. Si las primas no son recibidas por la Aseguradora antes que finalice el Período de Gracia, la Póliza 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 mientras ésta no haya sido renovada o cuando haya caducado por falta de pago.

B. DISPOSICIONES RELATIVAS A SINIESTROS: La reclamación del Asegurado deberá entregarse a la Aseguradora cumpliendo con las disposiciones que a continuación se detallan:

   a. 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 180 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:

      i. Formulario de Reclamación debidamente completado.
      ii. 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 en el día de la ocurrencia del evento relacionado al Asegurado para el cual se hace la reclamación.

iii. Recetas médicas e indicaciones de medicina.
iv. Informe médico con diagnóstico definitivo.
v. Exámenes de laboratorio.
vi. Estudios radiológicos.
vii. Los Dependientes no cónyuges mayores de edad deberán presentar:
    1. Cuando sean menores de 30 años y vivan y dependan económicamente del Titular de la Póliza, 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.
    2. Cuando sean estudiantes de tiempo completo residiendo en el extranjero y menores de 24 años, una constancia de estudios de jornada completa.
viii. Parte policial (Si ha existido un accidente automovilístico).
ix. 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, 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 dispondrá de veinte (20) días hábiles para resolver una reclamación a partir de la entrega completa de los documentos requeridos. Si la información está incompleta, el plazo volverá a iniciar cuando se reciba la documentación faltante.

b. Pagos de Reclamaciones: Siempre que sea posible y previa verificación de la procedencia del reclamo, la Aseguradora realizará el pago directo a los proveedores de servicios médicos. En estos casos, el Asegurado únicamente deberá cubrir los gastos no contemplados por la Póliza y el Deducible Anual que corresponda. No obstante, durante el período de gracia de treinta (30) días para el pago de la prima o fracción pendiente, o durante el proceso de renovación, el servicio de pago directo no estará disponible hasta que el monto adeudado sea cancelado íntegramente.

   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 Titular de la Póliza ya no vive, la Aseguradora pagará al beneficiario indicado en la Solicitud 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 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, 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. 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. OTROS SEGUROS: El Asegurado se encuentra obligado a informar a la Aseguradora al momento de presentar la solicitud de seguro 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. Si el Asegurado omite dar aviso intencionalmente o si contratare varias pólizas para obtener provecho ilícito, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones.

En caso de que el Asegurado tenga en vigor otra póliza que otorgue beneficios similares a los otorgados por esta Póliza, las reclamaciones pueden ser hechas primeramente contra la otra póliza y en ese caso, esta Póliza solamente indemnizaría sus beneficios después que los beneficios bajo la otra póliza hayan sido agotados. De haber usado la otra póliza como primaria, las cantidades por los beneficios pagados bajo la otra póliza que resulten elegibles bajo esta Póliza 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 serán cubiertos por esta Póliza, siempre que sean elegibles de acuerdo a las Condiciones Generales y condiciones particulares términos y límites de esta Póliza.

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

11. <u>TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA:</u>

A. **CAUSAS DE TERMINACIÓN ANTICIPADA:** La Póliza podrá darse por terminada antes de que transcurra su plazo de vigencia conforme las siguientes disposiciones:

a. Tanto el Asegurado como la Aseguradora podrán dar por terminado anticipadamente el contrato. El Asegurado 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.

b. Automáticamente se dará por terminado el contrato después de treinta días calendario contados a partir de la Fecha de Vencimiento de cada pago de prima o fracción de prima que resultare no pagada.

c. 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 la Solicitud del Seguro y el formulario de Examen Médico, la Aseguradora podrá dar por terminado el contrato notificando al Asegurado dentro del mes siguiente a aquel en que conozca la omisión, falsa o la inexacta declaración, de acuerdo con las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala. 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 o modificar las condiciones particulares aplicables a ese Asegurado.

d. La presentación de una reclamación fraudulenta o cualquier actuación dolosa del Asegurado, Pagador o Beneficiarios dirigida a obtener coberturas o pagos indebidos constituirá justa causa para la terminación anticipada de la Póliza y el rechazo de cualquier beneficio derivado de la misma. Cuando se compruebe que existió dolo o fraude por parte del Asegurado, Pagador o Beneficiarios, en cualquiera de las siguientes circunstancias:

    i. Al completar la Solicitud de Seguro u otros formularios requeridos para la contratación.
    ii. Al proporcionar información sobre el estado de salud, ocupación, deportes o actividades de riesgo del Asegurado.
    iii. Al omitir, tergiversar o falsear información relevante para la adecuada apreciación del riesgo.
    iv. Al presentar documentación falsa, alterada o inconsistente en cualquier etapa de la vigencia de la Póliza.
    v. Al ejecutar actos o procedimientos destinados a obtener el pago de gastos médicos o beneficios no procedentes conforme a esta Póliza.

    En los casos anteriores, la Compañía mantendrá, en cualquier momento de la vigencia del contrato, los siguientes derechos:

    i. Impugnar el contrato y solicitar su nulidad absoluta, conforme a los artículos 1251, 1252 y 1269 del Código Civil de Guatemala.

ii. Rechazar el pago de cualquier beneficio, reembolso que derive directa o indirectamente del dolo o fraude comprobado.

iii. Retener las primas devengadas correspondientes al período de seguro en curso al momento de detectarse el dolo o fraude, sin perjuicio de las acciones civiles o penales que pudieran ser ejercidas contra los responsables.

Para la aplicación de esta cláusula, corresponderá a la Compañía la carga de acreditar la existencia del dolo o fraude alegado mediante evidencia documental, pericial o cualquier otro medio de prueba válido legalmente.

e. 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. En este caso, la Aseguradora se reserva el derecho de recuperar cualquier reclamo pagado previamente.

f. 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 próxima fecha en que normalmente hubiera terminado la cobertura de la Póliza, conforme a lo que esté establecido en la Carátula de Seguro. Si el Titular de la Póliza o su cónyuge se convierte en estudiante a tiempo completo en Estados Unidos de América mientras la Póliza está en vigencia, la Aseguradora, a su discreción, podrá extender la cobertura por un período adicional de renovación.

g. 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.

h. 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.

B. **REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA:** Si la Póliza 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 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.

C. **DEVOLUCIONES:** Si un Asegurado o la Aseguradora dan por terminada la Póliza 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 Asegurado quien dé por terminada la Póliza, 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. literal c. de esta Póliza. La porción no devengada de la prima está basada en 365 días, menos el número de días en que la Póliza estuvo en vigor. En ningún caso se devolverán primas por un plazo que exceda un (1) Año Póliza. En caso de que sea el Asegurado el que anule la Póliza, las devoluciones se realizarán en un plazo máximo de 30 días hábiles.

   En el caso de cancelación debido al fallecimiento del Titular de la Póliza, la prima a ser devuelta será pagadera al cónyuge que se haya nombrado en la Solicitud; si no se nombra a ningún cónyuge en la Solicitud, la prima a ser devuelta se pagará a los Beneficiarios que aparezcan en la Solicitud y de no haberse señalado en la Solicitud, se pagará a la masa hereditaria del Titular de la Póliza.

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

12. <u>SUBROGACIÓN</u>

Si el Asegurado recibe beneficios a través de esta Póliza, 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 de ésta tendría de exigir resarcimiento del daño, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones.

13. MODIFICACIONES

Ningún intermediario de seguros podrá cambiar u omitir alguna disposición de la Solicitud de Seguro, de esta Póliza, 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 deberá ser registrada ante la Superintendencia de Bancos. En los casos en que se modifiquen las condiciones generales de la póliza 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.

14. 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. 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.

15. 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.

16. CLÁUSULA ARBITRAL

Los contratantes convienen en que toda disputa, controversia o reclamación, que se relacione con la aplicación, interpretación y/o cumplimiento de este contrato, por cualquier causa, deberá resolverse, en primer lugar, mediante Conciliación de conformidad con el Reglamento de Conciliación y Otros Métodos Alternativos de la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala -CRECIG- dentro del plazo de 30 días, contados a partir de la solicitud que presente una o ambas Partes a CRECIG.

Vencido el plazo indicado para la Conciliación sin que se hubiese arribado a un acuerdo que solvente la disputa, o bien, si surgido el conflicto alguna de las Partes no desea solicitar la Conciliación, se resolverá entonces mediante Arbitraje de Derecho de conformidad con el Reglamento de Arbitraje de la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala –CRECIG-, que se encuentre vigente al momento de surgir el conflicto. El Arbitraje será administrado por la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala –CRECIG-, en la ciudad de Guatemala, por medio de un tribunal compuesto de 3 árbitros, nombrados de conformidad con el Reglamento antes relacionado, el idioma del arbitraje será el español y la sede del Arbitraje será Guatemala. El laudo deberá ser cumplido de buena fe y sin demora alguna por las Partes.

17. VALOR A INDEMNIZAR

Además de los sublímites establecidos específicamente en las cláusulas que anteceden para algunos de los beneficios que ofrece esta Póliza, se establece un Beneficio Máximo por Persona, por Año Póliza, por Asegurado que asciende a la cantidad de US$ 1,000,000.00, el cual representará el límite total de los beneficios que podrán ser aprovechados por el Asegurado. Se exceptúa del límite anterior los casos en que el Titular de la Póliza contrate la cobertura adicional y opcional de Beneficio Máximo por Persona, por Año Póliza, de US$

2,000,000.00, en cuyo caso, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones hasta el momento en que un Asegurado agote el monto de US$ 3,000,000.00. 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.

18. CONFIDENCIALIDAD

La Aseguradora mantendrá confidencial toda información personal, médica o financiera del Tomador, Asegurado o beneficiarios, utilizándola únicamente para fines relacionados con la Póliza. Los datos solo podrán ser compartidos con autorización del titular o cuando lo exija la ley, y la Aseguradora deberá implementar medidas de seguridad para evitar su acceso o uso indebido.

19. 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, 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.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 128-2026 del 04 de Febrero del 2026, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.