
BMI

BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS DE GUATEMALA, SOCIEDAD ANÓNIMA

CONDICIONES GENERALES DEL PLAN DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS

PLAN FLEXI III AMÉRICA LATINA

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 Flexi III América Latina 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.

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 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. ÁREA DE COBERTURA:** es el área dentro de la que la Aseguradora ofrece cobertura de gastos médicos a través de este Plan, la cual se encuentra compuesta por los países de América Latina y el Caribe de acuerdo a la definición, excluyendo el territorio de los Estados Unidos Mexicanos, de la República Federativa del Brasil y la República de Cuba.
- D. 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.

- 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 lo que establezca la Carátula de la Póliza.
- 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. COASEGURO:** es el porcentaje a ser pagado por el Asegurado, por Año Póliza, de los reclamos que presente a la Aseguradora, luego que haya pagado el Deducible Anual, por los gastos elegibles y autorizados.
- I. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO:** significa exclusivamente las siguientes Enfermedades o desórdenes que surjan durante el embarazo y antes del parto: (a) embarazo ectópico; (b) Aborto espontáneo, terapéutico o aborto no electivo; (c) muerte del embrión o feto; y (d) mola hidatiforme.
- J. 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.
- K. CÓNYUGE:** significa la persona legalmente casada o declarada unida de hecho conforme la ley guatemalteca, excluyendo a los legalmente separados.
- 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 ésta.
- 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. EL CARIBE:** serán los siguientes países: Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bonaire, Curazao, Cuba, Dominica, Granada, Guadalupe, Haití, Islas Caimán, Islas Turcas y Caicos, Islas Vírgenes, Jamaica, Martinica, Puerto Rico, República Dominicana, San Cristóbal y

Nieves, San Martin, y Monserrat, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía y Trinidad y Tobago.

- U. 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.
- V. ENFERMEDAD INFECCIOSA:** es cualquier enfermedad común, transmisible, causada por virus, bacterias, hongos o parásitos.
- W. 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.
- 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 DENTRO DEL HOSPITAL:** incluyen análisis de laboratorio y las investigaciones de radiografía y de medicina nuclear, los cuales se utilizan en el diagnóstico y tratamiento de Enfermedades mientras que el Asegurado esté hospitalizado como resultado necesario de una Lesión o Enfermedad.
- 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, como 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. INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA:** significa el beneficio que se paga por cada noche que el Asegurado permanezca hospitalizado por Enfermedad o Lesión cubierta bajo esta Póliza.

- HH. LESIÓN:** significa el daño corporal causado por un Accidente ocurrido dentro del período del Año Póliza.
- II. MATERNIDAD:** significa el tratamiento pre y postnatal y el parto.
- JJ. 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.
- KK. 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:
- 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.
- LL. MIEMBRO DE LA FAMILIA:** es definido como Cónyuge, padre, madre, hermano(a), hijo(a), nieto(a), suegro(a) y tío(a) del Asegurado.
- MM. MONEDA:** se entenderá que en todas las transacciones con esta Póliza se utilizará el Dólar de los Estados Unidos de América.
- NN. 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.
- OO. 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.
- PP. 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.
- QQ. 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.
- RR. RED DE PROVEEDORES DE BMI:** es un grupo de Hospitales, Médicos, Centros de Servicios de Pacientes Externos y otros proveedores de servicios o bienes médicos que la Aseguradora cataloga como la Red de Proveedores de BMI. 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 de BMI, la Aseguradora tiene que coordinar todos los tratamientos, con excepción de un Tratamiento Médico de Emergencia dentro o fuera del Área de Cobertura.

- SS. 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.
- TT. SERVICIOS DE PACIENTE EXTERNO:** cobertura opcional que consiste en 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.
- UU. 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.
- VV. 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 FUERA DEL ÁREA DE COBERTURA:** es aquel tratamiento que es otorgado al Asegurado fuera del Área de Cobertura 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, conforme a los

términos, límites y condiciones indicados en la Póliza. Los Límites de las Coberturas Adicionales Opcionales Contratadas, señalados en la Carátula de la Póliza, son fijados con base a lo requerido por el Asegurado en la Solicitud de Seguro presentada.

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

COBERTURA BÁSICA:

- Servicios médicos y quirúrgicos dentro del Hospital.
- Honorarios médicos generados por servicios prestados dentro de un Hospital.
- Prescripciones Médicas administradas dentro de un Hospital.
- Exámenes y/o Servicios de Laboratorio generados por servicios prestados dentro de un Hospital.
- Cirugía Ambulatoria dentro del hospital.
- Habitación y alimentación en el Hospital.
- Unidad de Cuidados Intensivos dentro del hospital.
- Beneficio Máximo por Asegurado, por Año Póliza, de US\$ 500,000.00.
- Complicaciones del Embarazo.
- Enfermera en el Hogar después de una Hospitalización.
- Tratamiento Dental de Emergencia a Consecuencia de un Accidente.
- Trasplante de Órganos.
- Servicio Local de Ambulancia.
- Chequeo Médico Rutinario.
- Exoneración de Pago de Primas.
- Tratamiento Médico de Emergencia Fuera del Área de Cobertura.
- Indemnización por Incapacidad Total y Permanente del Titular de la Póliza.
- Beneficio médico al donante vivo.
- Indemnización Hospitalaria.

COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES:

Adicional a la cobertura básica ya señalada, se ofrece la opción al Asegurado de ampliar la misma, permitiéndole contratar una o más de las siguientes coberturas, con el pago de prima adicional:

- Cobertura del 100% de los gastos médicos que deriven de habitación y alimentación en el Hospital durante una hospitalización y del internamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Servicios de Paciente Externo:
 - Cobertura del 80% de los gastos médicos que deriven de Servicios de Paciente Externo.
 - Cobertura del 100% de los gastos médicos que deriven de Servicios de Paciente Externo.
 - Ampliar el Beneficio Máximo por Asegurado, por Año Póliza, en US\$ 1,000,000.00 adicionales, por lo que el Beneficio Máximo por Asegurado, por Año Póliza, sería de US\$ 1,500,000.00.

B. DEDUCIBLE ANUAL:

El Deducible Anual, según consta en la Carátula de esta Póliza, 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 durante el Año Póliza. Sin embargo, cualquier gasto realizado durante los últimos 90 días del Año Póliza que no exceda el Deducible Anual, será aplicado al siguiente período del 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 ni Coaseguro al Tratamiento Dental de Emergencia a consecuencia de un Accidente, a los Chequeos Médicos Rutinarios, a la Indemnización Hospitalaria, a la Exoneración de Pago de Primas, al beneficio de Incapacidad Total y Permanente, ni al Servicio Local de Ambulancia.

C. ELEGIBILIDAD:

Toda persona que sea residente permanente en Guatemala que no haya cumplido los 71 años de edad. La edad mínima de inscripción será los 18 años de edad. Los menores de 18 años de edad podrán estar asegurados por esta Póliza cuando sean Dependientes del Titular de la Póliza.

El propuesto Asegurado Titular y sus Dependientes, serán asegurados en el Plan Flexi III América Latina, 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.

El(los) hijo(s) recién nacido(s) del Titular de la Póliza quedará(n) asegurado(s) hasta que la Aseguradora confirme por escrito al Titular de la Póliza la cobertura para el(los) mismo(s), luego que se remita a la Aseguradora el Formulario de Adición debidamente completado.

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 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.

Para que un menor de edad sin parentesco legal comprobable sea Asegurado como Hijo de Crianza será indispensable que su nombre figure como tal dentro de la Solicitud de Seguro y que se haya efectuado el pago de la prima correspondiente por cuenta de este.

Si un Asegurado cambia su País de Residencia, el Asegurado deberá notificar a la Aseguradora dentro de los 30 días de dicho cambio. El Asegurado solo tiene derecho a 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 AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, EXCLUYENDO LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, LA REPÚBLICA FEDERATIVA DEL BRASIL Y LA REPÚBLICA DE CUBA:

La Aseguradora pagará los Gastos Usuales y Acostumbrados que estén cubiertos por esta Póliza, sujetándose a los límites establecidos en las Condiciones Generales y en la Carátula de la Póliza, aplicando el deducible y coaseguro correspondiente.

Las coberturas que ofrece el Plan Flexi III América Latina serán las siguientes:

a) Cobertura Básica:

a.1) Servicios Hospitalarios:

La Aseguradora pagará, excepto en el caso de los gastos de habitación y alimentación y de la unidad de cuidados intensivos a los que aplica el límite establecido en la cláusula 5.2, 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, establecido en la Carátula de 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.

Para gozar de los beneficios de esta cobertura será necesario que el servicio le sea prestado al Asegurado por un miembro de la Red de Proveedores de BMI. En los casos en que, dentro de un país, la Red de Proveedores de BMI no incluya un miembro que pueda prestar el servicio cubierto, el Asegurado estará dispensado de la obligación de acudir a la Red de Proveedores de BMI, y 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, establecido en la Carátula de la Póliza, siempre que el Deducible Anual al que el Asegurado se encuentra obligado haya sido satisfecho. Cuando sea posible, la Aseguradora pagará directamente a los proveedores de servicios médicos y, en caso no lo sea, el Asegurado podrá solicitar el reembolso de los gastos cubiertos que hubiere efectuado hasta por el porcentaje cubierto, conforme a las

disposiciones de la Póliza.

b) Coberturas Adicionales Opcionales:

b.1) Cobertura del 100% de los gastos médicos cubiertos, relacionados con habitación y alimentación en el Hospital durante una hospitalización y con la Unidad de Cuidados Intensivos*:

Mediante la contratación de este beneficio y el pago de una prima adicional, el Asegurado obtiene una cobertura del 100% de los gastos elegibles y cubiertos, relacionados con los gastos de habitación y alimentación cuando esté hospitalizado y aquellos que deriven de la hospitalización de un asegurado dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos.

b.2) Servicios de Paciente Externo*:

Si el Asegurado, mediante el pago de una prima adicional, ha contratado la cobertura adicional opcional de Servicios de Paciente Externo, después que haya cubierto el deducible Anual, la Aseguradora le pagará el porcentaje que indica la Carátula de la Póliza 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, establecido en la Carátula de la Póliza.

Los exámenes y/o Servicios de Laboratorio, las cirugías ambulatorias, las prescripciones médicas que deriven de una hospitalización, los tratamientos de quimioterapia, radioterapia y diálisis 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 y conforme a los límites establecidos en la presente Póliza.

b.3) Beneficio Máximo por Asegurado, por Año Póliza, de US\$1,500,000.00. *:

El Asegurado podrá optar por ampliar, a través del pago de una prima adicional, el monto que la cobertura básica establece como Beneficio Máximo por Asegurado, en US\$ 1,000,000.00, en cuyo caso, el Beneficio Máximo por Asegurado, por Año Póliza, para cubrir los gastos elegibles y cubiertos por la Póliza, será la cantidad de US\$ 1,500,000.00.

***Para gozar de los beneficios de estas coberturas será necesario el pago de una prima adicional y que los servicios le sean prestados al Asegurado por un miembro de la Red de Proveedores de BMI. En los casos en que, dentro de un país, la Red de Proveedores de BMI no incluya un miembro que pueda prestar el servicio cubierto, el Asegurado estará dispensado de la obligación de acudir a la Red de Proveedores de BMI, y la Aseguradora pagará el 80% o 100% (dependiendo la cobertura contratada) 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, establecido en la Carátula de la Póliza, siempre que el Deducible Anual al que el Asegurado se encuentra obligado haya sido satisfecho. Cuando sea posible, la Aseguradora pagará directamente a los proveedores de servicios médicos y, en caso no lo sea, el Asegurado podrá solicitar el reembolso de los gastos cubiertos que hubiere efectuado hasta por el porcentaje cubierto, conforme a las disposiciones de la Póliza.**

F. EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS:

Si a consecuencia de un Accidente o Enfermedad que ocurra o comience después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza, el Titular de la Póliza fallece o se incapacita total y permanentemente y no puede ejercer las actividades normales de su profesión habitual; y si al momento de su fallecimiento o de la incapacidad total y permanente no hubiese cumplido los 60 años; y si en el caso de incapacidad la misma continúa por un período sin interrupción de seis (6) meses y ha sido certificado que la incapacidad total y permanente continuará, la Aseguradora mantendrá la cobertura de la Póliza para los Asegurados bajo la misma, exonerando el pago de las primas durante un período de dos (2) años, seguidamente después de la fecha del fallecimiento o la fecha en la cual comenzó la incapacidad total y permanente, siempre y cuando el Titular de la Póliza permanezca total y permanentemente incapacitado. La Aseguradora se reserva el derecho de exigir pruebas del fallecimiento o en el caso de incapacidad, pruebas de que ésta continúa, y de examinar, a su propio costo, al Titular de Póliza. En caso de fallecimiento del Titular de la Póliza, como resultado de la condición que causó la incapacidad total y permanente, la Aseguradora continuará exonerando el pago de las primas para los Dependientes asegurados bajo esta Póliza por el resto de los dos años.

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: Revisión Médica Concurrente, Gestión de Casos Clínicos y Exámenes Clínicos.

Todas las decisiones que pertenecen al juicio profesional médico o clínico independiente, la formación o la necesidad de servicios médicos, recae en el Titular de la Póliza y los Médicos y proveedores de atención médica del Asegurado. Estas partes tienen la responsabilidad de determinar la naturaleza, el momento y la provisión de atención médica a ser brindada o recibida. La Aseguradora, por otro lado, es el único responsable de determinar si los gastos incurridos, o a ser incurridos, para la atención médica se alinean con los parámetros de cobertura de esta Póliza. Esta responsabilidad no será una intrusión o una supresión de las decisiones médicas de los Médicos o proveedores de atención médica del Asegurado. Sin embargo, se reconoce que pueden surgir situaciones en las que la interpretación del Asegurador de lo que es Medicamento Necesario según se define en las Reglas, Términos y Definición de esta Póliza puede no coincidir con las determinaciones médicas realizadas por los Médicos y proveedores de atención médica del Asegurado. Por lo tanto, mientras se enfatiza la autonomía clínica de los Médicos y proveedores de atención médica del Asegurado, también se reconoce que la decisión final sobre lo que es Medicamento Necesario se toma teniendo en cuenta los criterios establecidos en las Reglas, Términos y Definición de esta Póliza.

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 excepción de los casos de Tratamiento Médico de Emergencia Fuera del Área de Cobertura. En el caso de emergencias dentro del Área de Cobertura se procederá conforme a lo que se establece en el numeral 14 B de esta 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 necropsia en caso de muerte en un centro de su elección.

5. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD:

Las partes acuerdan establecer los siguientes límites a las coberturas de la Póliza, en caso acontezca un siniestro bajo alguno de estos supuestos:

5.1 Generales:

- A. Todos los beneficios, salvo que estas condiciones indiquen expresamente lo contrario, están sujetos al Deducible Anual según consta en las Condiciones Particulares de la Carátula de esta Póliza y, en los casos que corresponde, también al pago del Coaseguro.**
- B. Durante los primeros 60 días de vigencia de la Póliza, la cobertura se limitará a Accidentes o a Enfermedades Infecciosas.**

5.2 Cobertura Básica:

- A. Los gastos por habitación y alimentación en el Hospital serán cubiertos hasta US\$ 400.00 por día de hospitalización, hasta un máximo de 240 días por Asegurado, por Año Póliza, dentro de la Red de Proveedores de BMI.**
- B. Los gastos que se generen en la Unidad de Cuidados Intensivos serán cubiertos hasta US\$ 800.00 por día de hospitalización, hasta un máximo de 240 días por Asegurado, por Año Póliza, dentro de la Red de Proveedores de BMI.**
- C. Los Chequeos Médicos Rutinarios se otorgarán únicamente al Titular de la Póliza y a su Cónyuge, siempre y cuando hayan estado continuamente cubiertos bajo esta Póliza por lo**

menos durante un Año Póliza y en el caso del cónyuge, que éste aparezca registrado en la Póliza como Dependiente. Este beneficio se ofrece dentro y fuera del País de Residencia. Este beneficio se otorgará como un servicio ambulatorio cada Año Póliza de cobertura continua y está limitado a un máximo de US\$ 250.00 por chequeo, por Año Póliza.

- D. La cobertura Complicaciones del Embarazo está limitada a embarazos en los que la fecha esperada del parto sea por lo menos a los diez (10) meses después de la Fecha de Inicio Original que indique la Póliza del respectivo Asegurado. A través de este beneficio únicamente quedarán cubiertas las condiciones y Enfermedades listadas dentro de la Definición de Complicaciones del Embarazo. 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.
- E. El Servicio de Enfermera en el Hogar será cubierto por la Aseguradora hasta un máximo de 30 días, inmediatamente después de haber sido dado de alta del Hospital, por Asegurado, por Año Póliza, siempre que ésta lo apruebe previamente y que el servicio esté relacionado directamente con una Enfermedad o Lesión por la cual el Asegurado ha recibido y está recibiendo tratamiento cubierto por la Póliza.
- F. La Exoneración de Pago de Primas está limitada a dos (2) años.
- G. En caso que el Titular de la Póliza que goce de la Exoneración de Pago de Primas fallezca mientras es beneficiario de dicho beneficio, el mismo cesará antes del vencimiento del plazo de dos (2) años para sus Dependientes, al momento en que el Cónyuge sobreviviente contraiga matrimonio o pase a vivir en unión de hecho declarada con un tercero.
- H. Las Prescripciones Médicas estarán cubiertas por esta Póliza mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado y siempre que estén relacionadas al procedimiento o tratamiento por el cual el Asegurado se encuentra hospitalizado. Los Medicamentos por Prescripción Médica fuera del Área de Cobertura no serán cubiertos por la Aseguradora. Los Medicamentos por Prescripción Médica son "fuera del Área de Cobertura" cuando no están "disponibles para la venta" dentro del Área de Cobertura. "Disponible para la venta" significa que el Medicamento con receta se puede comprar localmente y es de fácil acceso para los asegurados dentro del Área de Cobertura. Un Medicamento por Prescripción Médica está "disponible para la venta" en el Área de Cobertura una vez que la agencia reguladora responsable de hacer cumplir el marco regulatorio en relación con los Medicamentos por Prescripción Médica otorga las credenciales y los permisos necesarios para la comercialización, distribución y venta del Medicamentos por Prescripción Médica dentro del Área de Cobertura. La Aseguradora, si lo considera necesario, tendrá plena facultad para confirmar y/o verificar si un Medicamento Recetado se encuentra "disponible para la venta" dentro del Área de Cobertura. Las Prescripciones Médicas recetadas como Quimioterapia, no incluyendo las Prescripciones Médicas para el tratamiento de efectos secundarios, serán cubiertas al 100% mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado y 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. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación del beneficio de Medicamentos por Prescripción Médica serán solamente tomadas por la Aseguradora. HEMGENIX (nombre genérico: etranacogene dezaparvovec-drlb) es la terapia génica basada en vectores de virus adeno-asociados que está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con Hemofilia B. No obstante cualquier regla, término o definición bajo las Disposiciones de Cobertura de esta Póliza relacionadas con Medicamentos por Prescripción Médica, este tratamiento sólo será cubierto hasta US\$1,000,000- por Asegurado, de por vida, y después de que el Deducible Anual haya sido satisfecho, y debe ser administrado en las siguientes circunstancias: (1) durante una hospitalización; y (2) mientras se encuentre fuera del Hospital durante un máximo de 90 días inmediatamente posteriores al alta del Hospital o Cirugía Ambulatoria, en cuyo caso se cubrirá en el porcentaje indicado en el Certificado de Seguro si el Asegurado ha seleccionado los Servicios Ambulatorios como anexo a la Póliza. Cuando se administre fuera del Hospital, no relacionado con una Hospitalización o Cirugía Ambulatoria, este tratamiento no estará cubierto por esta Póliza. Este tratamiento debe ser coordinado y aprobado por la Aseguradora de acuerdo con la cláusula de Prescripciones o Medicamentos Especializados de esta Póliza. La cobertura de este tratamiento está limitada hasta la cantidad de dosis recomendada por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos. El Asegurado debe cumplir con todos los siguientes requisitos para que el tratamiento sea aprobado: (1) tiene entre 18 y 75 años; (2) se le diagnostica hemofilia B, confirmada mediante una prueba de factor IX que muestra niveles reducidos de factor IX, en el momento del nacimiento; (3) es prescrito por, o en consulta con, un hematólogo que da fe de que el Asegurado es apto para el tratamiento, lo que incluye mediciones del título de anticuerpos del vector viral AAV5 del Asegurado; (4) debe tener Hemofilia B de moderada a grave, que se define como un Asegurado que tiene una actividad del Factor IV inferior al 5%; (5) deben estar actualmente en tratamiento profiláctico con Factor IX con más de 150 días de exposición previos al tratamiento; (6) no debe haber recibido ningún tratamiento previo con cualquier otra terapia génica para la Hemofilia B; (7) debe recibir la aprobación previa, por parte de la Aseguradora, del Centro de Tratamiento de Hemofilia donde el Asegurado vaya a recibir este tratamiento; y (8) debe facilitar a la Aseguradora información sobre los resultados clínicos de los tratamientos de alto costo, atestiguados por el Médico solicitante.

- I. Esta Póliza únicamente cubrirá un Trasplante de los siguientes órganos: riñón, corazón, hígado, médula ósea, córnea o páncreas. Ningún otro trasplante de órganos está cubierto por esta Póliza. Para gozar de este beneficio será necesario acudir a la Red de Proveedores de BMI, previa notificación a la Aseguradora. 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 donante, también cubrirá para el donante hasta un máximo de US\$ 25,000.00.

- J. Los Tratamientos Médicos de Emergencia prestados fuera del Área de Cobertura serán pagados hasta un máximo de veinticinco mil dólares (US\$ 25,000.00), por Asegurado, por Año Póliza, después de que el Asegurado haya satisfecho el Deducible Anual contratado. En los casos en que un Asegurado solicite el reembolso de un tratamiento o servicio médico como Tratamiento Médico de Emergencia Fuera del Área de Cobertura, sin que el mismo pueda ser calificado como tal, de acuerdo a la definición contenida en esta Póliza, la Aseguradora quedará desligada de cualquier obligación de reembolso relacionada con ese tratamiento o servicio médico.
- K. Los beneficios cubiertos por esta Póliza gozados por un Asegurado a partir de la Fecha de Inicio Original de la Póliza tendrán como límite el monto fijado como Beneficio Máximo por Persona, que asciende a la cantidad de US\$ 500,000.00 por Año Póliza, por lo que la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones al momento en que un Asegurado agote dicho monto.
- L. El beneficio de indemnización por Incapacidad Total y Permanente estará limitado a un monto de US\$ 50,000.00 de por vida. Este beneficio únicamente podrá ser gozado por el Titular de la Póliza que a la Fecha de Inicio Original se encuentre entre los 18 y 59 años de edad y cuya ocupación principal o usual no sea ama de casa o estudiante. Este beneficio estará sujeto a los términos y condiciones establecidas en el Anexo Beneficio de Incapacidad Total y Permanente.
- M. 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. La Aseguradora pagará el 100% de los gastos elegibles y autorizados previamente por la misma, hasta agotar, en su caso, el Beneficio Máximo por Persona, por Año Póliza, establecido en la Carátula de la Póliza.
- N. La cobertura por tratamientos y gastos médicos que ofrece esta Póliza, 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. La Aseguradora pagará el 100% de los gastos elegibles y autorizados previamente por la misma hasta agotar, en su caso, el Beneficio Máximo por Persona, por Año Póliza, establecido en la Carátula de la Póliza, siempre que el Deducible Anual al que el Asegurado se encuentra obligado haya sido satisfecho.

- O. El beneficio de Indemnización Hospitalaria de US\$ 100.00 por cada noche de estadía hospitalaria por Enfermedad o Lesión cubierta bajo esta Póliza, se pagará a partir del segundo día de hospitalización hasta por un máximo de 10 días de estadía hospitalaria, por Asegurado, por Año Póliza, siempre que la hospitalización sea dentro del Área de Cobertura.

5.3 Límites a Coberturas Adicionales Opcionales Contratadas:

- A. Si se contrata la cobertura adicional opcional de gastos médicos que deriven de habitación y alimentación en el Hospital durante una hospitalización y del internamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos, dichos gastos serán cubiertos al 100%, en cuyo caso solo estará limitada a 240 días por Asegurado, por Año Póliza y a que sea prestada dentro de la Red de Proveedores de BMI.
- B. Los Servicios de Paciente Externo quedarán cubiertos únicamente si el Asegurado ha contratado dicha cobertura adicional y opcional, hasta el porcentaje que haya elegido (80% o 100%), conforme lo que se hace constar en la Carátula de la Póliza.

B.1) Los Servicios de Paciente Externo incluirán los tratamientos y las prescripciones médicas de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis, no incluyendo las Prescripciones Médicas recetadas para el tratamiento de efectos secundarios que deriven de dichos tratamientos. Para gozar de la cobertura será necesario contar con autorización previa de la Aseguradora y acudir a la Red de Proveedores de BMI. En los casos en que estén cubiertos los Servicios de Paciente Externo ya sea al 80% o al 100%, y que sean calificadas como gastos elegibles y certificados y aprobadas por la Aseguradora, siempre se cubrirá el 100%, por lo que no se aplicará Coaseguro al beneficio de Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis.

B.2) En el caso de Prescripciones Médicas fuera del Hospital, de ser calificadas como gastos elegibles y certificados y aprobadas por la Aseguradora, solo serán cubiertas hasta el porcentaje indicado en la Carátula de la Póliza, por un período máximo de 90 días, inmediatamente después de que el Asegurado haya sido dado de alta luego de una hospitalización o una Cirugía Ambulatoria practicada en un Hospital. Los Medicamentos por Prescripción Médica fuera del Área de Cobertura no serán cubiertos por la Aseguradora. Los Medicamentos por Prescripción Médica son "fuera del Área de Cobertura" cuando no están "disponibles para la venta" dentro del Área de Cobertura. "Disponible para la venta" significa que el Medicamento con receta se puede comprar localmente y es de fácil acceso para los asegurados dentro del Área de Cobertura. Un Medicamento por Prescripción Médica está "disponible para la venta" en el Área de Cobertura una vez que la agencia reguladora responsable de hacer cumplir el marco regulatorio en relación con los Medicamentos por Prescripción Médica otorga las credenciales y los permisos necesarios para la comercialización, distribución y venta del Medicamentos por Prescripción Médica dentro del Área de Cobertura. La Aseguradora, si lo considera necesario, tendrá plena facultad para confirmar y/o verificar si un Medicamento Recetado se encuentra "disponible para la venta" dentro del Área de Cobertura. Las Prescripciones Médicas recetadas como Quimioterapia, no incluyendo las Prescripciones Médicas para el tratamiento de efectos secundarios, serán cubiertas 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. Todas las decisiones con respecto a la aprobación o coordinación del beneficio de Medicamentos por Prescripción Médica serán solamente tomadas por la Aseguradora. Cuando se administre fuera del Hospital, no relacionado con una Hospitalización o Cirugía Ambulatoria, las Prescripciones o Medicamentos Especializados estarán sujeto a los límites especificados en la disposición sobre Medicamentos por Prescripción Médica de esta Póliza. HEMGENIX (nombre genérico: etranacogene dezaparvovec-drlb) es la terapia génica basada en vectores de virus adeno-asociados que está indicada para el tratamiento de pacientes adultos con Hemofilia B. No obstante cualquier regla, término o definición bajo las Disposiciones de Cobertura de esta Póliza relacionadas con Medicamentos por Prescripción Médica, este tratamiento sólo será cubierto hasta US\$1,000,000- por Asegurado, de por vida, y después de que el Deducible Anual haya sido satisfecho, y debe ser administrado en las siguientes circunstancias: (1) durante una hospitalización; y (2) mientras se encuentre fuera del Hospital durante un máximo de 90 días inmediatamente posteriores al alta del Hospital o Cirugía Ambulatoria, en cuyo caso se cubrirá en el porcentaje indicado en el Certificado de Seguro si el Asegurado ha seleccionado los Servicios Ambulatorios como anexo a la Póliza. Cuando se administre fuera del Hospital, no relacionado con una Hospitalización o Cirugía Ambulatoria, este tratamiento no estará cubierto por esta Póliza. Este tratamiento debe ser coordinado y aprobado por la Aseguradora de acuerdo con la cláusula de Prescripciones o Medicamentos Especializados de esta Póliza. La cobertura de este tratamiento está limitada hasta la cantidad de dosis recomendada por la Administración de Fármacos y Alimentos (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos. El Asegurado debe cumplir con todos los siguientes requisitos para que el tratamiento sea aprobado: (1) tiene entre 18 y 75

años; (2) se le diagnostica hemofilia B, confirmada mediante una prueba de factor IX que muestra niveles reducidos de factor IX, en el momento del nacimiento; (3) es prescrito por, o en consulta con, un hematólogo que da fe de que el Asegurado es apto para el tratamiento, lo que incluye mediciones del título de anticuerpos del vector viral AAV5 del Asegurado; (4) debe tener Hemofilia B de moderada a grave, que se define como un Asegurado que tiene una actividad del Factor IV inferior al 5%; (5) deben estar actualmente en tratamiento profiláctico con Factor IX con más de 150 días de exposición previos al tratamiento; (6) no debe haber recibido ningún tratamiento previo con cualquier otra terapia génica para la Hemofilia B; (7) debe recibir la aprobación previa, por parte de la Aseguradora, del Centro de Tratamiento de Hemofilia donde el Asegurado vaya a recibir este tratamiento; y (8) debe facilitar a la Aseguradora información sobre los resultados clínicos de los tratamientos de alto costo, atestiguados por el Médico solicitante.

- C. El Beneficio Máximo por Persona, por Año Póliza, cubierto por esta Póliza, gozado a partir de la Fecha de Inicio Original de la Póliza tendrá como límite fijado como beneficio máximo la cantidad de US\$ 1,500,000.00, si se contrata la cobertura adicional opcional de US\$1,000,000.00, por lo que la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones al momento en que un Asegurado agote el referido monto de US\$ 1,500,000.00.

6. EXCLUSIONES:

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:

- A. 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.
- B. Cualquier tratamiento u hospitalización fuera del Área de Cobertura, exceptuando aquellos tratamientos y hospitalizaciones que califiquen como Tratamiento Médico de Emergencia Fuera del Área de Cobertura, conforme a las disposiciones de esta Póliza.
- C. Cualquier tratamiento durante los primeros 60 días después de la Fecha de Inicio Original de la Póliza, con excepción de Accidentes y Enfermedades Infecciosas.
- D. Cualquier tratamiento en la parte que exceda los límites de cobertura establecidos en esta Póliza.
- E. 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.
- F. Todo tipo de transportación, a no ser Servicio de Ambulancia Local en casos de emergencia, para obtener tratamiento médico.
- G. 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.

- 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. 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.
- J. 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.
- K. Prótesis y dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios.
- L. Maternidades y Cuidados Neonatales, exceptuando la cobertura de Complicaciones del Embarazo, conforme a las condiciones de esta Póliza.
- M. Cualquier tipo de aborto y sus consecuencias, a excepción de aborto espontáneo, terapéutico o aborto no electivo, 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.
- O. 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.
- P. 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.
- Q. 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.).
- R. 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.

- S. 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.
- T. 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.
- U. 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.
- V. Tratamientos o servicios prestados y/o recetados por parte de un Miembro de la Familia y cualquier autoterapia, incluyendo autoprescripción de medicinas.
- W. 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.
- X. Costo de adquisición e implantación de corazón artificial y dispositivos monoventriculares o biventriculares.
- Y. Cualquier criopreservación y la implantación o reimplantación de células vivas.
- Z. 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.
- AA. Tratamientos de Enfermedades o Accidentes que surjan como resultado de servicio activo en la policía o en las fuerzas armadas.
- BB. 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.
- CC. 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.

- DD. 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.
- EE. 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.
- FF. 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.
- GG. 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.
- HH. Cuidados podiátricos incluyendo, pero no limita 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.
- II. 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.
- JJ. Ingreso hospitalario electivo más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía.
- KK. 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.
- LL. Prescripciones Médicas: (a) de venta libre, o sea que se venden sin necesidad de receta; (b) no recetadas.
- MM. Gastos y tratamientos médicos que ocurran después de la fecha de vencimiento de la Póliza.
- NN. 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.

OO. Enfermera privada dentro o fuera del hospital; Excepto aquellas descritas en esta Póliza como Enfermera en el Hogar.

PP. Los cuidados neonatales proporcionados al (los) hijo(s) recién nacido(s) de un Asegurado, incluyendo cualquier tratamiento médico necesario, así como la atención rutinaria que se proporcione, salvo que la Aseguradora confirme, por escrito al Titular de la Póliza, la cobertura, luego que se le remita el Formulario de Adición debidamente completado.

QQ. Los Servicios de Paciente Externo que sean provistos a un Asegurado que no haya contratado la cobertura de Servicios de Paciente Externo, conforme a lo que conste en la Carátula de la Póliza.

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 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. 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 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.1. 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. 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, 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.

A.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 Compañía podrá rebajar del monto de la indemnización, las primas que adeude el Asegurado en el período de póliza.

A.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 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:

B.1. Prueba de Reclamación:

La prueba escrita de reclamación 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:

- 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, en el día de la ocurrencia del evento relacionado al Asegurado para el cual se hace la reclamación.
- 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, 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.
 - 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, 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.

B.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, el Deducible Anual y el Coaseguro que correspondan. Durante el período de gracia de 30 días para pagar la prima o fracción de la prima adeudada o la renovación de la Póliza, 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 y del Coaseguro que correspondan. 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 y/o Coaseguro, el Asegurado deberá pagar primero el monto total del Deducible, posteriormente el Coaseguro y una vez pagado este último, 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 o a Coaseguro 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 indemnizará 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, términos y límites de esta Póliza.

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

11. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA:

A. CAUSAS DE TERMINACIÓN ANTICIPADA:

La Póliza podrá darse por terminada antes de que transcurra su plazo de vigencia conforme las siguientes disposiciones:

- A.1 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.**
- A.2 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.**
- 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 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. 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.**
- A.4 La presentación de una reclamación fraudulenta constituye justa causa para que la Aseguradora invoque la terminación anticipada del contrato de seguro.**
- 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. 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 próxima fecha en que normalmente hubiera terminado la cobertura de la Póliza, conforme a**

lo que esté establecido en la Carátula de la Póliza. 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.

- 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.

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.

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.3 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 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. SUBROGACIÓN:

Si el Asegurado recibe beneficios a través de esta Póliza, la Aseguradora adquirirá todos los derechos de recuperación o de iniciar la 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.

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 requirieran 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, en caso éste último se hubiera contratado. 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 efecto, 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. RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

La Aseguradora 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. 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.

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\$ 500,000.00, 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\$ 1,000,000.00, en cuyo caso, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones hasta el momento en que un Asegurado agote el monto de US\$ 1,500,000.00. 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 se compromete a tratar como confidencial toda la información que le sea revelada por el tomador de seguro, 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.

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 61-24 del 12 de enero 2024, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.