

Condiciones Generales póliza individual de Seguros de Gastos Médicos y Vida Salud Total



El Roble
Asegura lo que más quieres

Salud
Total
"Una decisión segura"

Resolución SIB No.273-2020

SEGUROS EL ROBLE, S.A.
PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS Y VIDA
ESTE CONTRATO CONTIENE UN ACUERDO DE ARBITRAJE

SEGUROS EL ROBLE, S.A., en adelante llamada la Compañía, por este medio certifica que el Asegurado Titular cuyo nombre se indica en la carátula de esta Póliza, está amparado por los beneficios que se describen en dicha carátula y en el cuadro de coberturas de la Póliza, los cuales le aplican a él y/o a sus Familiares Dependientes y que los mismos están sujetos a las estipulaciones enumeradas más adelante.

La Póliza se le emite al Asegurado Titular en consideración a la Solicitud de Seguro presentada a la Compañía y al pago de las primas que se consignan en este documento.

El seguro que acredita esta Póliza entra en vigor a partir de la fecha de vigencia indicada en la carátula.

La presente Póliza reemplaza y deja sin efecto a toda Póliza que se hubiere emitido anteriormente al Asegurado Titular y/o a sus Familiares Dependientes ya nombrados, excepto aquellos documentos que hayan sido emitidos para regular el riesgo y determinar la prima.

En testimonio de lo anteriormente expuesto, la Compañía emite la presente Póliza en la fecha de emisión indicada en la Carátula.

GERENTE O APODERADO

CONTENIDO

SECCIÓN I | CONDICIONES GENERALES

- A. *Contrato Completo*
- B. *Estipulación Legal*
- C. *Plazo del Seguro*
- D. *Renovación*
- E. *Modificaciones a la Póliza*
- F. *Forma de Pago de las Primas*
- G. *Período de Gracia para el Pago de Primas*
- H. *Rehabilitación*
- I. *La Compañía puede Modificar las Tarifas*
- J. *Moneda*
- K. *Impuestos y Gastos*
- L. *Aviso de Terminación Anticipada y Reembolso de Primas*
- M. *Notificaciones*
- N. *Prescripción*
- O. *Elegibilidad y Límites de Edad*
- P. *Terminación del Seguro Individual*
- Q. *Omisiones o Inexactas Declaraciones*
- R. *Agravación del Riesgo*
- S. *Edad Inexacta*
- T. *Privilegio de Conversión*
- U. *Indisputabilidad*
- V. *Cambio de Plan*
- W. *País de Residencia*
- X. *Cambio de País de Residencia*
- Y. *Revisión de Casos*
- Z. *Subrogación*
- AA. *Arbitraje*
- BB. *Confidencialidad*
- CC. *Pago de Obligaciones a los Asegurados o Beneficiarios*

SECCIÓN II | SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

- A. *Descripción de la Cobertura*
- B. *Incrementos de Suma Asegurada*
- C. *Definiciones*
- D. *Descripción de Gastos Médicos Elegibles*
- E. *Gastos de Repatriación*
- F. *Pago de Gastos Médicos en caso de Fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente del Asegurado Titular*
- G. *Cobertura Gratuita para Familiares Dependientes por Fallecimiento del Asegurado Titular*
- H. *Coordinación de Beneficios*
- I. *Obligaciones del Asegurado en Caso de Siniestro y Pago del Reclamo*
- J. *Limitación de Responsabilidad*
- K. *Exclusiones*

SECCIÓN III | SEGURO DE VIDA

- A. *Aplicable al Asegurado Titular*
- B. *Beneficiarios*
- C. *Reducción de Beneficios*
- D. *Cobertura de Indemnización por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros*
- E. *Seguro Funerario*

SECCIÓN IV | COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

- A. *Objeto*
- B. *Definiciones*
- C. *Cobertura*
- D. *Exclusiones*
- E. *Beneficiarios*
- F. *Suma Asegurada*
- G. *Terminación Anticipada*
- H. *Otros Seguros*
- I. *Aviso del Reclamo*

SECCIÓN V | COBERTURA DE PLAN DENTAL

- A. *Descripción de la Cobertura*
- B. *Definiciones*
- C. *Descripción de Gastos Dentales Elegibles*
- D. *Exclusiones*
- E. *Coordinación de Beneficios de esta Cobertura Adicional*
- F. *Contratación del Plan Dental*
- G. *Período de Espera para Reclamaciones*

SECCIÓN I | CONDICIONES GENERALES

Las condiciones que se detallan en esta sección son aplicables a todos los beneficios que se enumeran en el Cuadro de Coberturas de la Póliza.

A. CONTRATO COMPLETO

Esta Póliza, la Carátula, el Cuadro de Coberturas, la solicitud, las declaraciones adicionales, las condiciones generales, las condiciones particulares y anexos que se emitan simultáneamente con la póliza o que se agreguen posteriormente, constituyen el Contrato de Seguro.

B. ESTIPULACIÓN LEGAL

El Asegurado, al recibir esta Póliza debe cerciorarse que concuerde con la Solicitud presentada a la Compañía, para los efectos de los primeros párrafos del Artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala que dicen textualmente: “En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince días siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último”.

Esta póliza se registrará e interpretará de conformidad con la legislación aplicable a la actividad aseguradora y le son aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala relacionadas con el contrato de seguro, las que prevalecerán sobre el contenido de este contrato de seguros. De igual forma esta póliza será interpretada de acuerdo a la legislación vigente de la República de Guatemala.

C. PLAZO DEL SEGURO

Durante el primer año, la póliza tendrá vigencia a partir de la fecha que se indica en la Carátula de la misma y terminará el treinta y uno (31) de diciembre del mismo año a las 12:00 p.m., quedando como fecha de aniversario el treinta y uno (31) de diciembre de cada año a las 12:01 p.m. A partir de la primera renovación, la póliza tendrá vigencia de un (1) año y se podrá renovar por períodos anuales mediante el pago de la prima correspondiente.

D. RENOVACIÓN

Esta Póliza podrá ser renovada automáticamente en la Fecha de Aniversario. Las condiciones que apliquen en la renovación en cuanto a tarifas, coberturas, beneficios y/u otros, serán las que la Compañía determine y notifique al Asegurado por lo menos treinta (30) días calendario previos a la fecha de terminación de la póliza. El pago de la primera prima del periodo de renovación, dará por aceptadas las condiciones de renovación por parte del Asegurado Titular y/o Solicitante.

Después de la primera finalización de vigencia, la póliza se podrá renovar indefinidamente por períodos anuales. La Compañía se reserva el derecho de modificar las tarifas, coberturas, beneficios y/u otros, así como las condiciones generales que aplicarán durante cada renovación.

E. MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

Solamente el Representante Legal de la Compañía tendrá autoridad para cambiar, modificar o hacer alguna exención de las condiciones generales y particulares de esta Póliza y sus anexos, en cuyo caso tal acto, para ser válido, deberá constar en un anexo y contar con la firma de dicho representante.

F. FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Las primas por la cobertura de esta Póliza son por el término de un año y/o por el período indicado en la Caratula de la Póliza, por lo tanto la modalidad de pago de las mismas es anual, sin embargo, el Asegurado podrá pagarlas de forma semestral, trimestral o mensual.

Las primas se pagarán por adelantado, en las oficinas de la Compañía o por medio de cualquiera de las formas de pago disponibles, incluyendo pero no limitadas a tarjeta de crédito, pago en Banco, cargo automático a la cuenta del Asegurado o pago por Internet, a cambio de la factura original de la Compañía debidamente refrendada en constancia de tal pago.

Las primas se deberán pagar en la fecha de vencimiento correspondiente, según la modalidad de pago escogida, y ningún pago de prima podrá mantener la Póliza en vigor más allá de la fecha en que venza y sea pagadera la siguiente prima.

G. PERÍODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

Si el Asegurado Titular y/o Solicitante no notifica por escrito a la Compañía que este contrato ha de terminarse, se concederá un Período de Gracia de treinta (30) días para efectuar el pago de cada prima posterior a la primera.

Si alguna prima no se paga antes de que concluya el Período de Gracia, el contrato se dará por terminado, a partir de la fecha en que venció la primera prima no pagada, sin necesidad de aviso o declaración especial de la Compañía.

Durante el período de gracia, el Asegurado no podrá utilizar los servicios de Red de Proveedores ni le serán reembolsados los reclamos que haya presentado por gastos incurridos durante dicho período, hasta que pague la prima vencida.

H. REHABILITACIÓN

Si la cobertura de esta Póliza termina debido a la falta de pago de las primas, el Asegurado podrá solicitar la rehabilitación dentro de los siguientes noventa (90) días, contados a partir de la fecha en que termina el período de gracia, presentando para tal efecto el formulario de solicitud de Rehabilitación acompañado de la Declaración de Salud y de cualquier otro requisito de asegurabilidad que solicite la Compañía. La solicitud de rehabilitación podrá ser aprobada o rechazada. Si la solicitud de rehabilitación es aprobada, la cobertura será reinstalada a partir de la fecha de vencimiento de la prima no pagada, siempre y cuando las primas adeudadas sean canceladas en su totalidad. La cobertura rehabilitada únicamente aplicará para incapacidades que comiencen después de la fecha de rehabilitación.

I. LA COMPAÑÍA PUEDE MODIFICAR LAS TARIFAS

La Compañía se reserva el derecho a modificar las tarifas, por ajustes inflacionarios, por el nivel de reclamos o por cualquier otro factor que afecte a las mismas, en cualquier fecha de aniversario, para lo cual dará aviso al Asegurado con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación.

Asimismo, la Compañía tendrá derecho de modificar en cualquier momento las tarifas y las condiciones de acuerdo a lo descrito en la cláusula de Agravación del Riesgo de esta póliza y al Artículo No. 912 del Código de Comercio de Guatemala.

J. MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Asegurado Titular y/o Solicitante o de la Compañía, se efectuarán de conformidad a la moneda con la que se hubiera contratado la misma indicada en la carátula de la Póliza y/o Cuadro de Coberturas.

K. IMPUESTOS Y GASTOS

Todos los impuestos y/o gastos que afecten el pago de las primas y de los reclamos deberán ser pagados por el Asegurado.

L. AVISO DE TERMINACIÓN ANTICIPADA Y REEMBOLSO DE PRIMAS

El Asegurado Titular y/o Solicitante puede cancelar esta Póliza y devolverla a la Compañía dentro de un período de quince (15) días calendario después de haber sido notificado de la aceptación del riesgo por parte de la Compañía. Si no se han hecho reclamos contra la Póliza durante dicho período, la Compañía reembolsará al Asegurado Titular la Prima pagada, menos los costos administrativos correspondientes, y la Póliza quedará cancelada, como si nunca hubiese sido emitida.

No obstante el término de vigencia del contrato, la Compañía o el Asegurado podrán dar por terminado el contrato anticipadamente sin expresión de causa, con quince (15) días de aviso por escrito previo dado a la contraparte. La prima no devengada será devuelta al Asegurado conforme las tarifas respectivas, de acuerdo a lo que establece el Artículo No. 907 del Código de Comercio de Guatemala y las disposiciones de la presente Póliza.

En ningún caso las terminaciones se realizarán de manera retroactiva.

M. NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación que se transmita entre la Compañía y los Asegurados deberá ser efectuada por escrito. Toda comunicación que se dirija a la Compañía deberá ser efectuada en sus oficinas. Los Asegurados serán notificados por los medios y en la(s) dirección(es) consignada(s) en su Solicitud de Seguro.

En caso de que cualquiera de las partes cambie su domicilio, lo notificará por escrito a las demás partes en forma oportuna, y en caso de que esta notificación no sea efectuada, se tendrá por bien hecha la comunicación que se dirija a la última dirección física o electrónica notificada.

N. PRESCRIPCIÓN

Todos los derechos y acciones que deriven de esta Póliza prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y para el caso de seguro de vida si el Beneficiario no tiene conocimiento de su derecho, la prescripción se consumará por el transcurso de cinco (5) años, contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones de la Compañía, de acuerdo a lo dispuesto en los Artículos 916, 917 y 918 del Código de Comercio de Guatemala.

O. ELEGIBILIDAD Y LÍMITES DE EDAD

1. Asegurados Elegibles

Serán elegibles para participar en este seguro cualquier persona y sus Familiares Dependientes que se encuentren dentro de los límites de edad establecidos por la Compañía, y que presenten solicitud por escrito suministrando pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía, sin costo alguno para ésta, y dicho seguro entrará en vigor en la fecha que la Compañía determine.

Para el Asegurado Titular y Cónyuge la edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años y hasta un máximo de sesenta y nueve (69) años de edad, finalizando la cobertura al cumplimiento de noventa y nueve (99) años de edad. Para el Asegurado Titular Menor de Edad, la edad mínima de ingreso es a partir de los diez (10) días de su nacimiento.

2. Familiares Dependientes Elegibles

Para los efectos de esta Póliza, se consideran "Familiares Dependientes":

- a) Cónyuge de un Asegurado Titular.
- b) Hijos, hijastros o hijos adoptados legalmente, que sean solteros, cuyas edades no sean mayores de diecinueve (19) años y que no se encuentren asegurados para recibir los Beneficios de esta Póliza en calidad de Asegurado Titular.
- c) Los hijos recién nacidos tendrán derecho a inclusión automática al seguro a partir del día de su nacimiento, siempre que sean reportados por escrito dentro de los primeros treinta (30) días contados desde el día de su nacimiento, y que la madre o ambos padres hayan estado asegurados bajo esta póliza durante al menos doce (12) meses continuos al momento del nacimiento.

En caso de que alguna de las dos condiciones anteriores no sea satisfecha, el Asegurado deberá suministrar pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Compañía, sin costo alguno para ésta, y dicho seguro entrará en vigor en la fecha que la Compañía determine, siendo para este caso la edad mínima de ingreso a los diez (10) días de su nacimiento.

La vigencia de la cobertura del recién nacido estará sujeta al pago de la prima adicional correspondiente.

- d) Los hijos, hijastros o hijos adoptados legalmente, solteros mayores de diecinueve (19) años pueden ser considerados como Familiares Dependientes hasta el cumplimiento de los veinticuatro (24) años, al momento que la Póliza es emitida o renovada siempre que sean estudiantes de tiempo completo en un colegio, escuela, instituto o en la universidad y que dependan del Asegurado Titular para su sostenimiento.

P. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

1. Asegurado Titular

El seguro de cualquier Asegurado Titular quedará terminado y sin ninguna validez por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Después de treinta (30) días contados desde la fecha de vencimiento de cada prima posterior a la inicial, que resultare no pagada.
- b) En la fecha en que la Compañía reciba aviso por escrito de la terminación del seguro del Asegurado Titular y/o Solicitante con por lo menos quince (15) días de anticipación.
- c) En la fecha de su fallecimiento.
- d) En la fecha de terminación de la póliza.
- e) Al determinar que el Asegurado omitió o declaró inexactamente información en la solicitud de seguro, de conformidad con lo establecido en los Artículos 908 y 1,010 del Código de Comercio de Guatemala.

2. Familiares Dependientes

El Seguro de cualquier Familiar Dependiente del Asegurado Titular, quedará terminado y sin ninguna validez por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) En la fecha en que termine el seguro del Asegurado Titular por cualquier causa.
- b) En la fecha en que la Compañía reciba aviso por escrito de la cancelación del Seguro del Asegurado Titular y/o Solicitante.
- c) En la fecha de fallecimiento del Familiar Dependiente del Asegurado Titular.
- d) En la fecha en que alguno de los hijos dependientes no cumpla con los requisitos establecidos para los mismos en la descripción de Familiares Dependientes.
- e) En la fecha de terminación de la Póliza.
- f) En la fecha en que se termine la relación de parentesco con el Asegurado Titular.
- g) En la fecha en que el Asegurado Titular notifique por escrito su deseo de renunciar a la cobertura del Familiar Dependiente.
- h) En la fecha en que cesen los pagos de las primas correspondientes al vencimiento del período de gracia de éstas.
- i) Al determinar que el Asegurado omitió o declaró inexactamente información en la solicitud de seguro, de conformidad con lo establecido en los Artículos 908 y 1,010 del Código de Comercio de Guatemala.

Q. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El solicitante está obligado a declarar en la documentación proporcionada por la Compañía, todos los hechos que tengan importancia para la apreciación del riesgo, en cuanto puedan influir en la celebración del contrato, tales como los conozca o deba conocer en el momento de completar la solicitud.

La omisión o inexacta declaración de los hechos a los que se refiere el párrafo anterior serán notificadas al Asegurado Titular y/o Solicitante dentro del mes siguiente a aquel en que sean conocidas, dando derecho a la Compañía para terminar la cobertura del seguro. La Compañía no tendrá algún tipo de obligación de pagar o reembolsar cantidad alguna por siniestros que hubieran sido o que fueran a ser reclamados en virtud de la aplicación de la cobertura de la Póliza.

La Compañía se reserva el derecho de cancelar la Póliza, en caso compruebe fehacientemente que alguno de los Asegurados ha omitido o declarado inexactamente alguna condición médica que hubiese sido determinante para la evaluación del riesgo al momento de suscribir el contrato, o que bajo cualquier circunstancia requiera la cobertura con datos falsos, si omite información o disimulan hechos referentes al siniestro con la finalidad que la Compañía incurra en un error; aun cuando la circunstancia omitida o inexactamente declarada no haya influido en la realización del siniestro. Conforme a lo establecido en los Artículos 880, 881 y 908 del Código de Comercio de Guatemala.

En caso de cancelación de la Póliza de acuerdo a lo indicado en el párrafo anterior:

1. La Compañía no tendrá ninguna obligación de pagar o reembolsar alguna cantidad por siniestros que hubieran sido o que fueran a ser reclamados según las condiciones de la Póliza.
2. La Compañía devolverá únicamente la prima no devengada, y podrá deducir de esta cualquier cantidad reembolsable de los costos de cualquier reclamo que hubiera sido pagado bajo información falsa.
3. El Asegurado deberá devolver a la Compañía cualquier cantidad de dinero que haya recibido por concepto de reclamos, si la Póliza es cancelada por omisión o inexacta declaración al momento de la contratación de la Póliza o al momento del siniestro.

R. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

En caso que el Asegurado Titular conozca hechos o circunstancias, presentes o inminentes, que provoquen la agravación de los riesgos cubiertos por esta Póliza, deberá comunicarlo por escrito a la Compañía dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a entrar en conocimiento de su ocurrencia.

En todo caso, si por cualquier hecho o circunstancia comunicados o no a la Compañía, ésta determina que los riesgos cubiertos por esta Póliza se han agravado, deberá comunicar al Asegurado el ajuste de prima correspondiente y/o las modificaciones en las coberturas, límites y/o beneficios que procedan, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a haber entrado en conocimiento de dicho hecho o circunstancia. El Asegurado contará con quince (15) días hábiles para manifestar por escrito su conformidad con la nueva prima y/o las modificaciones en las coberturas, límites y/o beneficios. En caso de no estar conforme, o no efectuar manifestación alguna, la Compañía podrá rescindir y dar por terminada esta Póliza.

En caso que la agravación del riesgo fuera tal que, de haber existido o haberse conocido al momento de aceptación de la Solicitud de Seguro por parte de la Compañía, ésta no hubiese emitido la Póliza, la Compañía podrá rescindirla y darla por terminada previa comunicación escrita al Asegurado con al menos quince (15) días hábiles de anticipación.

S. EDAD INEXACTA

El Asegurado Titular y/o Solicitante deberá indicar su fecha de nacimiento en la Solicitud de Seguro. No obstante, lo anterior, la Compañía podrá exigir en cualquier momento documentos que comprueben la edad del Asegurado y/o Familiares Dependientes. Para los efectos de esta Póliza, se considerará como edad real del Asegurado la que tenía cumplida en la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza, según su fecha de nacimiento.

Si se comprueba que en la Fecha de Vigencia de la Póliza la edad real del Asegurado se encontraba fuera de los límites de edad, el contrato quedará rescindido de inmediato para el Asegurado sin responsabilidad alguna para la Compañía.

Si con posterioridad a la Fecha de Vigencia de la Póliza se comprueba que la edad declarada del Asegurado fue incorrecta, pero que su edad real se encontraba dentro de los límites de edad fijados por la Compañía, se procederá a hacer el ajuste correspondiente en las primas, cobrando o devolviendo las diferencias que se establezcan o podrá modificar o eliminar las coberturas. En el caso que la edad real fuera distinta a la declarada, si el Asegurado no está de acuerdo en pagar la nueva prima o no acepta la modificación de la cobertura, la Compañía podrá dar por terminada la Póliza.

T. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

Aplicable a Familiares Dependientes

Todos los Familiares Dependientes asegurados bajo el beneficio de Gastos Médicos, que dejen de estar asegurados de acuerdo con las condiciones de terminación de esta póliza, tienen derecho a solicitar su inclusión como Asegurados Titulares, si presentan por escrito tal solicitud, sin necesidad de suministrar pruebas de asegurabilidad, siempre que se cumpla con los siguientes requisitos:

1. Que la condición de terminación del seguro individual no se haya suscitado por falta de pago de primas ni por omisiones o declaraciones inexactas.
2. Que haya estado asegurado bajo la póliza como mínimo un año ininterrumpido.
3. Que su solicitud la presente a la Compañía dentro de los treinta (30) días contados a partir de la terminación de su seguro como Familiar Dependiente.

4. Que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión establecidos por la Compañía para los seguros individuales de Gastos Médicos y de Vida para los cuales sea elegible.
5. La cantidad del Seguro de Vida a la cual tendrá derecho el Familiar Dependiente será la que ya haya tenido como tal, o en caso de no haber tenido la cobertura, tendrá derecho al mínimo en vigor en esta póliza para Asegurados Titulares en la fecha de su solicitud.
6. Que la suma asegurada para Gastos Médicos y Plan Dental no sea superior a la que tenía asignada en el Cuadro de Coberturas.
7. Para los beneficios en los que existan límites definidos como “Máximo Vitalicio” o Máximo Anual, se deducirán las cantidades ya pagadas por dichos beneficios bajo la condición de Familiar Dependiente.

U. INDISPUTABILIDAD

La cobertura de Vida de la póliza será indisputable por omisión o inexacta declaración, inmediatamente después de haber cumplido dos (2) años de vigencia contados a partir de la fecha de vigencia de esta Póliza, de la fecha del último aumento de suma asegurada o de su última rehabilitación. Conforme a lo establecido en el Artículo 1010 del Código de Comercio de Guatemala.

V. CAMBIO DE PLAN

Todo Asegurado Titular tendrá la oportunidad de cambiar de Plan a otro nivel de Beneficios, como sigue:

1. Para cambiar de un Plan de Beneficios Menores a uno de Beneficios Mayores, será necesario que tanto el Asegurado Titular como sus Familiares Dependientes presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Compañía, sin costo alguno para ésta.
2. Para cambiar de un Plan de Beneficios Mayores a uno de Beneficios Menores, será necesario que tanto el Asegurado Titular como sus Familiares Dependientes presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Compañía, sin costo alguno para ésta.
3. Sólo se podrán hacer cambios de Plan después de haber transcurrido doce (12) meses continuos de cobertura en el Plan anterior y en ningún caso de manera retroactiva.

Para los numerales descritos anteriormente, la Compañía de Seguros determinará la fecha y condiciones en que entrarán en vigor los nuevos beneficios.

W. PAÍS DE RESIDENCIA

Serán elegibles para este seguro cualquier Asegurado Titular y sus Familiares Dependientes que residan dentro del territorio de la República de Guatemala.

X. CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA

El Asegurado debe notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de su país de residencia dentro de los primeros treinta (30) días del cambio. Los cambios de residencia del Asegurado fuera del territorio de la República de Guatemala resultarán en la modificación de la cobertura o de las primas, a la sola discreción de la Compañía. La falta de notificación a la Compañía de cualquier cambio de país de residencia del Asegurado puede resultar en la cancelación de la póliza.

En caso que el Asegurado resida fuera del territorio de la República de Guatemala por un período mayor de ciento ochenta (180) días, la póliza se cancelará automáticamente.

Y. REVISIÓN DE CASOS

Si el Asegurado estuviere en desacuerdo sobre cómo fueron aplicados los beneficios de la Póliza, enviará por escrito una solicitud de revisión a la Compañía junto con toda la información relevante para el análisis del caso en particular. En un plazo máximo de treinta (30) días calendario la Compañía notificará por escrito al Asegurado su decisión y los fundamentos de ésta. Finalizado este trámite, si continúa en desacuerdo el Asegurado podrá emprender contra la Compañía las acciones a las cuales tiene derecho de conformidad con el proceso de Arbitraje contenido en la cláusula AA de esta Sección.

Z. SUBROGACIÓN

El Asegurado Titular transfiere y cede ilimitadamente a la Compañía todos los derechos de recuperar de cualquier fuente, los pagos efectuados al Asegurado Titular y/o a cualquiera de sus Familiares Dependientes por cualquier beneficio cubierto por esta Póliza, resultantes de pérdidas, lesiones o daños que hubieren sido declarados responsabilidad de un tercero. En virtud de este Derecho de Subrogación, la Compañía podrá recuperar los montos desembolsados directamente de los causantes de dichas pérdidas, lesiones o daños, o del Asegurado Titular y/o cualquiera de sus Familiares Dependientes, en caso de que éstos últimos, habiendo sido indemnizados por la Compañía de conformidad con esta Póliza, hubieren además recibido de dichos terceros el resarcimiento de los daños causados.

El Asegurado que renuncie en forma total o parcial a los derechos indemnizatorios que le correspondan en contra de un tercero, sin el consentimiento de la Compañía, perderá el derecho de ser indemnizado por ésta. De igual forma, será responsable del pago de daños y perjuicios a favor de la Compañía, el Asegurado que obstaculice o no coopere con la Compañía en el ejercicio del derecho de subrogación que se le otorga en esta cláusula.

AA. ARBITRAJE

Los contratantes convienen en que toda disputa, controversia o reclamo, que se relacione con la aplicación, interpretación y/o cumplimiento de este contrato, por cualquier causa, deberá resolverse mediante Arbitraje de Derecho, de conformidad con el Reglamento de Arbitraje de la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala –CRECIG-, que se encuentre vigente al momento de surgir el conflicto. El Arbitraje será administrado, por la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala –CRECIG-, en la ciudad de Guatemala, por medio de un tribunal compuesto de tres Árbitros, nombrados de conformidad con el Reglamento antes relacionado, y el idioma del arbitraje será el español. El laudo deberá ser cumplido de buena fe y sin demora alguna, por las partes.

BB. CONFIDENCIALIDAD

La información de carácter confidencial que el Asegurado brinde a la Compañía, a los intermediarios de seguros o a los proveedores de servicios auxiliares, así como la información que brinde la Compañía al Asegurado, con relación a la Póliza, deberá tratarse como tal, y únicamente podrá ser divulgada a las autoridades competentes que la soliciten

legalmente. El uso no autorizado de esa información que provoque algún daño o perjuicio al Asegurado o a la Compañía deberá ser resarcido por el responsable, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

El Asegurado tendrá derecho a conocer, en caso de solicitarlo, toda la información que se le brinde a los representantes de la Compañía. Dicha información únicamente podrá ser utilizada por la Compañía con el fin de verificar la asegurabilidad y/o verificar las reclamaciones del Asegurado. El Asegurado tendrá derecho a que dicha información sea rectificadora, actualizada, complementada o suprimida, cuando la misma sea incorrecta o inexacta, o esté siendo empleada para fin distinto del que legítimamente puede cumplir y le cause un perjuicio.

CC. PAGO DE OBLIGACIONES A LOS ASEGURADOS O BENEFICIARIOS

El pago de obligaciones a los Asegurados o Beneficiarios se efectuará de conformidad con el Artículo 901 del Código de Comercio de Guatemala (Exigibilidad del Pago), en los casos no previstos en la Ley de la Actividad Aseguradora o disposición legal en contrario, el pago de la indemnización que resulte del contrato del seguro, será exigible treinta (30) días después de la fecha en que el asegurador haya recibido los documentos e informaciones que permitan conocer el fundamento y la cuantía de la reclamación.

Será nula la cláusula en la que se pacte que la indemnización no podrá exigirse, sino después de haber sido reconocida por el asegurador o comprobada en juicio.

SECCIÓN II | SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

A. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Sujeto a los términos y condiciones de la Póliza, todo Asegurado tendrá derecho al Beneficio de Gastos Médicos efectivamente incurridos, necesarios para la atención o el tratamiento de cualquier enfermedad o accidente. Dichos gastos deberán ser por concepto de servicios, tratamientos o medicamentos ordenados por un médico colegiado, y que no estén enumerados expresamente en la sección de Exclusiones de esta Póliza.

Las personas que tienen derecho a la cobertura de Gastos Médicos se especifican en la Carátula de la Póliza, identificadas como “Asegurado Titular” y “Familiares Dependientes”.

El Asegurado es responsable del pago del deducible, coaseguro y/o copago o exceso de gastos sobre los límites establecidos en el cuadro de coberturas, así como cualquier gasto que exceda lo usual, razonable y acostumbrado tal y como se establece en la sección de definiciones de la Póliza.

Después que el Seguro de un Asegurado Titular y sus Familiares Dependientes ha terminado, por haber agotado el “Máximo Vitalicio”, podrá solicitar la reinstalación de su “Máximo Vitalicio” suministrando por cuenta propia evidencia de asegurabilidad satisfactoria a la Compañía, siempre que sea elegible y que los términos aplicables a esta Póliza sean cumplidos.

La Compañía se reserva el derecho de conceder o no esta reinstalación. La cobertura de gastos médicos quedará terminada al momento de agotarse el Máximo Vitalicio disponible para el Asegurado.

B. INCREMENTOS DE SUMA ASEGURADA

Cuando se otorgan incrementos de Suma Asegurada y/o Beneficios Nuevos, los montos incrementados y/o de los beneficios nuevos serán aplicables únicamente a las incapacidades que se originen posteriormente a la fecha de vigencia de la nueva Suma Asegurada y/o de los beneficios nuevos.

C. DEFINICIONES

Para los efectos de la interpretación y aplicación de este contrato de seguro, se establecen las definiciones siguientes y se entenderá por:

1. **“Accidente”**: Se refiere al suceso eventual o acción de la que involuntariamente resulta una lesión corporal.
2. **“Anexo”**: Documento que forma parte de la Póliza, que modifica, restringe y/o adiciona a las coberturas o algún elemento contractual, con base en el análisis de riesgo que se realice a cada uno de los Asegurados. Se estipula que lo indicado en un Anexo siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga a ellas.
3. **“Año Calendario”**: Se refiere al período comprendido entre el 01 de enero de cualquier año y el 31 de diciembre del mismo año, ambas inclusive.
4. **“Área Centroamericana”**: Está conformada únicamente por los países de: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica.
5. **“Asegurado”**: Se refiere a cualquier Asegurado Titular o Familiar Dependiente asegurado al cual estas estipulaciones de Beneficios de Gastos Médicos son aplicables.
6. **“Coaseguro”**: Es el porcentaje a cargo del asegurado sobre los gastos médicos elegibles, el cual aplica tanto para reembolso convencional, como para pago directo.

7. **“Complicaciones del Embarazo, la Maternidad y/o el Parto”**: Condiciones causadas por, y/o que ocurren como resultado del embarazo, la maternidad o el parto, las cuales requieren atención médica. Para propósitos de esta cobertura, los partos por cesárea no son considerados una complicación del embarazo, la maternidad y el parto.
8. **“Complicaciones del Recién Nacido”**: Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por condiciones congénitas o por factores genéticos o hereditarios, que se manifieste durante los primeros noventa (90) días de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, procesos infecciosos o traumatismos durante el parto.
9. **“Condición Congénita y/o Hereditaria”**: Cualquier enfermedad o desorden adquirido durante la concepción o la etapa fetal del desarrollo como consecuencia de la constitución genética de los padres o de factores ambientales o agentes externos, sea o no manifestado o diagnosticado antes del nacimiento, durante el nacimiento, después del nacimiento o años más tarde.
10. **“Condición Preexistente”**: Todo nuevo Asegurado Titular y sus Dependientes Asegurados, están afectos a la cláusula de preexistencia. El término “Preexistencia” significa cualquier padecimiento que se hubiera originado antes de la fecha de vigencia de la cobertura del Asegurado; sin embargo, esta exclusión no será aplicable después del plazo de cobertura continua establecido en el Cuadro de Coberturas como Período de Preexistencia, si el padecimiento no fue excluido por la Compañía expresamente. Esta cláusula se aplica prescindiendo que el Asegurado haya tenido tratamiento por un padecimiento o no, o si el Asegurado tuviera conocimiento o no de su existencia antes de ingresar al seguro.

Preexistencia y Condición preexistente son sinónimos para efectos de la presente póliza.

11. **“Copago”**: Es un monto fijo que debe pagar el Asegurado directamente al proveedor que le brinda un servicio dentro de la Red de Proveedores. El Copago aplica por evento y es independiente de la aplicación de coaseguro y deducible estipulados en la póliza. El copago también puede ser requerido en el caso de servicios prestados fuera de la Red de Proveedores.
12. **“Deducible”**: Es la cantidad inicial que se indica en el cuadro de Coberturas, la cual el Asegurado debe satisfacer antes que la Compañía pague beneficios de acuerdo a las condiciones de la póliza y este se aplica de acuerdo a las siguientes condiciones:
 - a. Cuando los gastos son incurridos dentro o fuera del Área Centroamericana, el deducible se aplicará por persona y por Año Calendario.
 - b. Los deducibles que se apliquen por gastos incurridos dentro del Área Centroamericana son diferentes a los que se apliquen por gastos incurridos fuera del Área Centroamericana y no podrán combinarse entre sí.
 - c. Cuando el Asegurado no haya incurrido en gastos entre el 1 de enero y 30 de septiembre de un mismo año, los gastos médicos elegibles incurridos entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de cada año que sean utilizados para satisfacer el deducible serán aplicados al deducible del siguiente año calendario. Si este deducible es modificado para el producto, el cambio se aplicará para gastos incurridos a partir de la fecha de modificación. Esta condición aplica para deducible y gastos incurridos dentro del Área Centroamericana.

El Deducible también puede ser requerido en el caso de servicios prestados dentro de la Red de Proveedores.

13. **“Emergencia”**: Condición médica repentina, seria, aguda y generalmente inesperada, que requiere tratamiento médico inmediato o Cirugía. Esta condición médica puede poner en riesgo la vida del Asegurado o su integridad física.

Se consideran como emergencias, únicamente los siguientes casos:

- a. Accidentes
 - b. Convulsiones
 - c. Hemorragias
 - d. Crisis súbitas de los sistemas circulatorio, respiratorio, gastrointestinal o urológico
 - e. Deshidratación severa
 - f. Pérdida del conocimiento
 - g. Intoxicación severa
 - h. Reacciones alérgicas en estado severo
14. **“Enfermedad”**: Se refiere a cualquier alteración de la salud.
15. **“Fecha de Aniversario de la Póliza”**: Será la fecha de renovación de la Póliza.
16. **“Fecha de Vigencia de la Póliza”**: Es la fecha indicada en la carátula, en la que inicia y finaliza la vigencia de la Póliza.
17. **“Gastos Médicos Elegibles”**: Son los gastos reales incurridos por un asegurado, derivados de un padecimiento cubierto por la póliza, en concepto de tratamientos, servicios y medicamentos ordenados por un médico, siempre que no se encuentren excluidos expresamente por la Compañía. En ningún caso serán reconocidos como gastos médicos elegibles aquellos que no son razonablemente necesarios para el cuidado médico del asegurado, ni se pagará gasto alguno en exceso de la cantidad o valor que usualmente deba reconocerse por el servicio o medicamento que se trate, considerando que cualquier excedente correrá a cargo del asegurado.
18. **“Hospital”**: Se refiere a una institución organizada de acuerdo con la Ley, que cuenta con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios durante las veinticuatro (24) horas del día a sus pacientes, con facilidades médicas, de diagnóstico y quirúrgicas para el cuidado y tratamiento de las personas enfermas y lesionadas que se encuentren hospitalizadas, bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras graduadas. En ningún caso el término “Hospital” significará una institución que esté especialmente dedicada a casa de reposo, de convalecencia, de ancianos o de tratamiento de drogadicción y alcoholismo.
19. **“Hospitalización”**: Cuidado médico o quirúrgico que, debido a su intensidad, debe ser prestado durante una hospitalización de más de veintitrés (23) horas. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica de la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencia no se considera una hospitalización.
20. **“Hospitalización de Día”**: Es el tratamiento cubierto en virtud del plan contratado, que por razones médicas, es necesario que el Asegurado ocupe una cama en un hospital para recibir el tratamiento médico, pero para el que no es necesario que permanezca ingresado una noche o más.
21. **“Incapacidad o padecimiento”**: Es toda enfermedad o lesión corporal por accidente, que necesite tratamiento médico por un médico, por las cuales se incurra en gastos médicos elegibles y reembolsables bajo la Póliza.
22. **“Límite de Coaseguro”**: Es la cantidad máxima de coaseguro que absorbe un asegurado de acuerdo con las condiciones y montos indicados en el Cuadro de Coberturas, con base a lo siguiente:
- a. Cuando los gastos son incurridos dentro o fuera del Área Centroamericana, el Límite de Coaseguro se aplicará por persona y por “Año Calendario”.
 - b. Los Límites de Coaseguro que se apliquen por gastos incurridos dentro del Área Centroamericana son diferentes a los que se apliquen por gastos incurridos fuera del Área Centroamericana y no podrán combinarse entre sí.
23. **“Máximo Anual”**: Es la cantidad máxima en concepto de pago de bienes y servicios médicos a la que tendrá derecho una persona durante un mismo Año Calendario, siempre y cuando esté en vigor la Póliza.

24. **“Máximo Vitalicio”**: Es la cantidad máxima en concepto de pago de bienes y servicios médicos a la que tendrá derecho el Asegurado durante su vida, siempre y cuando esté en vigor la Póliza.
25. **“Médicamente Necesario”** o **“Necesidad Médica”**: Se refiere a servicios o tratamientos ordenados y proporcionados por un Médico, los cuales la Compañía determine que:
- Son adecuados al diagnóstico o tratamiento del padecimiento o lesión del Asegurado;
 - Son consistentes con los estándares médicos y profesionales aceptados;
 - No son principalmente para la comodidad o conveniencia personal de un Asegurado, su familia o su médico;
 - Son proporcionados al nivel más adecuado sin poner en riesgo la vida o la salud del Asegurado;
 - En el caso de hospitalización, que los servicios o tratamientos no puedan ser proporcionados al Asegurado de manera ambulatoria sin arriesgar su vida o salud.

La Compañía se reserva el derecho de determinar la Necesidad Médica y elegibilidad de los gastos incurridos. El hecho que un Médico haya ordenado, recomendado o aprobado un servicio o tratamiento no lo hace Médicamente Necesario o sujeto a cobertura de póliza

26. **“Médico”**: Es el profesional titulado en medicina, colegiado activo, que esté legalmente establecido y autorizado para ejercer en el país en que presta el servicio. Para los efectos de la Póliza, no podrá ser considerado médico tratante el Asegurado Titular ni ningún Familiar Dependiente.
27. **“País de Residencia”**: Es el país donde fue emitida la póliza y donde el asegurado reside al menos ciento ochenta (180) días continuos durante cada año calendario.
28. **“Recién Nacido”**: Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
29. **“Red de Proveedores”**: Se refiere a un grupo de médicos, laboratorios, farmacias y hospitales con los cuales se han pactado costos de bienes y servicios médicos bajo convenio y cuya utilización opcional por parte del Asegurado está sujeta al seguimiento de reglas específicas entregadas al Asegurado al momento de contratar su póliza.
30. **“Solicitante”**: Se refiere a la persona natural o jurídica que contrató el seguro, sea por cuenta propia o por la de un tercero determinado o determinable que traspasa los riesgos a la Compañía.
31. **“Usual, Razonable y Acostumbrado”**: Significa un gasto por atención médica debido a una incapacidad o padecimiento, el cual se considere justo y hasta el límite acostumbrado, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros proveedores de carácter similar en la misma localidad geográfica en la que es suministrado el tratamiento. Para determinar si un cargo es Usual, Razonable y Acostumbrado la Compañía considerará como base los aranceles pactados con la Red de Proveedores.

D. DESCRIPCIÓN DE GASTOS MÉDICOS ELEGIBLES

COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

La cobertura de los Gastos Médicos incluye lo siguiente:

1. Gastos Hospitalarios:

La cobertura por Gastos Hospitalarios indicado en el Cuadro de Coberturas, incluirá los Gastos Cubiertos incurridos dentro o fuera de la Red de Proveedores, de la siguiente manera:

- Cuarto y Alimentos: El importe máximo diario cubierto será el indicado en el Cuadro de Coberturas. Se cubre únicamente cuarto privado o semiprivado.

- b. Unidad de Cuidados Intensivos: Gastos originados por estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedia y/o unidad de cuidados coronarios. El importe máximo diario cubierto se especifica en el Cuadro de Coberturas.
- c. Servicios de Hospitalización: Servicios facturados por el Hospital durante la Hospitalización del Asegurado, incluyendo medicamentos, uso de quirófano, sala de recuperación, curaciones, instrumental, pruebas de laboratorio, exámenes especiales de diagnóstico, gases hospitalarios, transfusiones de sangre o plasma, servicios de enfermería, atención en la sala de emergencia, yeso, tablilla, braguero, entre otros.

2. Honorarios Médicos dentro de Hospital:

Todos los honorarios médicos serán cubiertos de acuerdo a los valores usuales, razonables y acostumbrados o de acuerdo a los aranceles pactados por la Red de Proveedores.

- a. Honorarios Médicos por Consulta y Tratamiento: Honorarios médicos por las consultas y tratamientos médicos necesarios para el restablecimiento de la salud, realizados durante la Hospitalización del Asegurado y las visitas y tratamientos médicos proporcionados en las Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedios y/o Cuidados Coronarios.
- b. Honorarios Quirúrgicos: Estos honorarios incluirán los servicios prestados al Asegurado por Médicos Cirujanos y Médicos Asistentes. La especialidad del cirujano principal y asistente deberá estar directamente relacionada con el padecimiento y procedimiento realizado.
- c. Honorarios del Anestesiólogo.

3. Consulta Médica Ambulatoria:

Consulta médica con médicos legalmente autorizados para ejercer la medicina, de acuerdo a las siguientes condiciones:

- a. Consultas con Médicos de Cabecera para diagnóstico, cuidado preventivo y otros procedimientos usuales en este tipo de consultas, las cuales deben ser proporcionadas en las clínicas autorizadas por la Compañía.
- b. Todas las consultas necesarias con médicos generales y especialistas.
- c. Todos los honorarios médicos serán cubiertos de acuerdo a los valores usuales, razonables, acostumbrados y/o de acuerdo a los aranceles pactados por la Red de Proveedores.

4. Honorarios Médicos Ambulatorios:

Todos los honorarios médicos serán cubiertos de acuerdo a los valores usuales, razonables y acostumbrados o de acuerdo a los aranceles pactados por la Red de Proveedores.

- a. Honorarios médicos por tratamiento suministrado por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina.
- b. Honorarios por intervenciones quirúrgicas ambulatorias realizadas por un cirujano legalmente autorizado para ejercer la medicina.
- c. Honorarios por aplicación de anestesia suministrada por un médico o un anestesista profesional para tratamientos o procedimientos o cirugías ambulatorias.

5. Otros Gastos Ambulatorios:

- a. Exámenes de laboratorio, Rayos X, exámenes y procedimientos especiales, así como cualquier otra prueba que sea ordenada por un médico y que sea necesaria para el diagnóstico o tratamiento de una incapacidad o padecimiento.
- b. Tratamientos suministrados por un fisioterapeuta siempre que sea indicado por un médico.
- c. Gastos incurridos por control de niño sano (control pediátrico, control de crecimiento y desarrollo y vacunas), incluyendo visitas al médico, no más de diez (10) por año calendario, hasta el cumplimiento de los seis (6) años de edad.
- d. Drogas o medicinas recetadas por un médico y que sean proporcionadas por una farmacia autorizada, siempre y cuando el plan contratado tenga incluida la cobertura y la misma se indique en el Cuadro de Coberturas.

- e. Atención suministrada por enfermeras tituladas, siempre que la gravedad de la enfermedad lo requiera y que sea recomendado por el médico tratante. La enfermera no deberá tener ningún grado de parentesco con el asegurado y no debe vivir en la casa de dicho asegurado.
- f. Servicios suministrados por atención de Emergencia derivada de alguna incapacidad o padecimiento, prestados en la sala de emergencias de un Hospital, que incluyen honorarios del Médico Tratante, materiales, insumos, equipos médicos básicos y los medicamentos necesarios para la estabilización del Asegurado, únicamente para condiciones que no estén excluidas en la Póliza.
- g. Gastos Médicos Preventivos: Se cubren los exámenes médicos preventivos que se detallan en el Cuadro de Coberturas.
- h. Sangre o plasma, miembros y ojos artificiales, prótesis, equipo ortopédico, yeso, tablilla, braguero, muletas, andadores, oxígeno y alquiler del equipo necesario para su aplicación, alquiler de silla de ruedas o cama especial de hospital, alquiler de respirador para ventilación pulmonar mecánica.
- i. Tratamiento de quimioterapia, radioterapia o terapia radioactiva.

6. Otros Gastos Cubiertos:

- a. Pruebas para determinar alergias.
- b. Los gastos ocasionados por enfermedades mentales y desordenes nerviosos y psiquiátricos no diagnosticables más que a través de la observación clínica, estarán cubiertos después de haber satisfecho el deducible correspondiente. Estarán cubiertos los gastos incurridos, pero no limitados a tensión, desorden obsesivo-compulsivo, desorden afectivo, depresión reactiva, depresión mayor, desorden de angustia, trastorno de pánico, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso-depresivo, trastornos de adaptación (shock post-traumático), trastorno disociativo (de conversión), trastornos somatomorfos.

Para gastos incurridos en un hospital donde el Asegurado no pague por cuarto y alimentación, o incurridos fuera del hospital, lo siguiente será aplicable:

- 1. El 80% de los gastos elegibles.
- 2. Por servicios de un psiquiatra profesional, el gasto elegible no podrá exceder del número máximo de visitas ni del valor fijado por consulta, los cuales se encuentran detallados en el Cuadro de Coberturas.

Para gastos incurridos como paciente hospitalizado, serán cubiertos bajo las mismas condiciones que aplican para cualquier otra enfermedad.

- c. El servicio para transporte de ambulancia aérea cubre los servicios para viajar hacia un hospital equipado para proporcionar tratamiento, por una condición cubierta por la póliza, siempre y cuando la utilización de dicho transporte sea absolutamente necesaria para preservar la vida del asegurado y que el tratamiento no pueda ser suministrado en la localidad donde reside o se encuentre el asegurado. El uso de la ambulancia aérea debe ser previamente notificado a la Compañía y autorizado por ésta. El pago de estos servicios correrá directamente a cargo del Asegurado, quien someterá a la Compañía la solicitud de reembolso respectivo proporcionando las facturas de los gastos realizados.

El servicio para transporte de ambulancia terrestre cubre los servicios para viajar de y hacia un hospital local. Este beneficio aplica siempre y cuando sea medicamente necesario y el padecimiento esté cubierto bajo esta Póliza. Este beneficio aplica por reembolso convencional.

La Compañía no asume responsabilidad alguna que resulte de los servicios de transporte en ambulancia aérea o terrestre, por demoras o restricciones en los vuelos por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, debido a condiciones operacionales o problemas de tráfico.

- d. Cobertura de maternidad. Si en el Cuadro de Coberturas se indica que aplica y se consigna su límite máximo, se cubrirán los Gastos Médicos ocasionados por embarazo, tanto los gastos pre-natales como los post-

natales, los gastos por parto, aborto o cesárea, siempre y cuando dicho embarazo, parto, aborto, cesárea o sus complicaciones sean posterior al cumplimiento de doce (12) meses continuos durante los cuales el Asegurado de sexo femenino, bien sea éste Titular o Cónyuge, haya estado cubierto por esta póliza.

- e. Atención Pediátrica Normal del Recién Nacido. Este beneficio aplica por cada niño, siempre y cuando la maternidad haya sido cubierta por la Póliza y cubre los servicios pediátricos proporcionados por el médico tratante, que consisten en: examen físico completo del recién nacido, lavado gástrico, administración de vitamina "K", colocación de clip umbilical y administración de vacuna antipoliomielítica.
- f. Complicaciones del embarazo, la maternidad y/o el parto. Los gastos médicos incurridos debido a complicaciones del embarazo, la maternidad y/o el parto, como se describen en la Sección II, Beneficio de Gastos Médicos, Inciso C, Definiciones, numeral 7, estarán cubiertos hasta los límites de la póliza, sujetos al deducible y coaseguro.
- g. Los gastos médicos necesarios para el tratamiento de las complicaciones del o los Recién Nacidos, durante o después del parto, tales como parto prematuro, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoglucemia, déficit respiratorio, y traumatismo durante el parto, siempre que cumplan con las siguientes condiciones:
 - 1. Que el nacimiento sea consecuencia de una maternidad cubierta por la póliza.
 - 2. Que las complicaciones del recién nacido no sean relacionadas a condiciones, enfermedades o defectos congénitos o hereditarios.
 - 3. Que los gastos no excedan el máximo establecido para las Complicaciones del Recién Nacido, el cual se indica en el Cuadro de Coberturas.
 - 4. Que las complicaciones sean diagnosticadas y tratadas dentro de los noventa (90) días después del nacimiento, siempre que el seguro de la madre o ambos padres se encuentre en vigor. Transcurrido este período de noventa (90) días no corresponde ningún pago adicional para este beneficio.

Este máximo vitalicio se indica en el Cuadro de Coberturas, y es aplicable por embarazo, independiente si fuese parto múltiple para hijos que hayan nacido bajo la cobertura de la madre o ambos padres en la póliza, sea que haya iniciado su cobertura presentando evidencia de asegurabilidad o que haya calificado para inclusión automática desde su día de nacimiento, como se define en la Sección I, "Condiciones Generales", Literal O. "Elegibilidad, Familiares Dependientes".

- h. Trasplante de órganos sujeto a las siguientes condiciones:
 - 1. Los gastos deben ser médicamente necesarios.
 - 2. El procedimiento no puede ser experimental o para investigación.
 - 3. Se cubren los gastos médicos-hospitalarios del donante a partir de la hospitalización para la intervención quirúrgica de donación y hasta que se registre la salida del hospital, momento en el que cesará esta cobertura para el donante.
 - 4. Los gastos de compra del órgano no están cubiertos.
 - 5. Los gastos no pueden exceder el máximo establecido para trasplante de órganos que se indica en el Cuadro de Coberturas.
- i. Los gastos médicos necesarios para el tratamiento de las enfermedades, padecimientos, defectos o condiciones congénitas, siempre que los gastos no excedan del máximo vitalicio establecido para las Condiciones Congénitas.

Este máximo vitalicio se indica en el Cuadro de Coberturas y es aplicable de la siguiente forma:

- 1. Para todo hijo que haya nacido bajo la cobertura de la madre o ambos padres, la cobertura es inmediata a partir de la fecha de vigencia.
- 2. Para todos los demás asegurados, después de doce (12) meses de cobertura continua.

E. GASTOS DE REPATRIACIÓN

En caso que el Asegurado Titular o cualquiera de sus Familiares Dependientes asegurados bajo la misma Póliza, falleciere fuera de su país de residencia, la Compañía pagará los gastos de repatriación de restos mortales hasta el máximo establecido en el Cuadro de Coberturas de la Póliza, siempre y cuando la muerte haya resultado por una condición que hubiese estado cubierta bajo los términos de la Póliza.

Los “Gastos de Repatriación” bajo esta Póliza se limitan únicamente a aquellos servicios y suministros necesarios para la preparación del cuerpo del fallecido y la transportación a su país de residencia. Para hacer efectivo el reembolso de estos gastos deberá presentar las facturas correspondientes.

Este beneficio no será pagadero en el caso de un Asegurado Titular o Familiar Dependiente que fallezca fuera del Área Centroamericana, a menos que tenga contratado un plan de cobertura geográfica Mundial.

F. PAGO DE GASTOS MÉDICOS EN CASO DE FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO TITULAR

En caso de fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente del Asegurado Titular, los gastos médicos incurridos previos al fallecimiento y elegibles para reembolso con base a las condiciones de esta Póliza, serán pagados a los Beneficiarios del Asegurado Titular, de acuerdo a lo estipulado en la Sección III de esta Póliza, Literal B. “Beneficiarios”.

G. COBERTURA GRATUITA PARA FAMILIARES DEPENDIENTES POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, se concederá la continuidad del Seguro Médico para los Familiares Dependientes durante el período de un (1) año sin costo alguno para ellos, sujeto a las siguientes condiciones:

1. Que el Asegurado Titular al momento del fallecimiento:
 - a. Contaba con la cobertura para sus Familiares Dependientes.
 - b. Se encontraba al día con el pago de las primas correspondientes.
 - c. Y sus dependientes hayan estado asegurados en la póliza como mínimo durante un año, previo al fallecimiento.
2. Si un Familiar Dependiente está gozando de este beneficio y deja de ser elegible de acuerdo a los términos de la póliza, su cobertura como dependiente termina.

H. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el cual cualquier asegurado pueda estar cubierto. Cuando algún asegurado esté cubierto también por otras pólizas que tengan las mismas coberturas que las del presente contrato, los beneficios del mismo se reducirán a una cantidad igual al complemento que resulte para que el pago total por las indemnizaciones conjuntas sea igual al 100% de los beneficios aquí estipulados. Si únicamente esta póliza estipula la coordinación de beneficios, los beneficios serán pagaderos primeramente por todos los demás planes concurrentes. Si el asegurado goza de beneficios similares a los aquí descritos e incurre en gastos médicos, la forma de pago será como sigue:

- a. El plan que cubra al asegurado como titular determinará sus beneficios, con prioridad a cualquier plan que cubra a dicha persona como dependiente.
- b. El plan que cubra al asegurado como dependiente de un titular hombre, determinará sus beneficios antes que un plan que lo cubra como dependiente de una titular mujer, y en cualquier caso el que posea beneficios.
- c. Si de los dos anteriores incisos no se pudiere establecer un orden de prioridad, el plan que haya cubierto al asegurado por más tiempo determinará los beneficios.

La Compañía procederá a realizar una coordinación de beneficios donde los montos pagaderos son aquellos que quedaron bajo responsabilidad del Asegurado, exceptuando excesos de lo usual, razonable y acostumbrado, y gastos no cubiertos. El monto máximo a cubrir no excederá el 100% del límite de beneficios contratados bajo esta Póliza.

I. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO Y PAGO DEL RECLAMO

1. Servicio de Pago Directo y Pre-Autorización de Beneficios

En el caso que el Asegurado requiera y solicite la atención de los servicios de la Red de Proveedores para pago directo, podrá hacer uso de este servicio previa autorización de la Compañía, quien efectuará el pago de los gastos cubiertos por la Póliza directamente a los Proveedores de la Red, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Deducible (si lo hubiese), el Copago (si lo hubiese) y el Coaseguro que corresponda.

El Servicio de Pago Directo estará sujeto a la verificación de la elegibilidad del asegurado y a la confirmación de los beneficios por parte de la Compañía.

Algunos beneficios bajo esta póliza están sujetos a un requisito previo de notificación y pre-autorización. La pre-autorización le permite a la Compañía confirmar la cobertura del asegurado y autorizar los beneficios como corresponde, cuando se utiliza la Red de Proveedores.

El Asegurado deberá notificar siempre a la Compañía sobre su intención o necesidad de hospitalizarse, someterse a una cirugía ambulatoria fuera del consultorio del Médico tratante o practicarse algún examen especial de diagnóstico y deberá obtener previamente la autorización correspondiente. Para tal efecto el asegurado deberá notificar a la Compañía por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia deberá ser notificado dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento.

Una vez autorizado el Servicio de Pago Directo al proveedor de servicios médicos, ya sea por honorarios profesionales, por un procedimiento o tratamiento, o por otros gastos cubiertos por la póliza, de acuerdo a los aranceles pactados con dicho proveedor, la Compañía no pagará ni reembolsará ninguna otra cantidad relacionada con dichos servicios o tratamientos.

La Red de Proveedores para servicios de pago directo está sujeta a cambios; por lo tanto, es importante que el asegurado valide previamente si el proveedor a utilizar pertenece a la red. La Compañía pondrá a disposición de los asegurados el listado de proveedores afiliados por los medios de comunicación que considere adecuados para tal efecto.

2. Reembolso de Gastos Médicos Elegibles

El Asegurado Titular podrá realizar reclamos a la Compañía por gastos incurridos con otros proveedores de servicios que no formen parte de la Red de Proveedores de conformidad con las condiciones de la Póliza, debiendo enviar los Documentos que la Compañía considere oportunos para comenzar el proceso de Reclamo.

El aviso por escrito de cualquier reclamación pagadera bajo los términos de esta Póliza por incapacidad o padecimiento y los documentos de prueba de los mismos, deberán presentarse a la Compañía a más tardar a los sesenta (60) días calendario después de la fecha en que el Asegurado haya recibido el tratamiento correspondiente.

Al recibir la Compañía aviso de reclamación, suministrará los correspondientes formularios para presentar la prueba del reclamo. El dejar de enviar tal aviso o prueba dentro del tiempo estipulado en esta Póliza, no invalidará ninguna reclamación, siempre que se demuestre que no fue razonablemente posible enviar el aviso o prueba dentro de ese período y que tal aviso o prueba fue presentada tan pronto como fue posible.

La Compañía podrá solicitar al Asegurado cualquier información que considere relevante, tales como resúmenes clínicos y reportes médicos; de igual forma, podrá requerir al asegurado se realice exámenes médicos con el médico que ésta decida (bajo el costo de la Compañía). El médico a su vez proporcionará a la Compañía informe correspondiente sobre el estado de salud del Asegurado.

El Asegurado debe proporcionar a la Compañía todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite la Compañía, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Compañía obtenga tales expedientes y reportes médicos. De conformidad con el Artículo 897 del Código de Comercio de Guatemala, la Compañía tendrá derecho a exigir del Asegurado o del dependiente, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro, por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

Si el Asegurado Titular o sus Familiares Dependientes no cumplen con las obligaciones de dar aviso del siniestro en los términos del Artículo 896 del Código de Comercio de Guatemala, la Compañía podrá reducir la prestación debida hasta la suma que hubiere correspondido si el aviso se hubiere dado oportunamente, de conformidad con el Artículo 914 (Omisión de aviso) del mismo Código.

La Compañía quedará desligada de sus obligaciones de conformidad con el Artículo 915 (Extinción de responsabilidad) del Código de Comercio de Guatemala si:

- a. Se omite el aviso del siniestro con la intención de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias.
- b. Con el fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieren excluir o restringir sus obligaciones.
- c. Con igual propósito, no se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro o la prueba de pérdida.

Cuando se verifique que el reclamo procede conforme a lo estipulado en esta Póliza, la Compañía reembolsará al Asegurado Titular la cantidad razonable, usual y acostumbrada de los cargos reembolsables que le hayan sido sometidos a estudio. Si el Asegurado Titular falleciera, cualquier reclamo pendiente será pagado al Beneficiario de la Póliza. La Compañía pagará los reclamos en los plazos establecidos en el Artículo 34 de la Ley de la Actividad Aseguradora.

J. LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Compañía pondrá a disposición de los Asegurados por los medios que estime pertinentes los nombres y direcciones de su Red de Proveedores. Los Proveedores son personas naturales o jurídicas legalmente autorizadas para el ejercicio de la actividad médica y la prestación de servicios asistenciales, que han llenado los requisitos necesarios para ejercer sus actividades y funciones, por lo que la Compañía no asume responsabilidad por los daños y perjuicios que los proveedores médicos causen. El Asegurado tendrá siempre la opción de utilizar otros proveedores de servicios de su elección.

K. EXCLUSIONES

No se pagará ningún beneficio por los siguientes servicios o atención médica:

- 1. Honorarios por reconocimientos médicos o chequeos médicos de rutina en ausencia de incapacidad o padecimiento, estudios genéticos, exámenes o pruebas de diagnóstico que no sean relacionadas ni necesarias para el tratamiento de una incapacidad o padecimiento, con excepción de los exámenes para chequeos que ordene el médico de cabecera hasta el límite máximo indicado en el Cuadro de Coberturas.**
- 2. Los gastos que resulten de cualquier tratamiento, servicio o suministro:**
 - a. Que no sea médicamente necesario,**
 - b. Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico o profesional acreditado,**
 - c. Que no sea autorizado, ordenado o recetado por un médico,**
 - d. Que está relacionado con la custodia o asistencia personal, cuidados en casa tales como, pero no limitados a cuidados paliativos o tipo "hospice".**
 - e. Tratamientos proporcionados dentro de un hospital, cuando se pudo haber efectuado de forma ambulatoria.**
 - f. Que se deriven de acompañante o servicios privados de enfermera en un hospital.**
- 3. Exámenes de la vista, habilitación de lentes, tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregir astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratoconos, queratoplastia, queratotomía radial y tratamientos similares para corregir la visión. Aparatos para el oído, audífonos, implantes cocleares y tratamientos para corregir la audición.**
- 4. Tratamiento dental si se encuentra excluido en el cuadro de coberturas, excepto el originado por causas accidentales que ocasionen pérdida de dientes naturales y dislocación o fractura de la mandíbula, mientras la persona se encuentre asegurada, y que el tratamiento sea suministrado dentro de los noventa (90) días siguientes al accidente, por un cirujano dentista autorizado para ejercer su profesión, así:**
 - a. Tratamiento dental por lesiones sufridas, incluyendo el reemplazo de los dientes naturales.**
 - b. Colocación en su lugar de la mandíbula fracturada.**
- 5. Tratamientos y/o intervenciones quirúrgicas de carácter cosmético, estético o plástico, así como toda complicación derivada o relacionada con dichos tratamientos y/o intervenciones, excepto en los casos siguientes:**
 - a. Tratamiento de lesiones sufridas en un accidente, siempre que éste ocurra mientras la persona esté asegurada y que sea proporcionado dentro de los seis (6) meses después de tal accidente.**
 - b. Tratamiento de irregularidad congénita en un niño que nazca mientras el padre o madre estén cubiertos con Seguro para dependientes, hasta el límite máximo indicado en el Cuadro de Coberturas según lo establecido en esta sección en la literal D numeral 6 Inciso h de esta póliza.**
- 6. Ningún beneficio será pagado por servicios o atención médica debido a condiciones preexistentes (como se detalla en las definiciones de esta sección) durante los primeros doce (12) meses de vigencia de la cobertura continua y podrán ser reconocidos como gastos elegibles si los gastos por estas condiciones preexistentes son incurridos después de doce (12) meses de vigencia de la cobertura, siempre y cuando dichas condiciones preexistentes se hubieran declarado en la solicitud**

de seguro y hubieren sido aceptadas por la Compañía de Seguros, de lo contrario no tendrán cobertura.

La omisión o falta de declaración de las condiciones preexistentes puede ser causa para la cancelación o modificación de la cobertura del Seguro contratado y/o la denegación del pago de los reclamos

7. Servicios médicos prestados en una institución gubernamental o en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en la que el Asegurado tenga derecho a atención gratuita. Esto incluye también aquellos costos médicos relacionados con cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento, epidemias y pandemias oficialmente declaradas por el Ministerio de Salud o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente, en los cuales la autoridad haya decretado u ordenado que se deba tratar en un centro específico de tratamiento controlado por el organismo de salud designado.
8. Gastos ocasionados por embarazo, parto, aborto o cesárea, incluyendo sus complicaciones, excepto cuando dicho embarazo, parto, aborto o cesárea sea posterior al cumplimiento de doce (12) meses continuos durante los cuales el asegurado de sexo femenino, bien sea éste Titular o Cónyuge, haya estado cubierto por esta póliza y hasta el máximo establecido en el Cuadro de Coberturas.
9. Tratamientos suministrados al recién nacido antes de salir del hospital excepto en el caso siguiente: Cuando el parto sea elegible bajo las condiciones de esta póliza y hasta el máximo establecido en el Cuadro de Coberturas.
10. Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.
11. Todos los gastos incurridos por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH Positivo) y sus consecuencias directas o indirectas, que excedan del monto máximo vitalicio indicado en el Cuadro de Coberturas.
12. Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos o quirúrgicos prestados al asegurado como consecuencia de no poder concebir por medios naturales, infertilidad, inseminación artificial, así como los gastos por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, disfunción eréctil o insuficiencia sexual.
13. Gastos Incurridos por tratamientos de lesiones o enfermedades causadas a sí mismo intencionalmente, ya sea en estado de cordura o privado de su capacidad mental, o causadas por el uso o bajo la influencia del alcohol, las drogas, estupefacientes, las sustancias ilegales, o el uso inapropiado de medicamentos.
14. Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos y quirúrgicos no aceptados por la ciencia médica, o procedimientos naturales, incluyendo la medicina natural, homeopática y acupuntura, así como medicamentos con indicaciones fuera de etiqueta y todo tratamiento de carácter experimental o que formen parte de protocolos de investigación y tratamiento médico, medicinas u operaciones quirúrgicas de naturaleza preventiva.

15. **Tratamientos por medio de anticonceptivos con fines terapéuticos para control de natalidad, aborto inducido, cambio de sexo.**
16. **Gastos necesarios para el tratamiento de alcoholismo o drogadicción, así como las lesiones o enfermedades y sus complicaciones directas o indirectas, causadas mientras el asegurado se encuentre bajo los efectos de alcohol y/o drogas.**
17. **Gastos de Atención médica ocasionados por acciones de insurrección, guerra, huelgas, disturbios laborales, paros, hostilidades, acciones u operativos militares, invasión, actos de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, sedición, conspiración militar, actos de terrorismo, usurpación de poder, bombardeos, enfrentamientos armados, allanamientos, destrucción de moradas, sublevaciones, manifestaciones políticas, alborotos populares, rebelión o cualquier acción atribuible a éstos, participación en algún tumulto o en actos delictivos o ilegales, sea con participación voluntaria o no.**
18. **Cualquier tratamiento relacionado con el sobrepeso, la obesidad, cirugía o programa para el control de peso, control dietético; desviación gástrica o procedimiento de reducción gástrica, cirugía bariátrica y sus complicaciones.**
19. **Curas de Reposo, convalecencia, curas en custodia o períodos de cuarentena o aislamiento.**
20. **Terapias por retardo de aprendizaje, hiperactividad con déficit de atención, y medicamentos por retardo del crecimiento o retraso psicomotor y pubertad precoz.**
21. **Gastos relacionados con menopausia, climaterio y andropausia.**
22. **Tratamientos de los maxilares de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula incluyendo pero no limitándose a cirugía ortognática, cirugía maxilofacial en general, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneo-mandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula conectando el hueso de la mandíbula y el cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.**
23. **Cargos por atención médica que excedan los niveles de “Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados,” como se detalla en las Definiciones.**
24. **No se cubren los gastos incurridos para el diagnóstico y/o tratamiento de cualquier problema o trastorno del sueño y sus consecuencias.**
25. **Los gastos incurridos para el tratamiento de lesiones y sus complicaciones directas e indirectas, que sufra el asegurado cuando viaje como ocupante de cualquier automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, incluyendo motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor. También se excluyen las lesiones que sufra el asegurado a consecuencia de la práctica de alpinismo, paracaidismo, buceo, clavado aéreo o cualquier tipo de deporte de aviación como paragliding, velideltismo o parapenting.**

- 26. Los Gastos médicos originados por complicaciones directas e indirectas que resulten o se relacionen con servicios y/o tratamientos médicos y/o quirúrgicos, dentales o mentales, específicamente excluidos en las condiciones generales, particulares, endosos y/o anexos de esta póliza.**
- 27. Tratamientos para la calvicie sin importar su origen.**
- 28. Tratamientos para el acné, sin importar su origen.**
- 29. Productos que puedan obtenerse sin receta médica, productos clasificados como vitaminas o suplementos alimenticios y/o nutricionales, productos de líneas cosméticas sustitutos de los productos normales de uso diario como jabones, cremas humectantes y/o bloqueadores, así como también zapatos ortopédicos y/o plantillas aun cuando estos sean recetados por un médico.**
- 30. Alquiler o compra de aires acondicionados, humidificadores, vaporizadores, equipo de ejercicio o equipos similares; glucómetros, bomba de infusión de insulina, aparatos para medir presión arterial, almohadas y colchones ortopédicos o antialérgicos y sus accesorios; artículos personales, de comodidad o de higiene.**

SECCIÓN III | SEGURO DE VIDA

A. APLICABLE AL ASEGURADO TITULAR

El importe de la cobertura de Vida en vigor a nombre del Asegurado Titular le será pagado al (los) beneficiario (s) en caso de fallecer dicho asegurado en cualquier momento en que se encuentre asegurado bajo la póliza, salvo que el Asegurado cometiere suicidio, ya sea en estado de cordura o locura dentro de un período de dos (2) años siguientes a la fecha de emisión o de la última rehabilitación de su cobertura bajo esta póliza de conformidad con el Artículo 1008 (Suicidio del Asegurado) del Código de Comercio de Guatemala.

B. BENEFICIARIOS

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular, la cobertura será pagada a la(s) persona(s) que él haya designado como beneficiario (s) en la Solicitud de Seguro o en el formulario de cambio de beneficiario suministrado por la Compañía o en uno satisfactorio a ésta y que esté registrado como tal en la Compañía.

El Asegurado Titular podrá designar al Beneficiario o los Beneficiarios de la Póliza y tendrá derecho a “clasificarlos” como “Primer Beneficiario”, “Segundo Beneficiario” o “Tercer Beneficiario”. Podrá designarse a uno o más Beneficiarios en cada una de tales clasificaciones.

Cuando la Compañía deba hacer algún pago al Beneficiario en conformidad con esta póliza, lo hará sólo al Primer Beneficiario, si viviere alguna persona de las incluidas en esta clasificación; si no, al Segundo Beneficiario, si viviere alguna persona de las incluidas en esta clasificación; y en defecto de Primer y Segundo Beneficiario, al Tercer Beneficiario, si viviere alguna persona de las incluidas en dicha clasificación. En defecto de Beneficiario, el pago se hará a los Herederos Legales del Asegurado.

Cualquier Asegurado Titular, mientras se halle cubierto bajo esta Póliza, puede cambiar de beneficiario en cualquier momento, sin tener que notificar a dicho beneficiario o beneficiarios ni obtener su consentimiento, excepto en caso de beneficiarios irrevocables, presentando a la Compañía una notificación escrita con tal fin en un formulario suministrado por la Compañía o en uno satisfactorio a ésta. El reconocimiento de haber efectuado dicho cambio se lo suministrará la Compañía al Asegurado Titular para que sea adjuntado a la Póliza. Dicho cambio surtirá sus efectos a partir de la fecha en que la Compañía registre el cambio de beneficiario, siempre que el Asegurado Titular esté vivo en esa fecha.

Cuando se designare como beneficiario al cónyuge, sin expresión del nombre, se considerará como tal a quien tenga este carácter en el momento en que muera el Asegurado Titular.

Si se designaren como beneficiarios al cónyuge y a los descendientes, sin determinación de partes, se entenderá que la mitad de la cantidad asegurada corresponde al cónyuge y la otra mitad se distribuirá entre los descendientes, conforme al derecho sucesorio.

Si se designaren como beneficiarios a los herederos o causahabientes, el capital asegurado entrará a formar parte de la masa hereditaria; lo mismo se observará cuando no se designe a los beneficiarios por sus nombres, sino que se señalen como tales a los que tengan determinado parentesco con el Asegurado Titular. Se exceptúa el caso que señale como beneficiarios a los hijos que el asegurado tuviere en el futuro con determinada persona, los cuales se considerarán designados por sus nombres.

En caso de ser varios los beneficiarios, si no se ha indicado la porción que a cada uno corresponde, se entenderá que recibirán partes iguales.

Si cualquier beneficiario designado falleciere antes del Asegurado Titular, quedará terminado el derecho de tal beneficiario, y en ese caso, la parte que le correspondía a él será pagada en porciones iguales a aquellos beneficiarios que sobrevivan al Asegurado Titular. De no vivir ningún beneficiario en la fecha de fallecimiento del Asegurado

Titular, el Seguro se pagará a los herederos legales de este, salvo el caso de beneficiarios irrevocables, cuyo derecho se transmite a sus herederos legales.

C. REDUCCIÓN DE BENEFICIOS

Cuando el Asegurado Titular alcance las edades indicadas en el Cuadro de Coberturas, la Suma Asegurada se reducirá a la cantidad allí especificada.

D. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE MIEMBROS

La Compañía pagará las indemnizaciones que se detallan a continuación sin que esto modifique ni menoscabe los derechos y obligaciones estipulados en la póliza a la que se adiciona esta cláusula. Esta indemnización será pagada en caso que la muerte o pérdida sufridas por el Asegurado Titular, se deban exclusivamente a lesiones corporales ocurridas, independientemente y con exclusión de cualquier otra causa, por medios externos, violentos y accidentales (casuales, contingente, fortuitos), y cuando la muerte o pérdidas ocurran dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente. Cuando sean varias las pérdidas orgánicas ocurridas durante la vigencia de la póliza en uno o en varios accidentes, la Compañía pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la suma asegurada para esta cobertura.

Las indemnizaciones a que se refiere esta cláusula son las siguientes:

Tabla de Beneficios

- a. Por muerte del asegurado, una cantidad igual a la indicada en la Carátula de la Póliza (Indemnización básica).
- b. Por la pérdida de ambas manos, de ambos pies, o de la vista en ambos ojos, una cantidad igual a la indemnización básica.
- c. Por la pérdida de una mano y un pie, una cantidad igual a la indemnización básica.
- d. Por la pérdida de una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo, una cantidad igual a la indemnización básica.
- e. Por la pérdida de una mano o de un pie, una cantidad igual a la mitad de la indemnización básica.
- f. Por la pérdida de la vista en un ojo, una cantidad igual a la mitad de la indemnización básica.
- g. Por la pérdida de los dedos pulgar e índice de una misma mano, una cantidad igual a la cuarta parte de la indemnización básica.

El pago relativo al inciso "a." será hecho a los beneficiarios nombrados en la Solicitud de Seguro.

El pago relativo a las demás indemnizaciones se hará al propio Asegurado Titular. Para los efectos de esta cláusula, se entiende:

Por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación de la muñeca o arriba de ella; por la pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de él; por la pérdida de la vista, la pérdida completa o irremediable de la visión; por pérdida de los dedos índice y pulgar, su separación en, o arriba de, las articulaciones metacarpofalangeales.

Las indemnizaciones contenidas en esta cláusula se concederán únicamente si se presenta a la Compañía prueba plena de que las lesiones que causen la muerte del Asegurado Titular o la pérdida que sufra han ocurrido durante el período de pago de prima de ésta cláusula, y siempre que el Asegurado Titular no haya cumplido los sesenta y cinco años de edad y que no esté disfrutando de los beneficios de incapacidad total y permanente, exención del pago de primas, en caso de que la póliza los contenga.

Exclusiones de la Cobertura de Indemnización por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros

Los beneficios de esta cobertura no se concederán si la muerte del asegurado o la pérdida corporal que sufra son debidas directa o indirectamente, total o parcialmente a: enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivadas directamente por las lesiones a que se refiere esta cláusula; ptomaínas o infecciones bacteriales, tetánicas o carbuncosas (con excepción de las infecciones piógenas que acontezcan simultáneamente y como resultado de una herida accidental); envenenamiento de cualquier naturaleza; lesiones corporales causadas intencionalmente por otra persona; suicidio o conato de él, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen; lesiones corporales o la muerte causadas por armas de fuego o armas contundentes o punzo cortantes, riña cuando el asegurado tome parte de ella; participación en tumultos o insurrecciones; lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrección; viaje o vuelo en cualquier aeronave o descenso de la misma si el asegurado es piloto o miembro de la tripulación o está dando o recibiendo clases de entrenamiento o instrucción o si tiene deberes a bordo de tal aeronave; la participación en cualquier forma de navegación submarina; lesiones sufridas mientras el asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad; y a la participación en eventos de paracaidismo.

La Compañía tendrá derecho a realizar exámenes médicos al Asegurado Titular, cuando en su concepto fuere necesario, al tramitarse alguna reclamación basada en esta cláusula.

Doble Indemnización

El beneficio pagadero por cualesquiera de las pérdidas especificadas en la Tabla de Beneficios, será el doble si tales lesiones corporales fueran sufridas bajo las siguientes circunstancias:

- a. Mientras el Asegurado Titular se encuentre viajando como pasajero, mediante el pago del correspondiente pasaje, en un vehículo público no aéreo, propulsado mecánicamente y operado por una empresa de transportes públicos que con regularidad preste servicio de pasajeros en una ruta establecida, siempre que el accidente no ocurra en el momento de tratar de abordar y/o descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello.
- b. Mientras el Asegurado Titular vaya como pasajero dentro de un ascensor corriente de pasajeros (con excepción de ascensores en minas); o
- c. Como consecuencia de incendio en un teatro, hotel o cualquier otro edificio público en el cual el Asegurado Titular se encuentre al principio del incendio.

Todas las excepciones y limitaciones especificadas anteriormente, son también aplicables a este capítulo de Doble Beneficio. Sin embargo, la cantidad máxima pagadera bajo esta estipulación por pérdidas sufridas como resultado de un solo accidente, será el doble de la indemnización básica.

E. SEGURO FUNERARIO

Este seguro consiste en un pago único por la cantidad indicada en el Cuadro de Beneficios para resarcir al (los) beneficiario (s) de los gastos incurridos en caso de fallecimiento de cualquiera de los miembros del grupo familiar asegurado.

El Seguro Funerario para Familiares Dependientes aplica únicamente a los Familiares Dependientes con cobertura de Gastos Médicos, asegurados bajo la misma póliza del padre o de la madre Titular.

Procedimiento de Pago

En el caso del fallecimiento de un Asegurado Titular o sus Familiares Dependientes, se requiere de la presentación del certificado de defunción, el DPI del asegurado, partida de nacimiento, certificación legalizada del médico, certificación legalizada de la funeraria, copia autenticada de DPI del asegurado fallecido y del beneficiario y el formulario de reclamación con la firma autenticada de los beneficiarios.

Beneficiarios

En el caso del Asegurado Titular, el Seguro Funerario será pagado a los beneficiarios designados para su Seguro de Vida bajo esta misma póliza.

En el caso del cónyuge y los hijos asegurados, el Seguro Funerario será pagado al Asegurado Titular.

SECCIÓN IV | COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

LA PRESENTE COBERTURA SERÁ VÁLIDA SI HA SIDO CONTRATADA FORMALMENTE MEDIANTE SOLICITUD ESCRITA

A. OBJETO

Seguros El Roble S.A. en adelante denominada “la Compañía”, conviene con el Asegurado Titular otorgar la cobertura e indemnizar la misma, de acuerdo con estas Condiciones Generales, el pago de la prima adicional correspondiente y la legislación vigente en materia de seguros.

B. DEFINICIONES

1. **“Anexo”**: Documento emitido por la Compañía que modifica, previo acuerdo entre las partes, las condiciones del Contrato de Seguro y forma parte de éste. Dicho anexo debe estar firmado por el representante legal de la Compañía.
2. **“Asegurado Titular”**: Persona que ha quedado amparada bajo este contrato de seguro y que no ha sido diagnosticado previamente al inicio de vigencia con ninguna Enfermedad Grave.
3. **“Condición Médica Preexistente”**: Significa cualquier enfermedad, desorden, condición o lesión por la cual el asegurado ha recibido o debió haber recibido tratamiento médico.
4. **“Cónyuge Asegurado”**: Es la persona con la cual el Asegurado Titular tiene reconocida una unión de hecho o ha contraído matrimonio.
5. **“Diagnóstico”**: Es el diagnóstico inequívoco y positivo por un médico, confirmado por otro médico especialista en la enfermedad grave diagnosticada, basado en los resultados de un examen microscópico de tejidos finos vivos o post mórtem. El médico y/o médico especialista y/o patólogo autorizado para realizar el diagnóstico, hará la determinación con base única y exclusiva a la definición de Enfermedad Grave provista aquí, luego de haber estudiado el examen histológico de la Enfermedad, los tejidos o el espécimen. Un diagnóstico clínico, según se define aquí, no es un diagnóstico.
6. **“Diagnóstico Clínico”**: Significa un diagnóstico basado en el historial del paciente, examen físico, radiografías y/o laboratorios, sin incluir una confirmación histológica ni microscópica.
7. **“Enfermedades Graves”**: Para fines de este seguro se consideran como enfermedades graves las que seguidamente se enlistan, cuyo inicio se da después de haber transcurrido el periodo de espera de 90 días de cobertura continua y cuyo diagnóstico sea por primera vez en la vida del Asegurado y dentro de la vigencia de la póliza.

Sólo habrá cobertura para la ocurrencia por primera vez en la vida del Asegurado Titular y/o Cónyuge Asegurado de una y solo una de las Enfermedades Graves mencionadas, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.

El pago de cualquier Indemnización derivada de la cobertura de Enfermedades Graves significará la terminación inmediata de la cobertura.

a. CÁNCER

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfático o circulatorio.

b. INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO

Padecimiento que consiste en la oclusión de una porción del tronco principal o una ramificación importante de las arterias coronarias que aportan la sangre al músculo cardíaco, el cual, por falta de dicha nutrición a la zona, produce necrosis. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

1. Hospitalización cuyo registro indique que el Asegurado Titular y/o Cónyuge Asegurado presentó el cuadro del infarto al miocardio dentro de las veinticuatro horas anteriores a dicha hospitalización.
2. Historia clínica con referencia al cuadro clínico típico de enfermedad cardíaca isquémica, caracterizada por dolor de pecho tipo opresivo, disnea (dificultad para respirar), mareos, palpitaciones, diaforesis (sudoración excesiva).
3. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.

c. APOPLEJIA

Cualquier incidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que sean de naturaleza permanente y que incluya:

1. Infarto del tejido cerebral,
2. Hemorragia de un vaso intracraneal,
3. Embolia de fuente extracraneal.

El diagnóstico deberá realizarlo un Médico Especialista en Neurología, el cual deberá estar comprobado con exámenes complementarios de imagen (Tomografías, Resonancia Magnética, Angiorresonancia o Doppler de Carótidas).

Esta enfermedad también podrá ser diagnosticada por un internista y/o intensivista.

d. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Enfermedad renal crónica con insuficiencia renal irreversible que hace necesario someter al Asegurado Titular y/o Cónyuge Asegurado a un programa de diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica.

e. CIRUGÍA CORONARIA

Cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización (by-pass), realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.

f. ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Diagnóstico inequívoco de neurólogo que confirme, al menos, persistencia moderada de anormalidades neurológicas con deterioro de funciones, aunque no necesariamente recluya a la persona asegurada a una silla de ruedas.

La condición del enfermo se caracteriza por pérdida segmentaria del recubrimiento de tejido cerebral, médula espinal que se manifiesta por parálisis parcial o total, parestesia y/o neuritis óptica. Además se caracteriza por episodios de irritación y remisión.

El diagnóstico depende de la historia y examen físico y del análisis de fluido cerebro-espinal.

g. PARÁLISIS DE EXTREMIDADES

Pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades (extremidades inferiores y/o superiores) debido a parálisis, sea por accidente o enfermedad.

h. TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES

Es la transferencia al cuerpo del Asegurado Titular y/o Cónyuge Asegurado de un órgano vital de una persona viva o muerta a consecuencia de la pérdida irreversible de su función.

Es el trasplante realizado al Asegurado Titular y/o Cónyuge Asegurado que haya sido caracterizado por la pérdida irreversible de la función de los órganos vitales que se indican a continuación, mediante la indicación del Médico Especialista en la patología y de los exámenes específicos:

1. Corazón
2. Pulmón
3. Hígado
4. Páncreas
5. Riñón
6. Médula ósea

Se incluyen en este apartado los Trasplantes de Órganos Vitales listados en el párrafo anterior que sufra el Asegurado Titular y/o Cónyuge Asegurado como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto.

8. **“La Compañía”**: Es la parte que se obliga mediante el cobro de una prima, a indemnizar los beneficios establecidos en esta cobertura.
9. **“Médico”**: Significa un médico especialista en la Enfermedad Grave diagnosticada al Asegurado y/o patólogo con autorización legal e inscrita para ejercer su especialidad según las leyes del país en el cual practica medicina. El médico no podrá ser el asegurado, ni un familiar del mismo.
10. **“Período de Espera”**: Tiempo de noventa (90) días que debe transcurrir a partir del inicio de vigencia de esta póliza, para que el Asegurado Titular y/o Cónyuge Asegurado se encuentre(n) cubierto(s) bajo los términos de la misma. No importando la fecha de inclusión del Cónyuge Asegurado, siempre se debe cumplir con el periodo de espera indicado. Este periodo de espera una vez cubierto no aplicará para renovaciones.

C. COBERTURA

Indemnización por Diagnóstico de Enfermedad Grave para el Asegurado Titular

Si el Asegurado Titular recibe por primera vez en su vida un diagnóstico de una Enfermedad Grave según se define y cubierta por esta póliza, la Compañía pagará al Asegurado Titular la suma de la cobertura básica indicada en la Solicitud y Cuadro de Coberturas de la Póliza de acuerdo a las condiciones de la misma.

Independientemente del número de diagnósticos que reciba el asegurado, ya sea para la misma Enfermedad Grave o una distinta, este beneficio se pagará solamente una vez, terminando automáticamente la cobertura y por tanto, la responsabilidad de la Compañía frente al asegurado.

Indemnización por Diagnóstico de Enfermedad Grave para el Cónyuge Asegurado (Opcional)

Si el Asegurado Titular elige esta cobertura opcional y paga la prima correspondiente, el Cónyuge del Asegurado Titular indicado en la Solicitud y Carátula de la Póliza, los beneficios de ésta cobertura aplicarán bajo las mismas condiciones y procedimientos de la “Indemnización por Diagnóstico de Enfermedad Grave para el Asegurado Titular” definido anteriormente.

En caso de siniestro esta cobertura será indemnizada al Asegurado Titular, terminando automáticamente la cobertura para el Cónyuge Asegurado, sin embargo, el Asegurado Titular podrá continuar bajo la misma póliza pagando la prima correspondiente. Si la indemnización fuere por el Asegurado Titular, el Cónyuge Asegurado podrá continuar bajo la misma póliza pagando la prima correspondiente.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, el Cónyuge Asegurado podrá solicitar por escrito a la Compañía la continuidad de cobertura bajo una nueva póliza pagando la prima como Asegurado Titular.

EXCLUSIONES

PARTICULARES DE CADA ENFERMEDAD GRAVE:

Esta cobertura no ampara y La Compañía no será responsable por el pago de las reclamaciones presentadas cuando la enfermedad grave sea efecto directo o indirecto, total o parcial de alguna de las siguientes situaciones:

CÁNCER:

- a. Los tumores benignos.
- b. Las displasias y lesiones pre-cancerígenas.
- c. El carcinoma cáncer cérvico uterino “in situ” (que se entiende como la sustitución del epitelio normal por células anormales, que muestran cambios en la estructura interna sin rebasar la membrana basal, en cualquier parte del cuerpo);
- d. Cáncer de piel de estirpe basocelular y espinocelular.
- e. Cáncer preexistente a la contratación de este seguro.

Una infección oportunista y/o sarcoma de Kaposi carcinoma maligno, si al momento de una crisis, el asegurado tenía síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o tenía anticuerpos positivos de VIH en la prueba sanguínea (Virus de Inmunodeficiencia Humana).

INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO:

- a. Infarto al miocardio derivado del consumo de bebidas embriagantes o drogas no prescritas por un médico facultado para ejercer la medicina.
- b. Intento de suicidio o autolesión intencionada.
- c. Los siguientes padecimientos pre-existentes a la fecha de inicio de vigencia de la póliza:
 - i. Diabetes mellitus.
 - ii. Hipertensión arterial.
 - iii. Obesidad mórbida, definida por un índice de masa corporal (IMC) mayor a 40 unidades. Las unidades en que están dados los índices de masa corporal, se obtienen mediante la división del peso de la persona en kilogramos entre el cuadrado de su estatura; el criterio de la organización mundial de la salud para considerar a alguien obeso mórbido es que el índice de masa corporal sea de 40 o más unidades kg/e2.

APOPLEJÍA

Ataques isquémicos transitorios.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

En pacientes diabéticos durante un período de diez (10) años a partir de la contratación de la póliza, a menos que se compruebe haber mantenido este seguro contra enfermedades graves o uno similar con otra empresa Compañía, durante un periodo continuo no menor a diez (10) años.

CIRUGÍA CORONARIA

- a. Trombolisis mediante Cateterismo Coronario.
- b. Colocación de Stents

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Ataque prematuro o un solo episodio de Esclerosis Múltiple.

PARÁLISIS DE EXTREMIDADES

- a. Parálisis ocasionada por apoplejía.
- b. Parálisis ocasionada por Esclerosis múltiple.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES

- a. Cualquier gasto incurrido por el donante

- b. Adquisición e implantación de un corazón artificial y dispositivos monoventriculares y biventriculares que asistan a la función del corazón.

GENERALES PARA TODAS LAS ENFERMEDADES GRAVES:

- a. Enfermedades preexistentes y/o enfermedades congénitas.
- b. Ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia o que viva en la misma casa del Asegurado Titular o Cónyuge Asegurado, se pagará, sin importar si la persona es un médico facultado para ejercer la medicina.
- c. Afecciones propias del embarazo, abortos provocados, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio;
- d. Accidentes ocurridos por culpa grave del asegurado, como consecuencia de encontrarse bajo el efecto del alcohol o por el uso de drogas, estimulantes y/o somníferos, excepto si fueren prescritos por un médico;
- e. Suicidio o intento del mismo o mutilación voluntaria;
- f. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato;
- g. Accidentes y/o enfermedades que se originen por participar en:
 - i. Aviación privada, en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, fuera de líneas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros.
 - ii. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.
 - iii. Conducción de motocicletas u otros vehículos similares.
 - iv. Lesiones que el asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de deportes tales como: esquí, paracaidismo, alpinismo, montañismo, espeleología, rapel, buceo, cacería, hockey, equitación, boxeo, lucha, artes marciales, motociclismo terrestre o acuático, o cualquier tipo de deporte extremo.
 - v. La práctica profesional de cualquier deporte.
- h. El uso de material nuclear para cualquier fin, incluyendo la explosión nuclear provocada o no, así como la contaminación radioactiva o exposición a radiaciones nucleares o ionizantes.
- i. Actos u operaciones de guerra, declarada o no, de guerra química bacteriológica, de guerra civil, de guerrilla, de revolución, agitación, motín, revuelta, sedición, sublevación y sus consecuencias u otras perturbaciones de orden público, excepto si se derivan de la prestación de un servicio militar o de actos de humanidad en auxilio de otros.
- j. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, tales como homicidio o riña provocada por el asegurado.
Tratamientos y/o intervenciones quirúrgicas de carácter cosmético, estético o plástico, así como toda complicación derivada o relacionada con dichos tratamientos y/o intervenciones

D. BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular el beneficiario del seguro será el que haya designado en la Solicitud y Carátula de la Póliza, a falta de tal designación, los beneficiarios serán sus herederos legales.

El Asegurado Titular podrá cambiar a sus beneficiarios, mediante notificación por escrito a la Compañía. En caso que la comunicación no se reciba oportunamente, el importe del seguro se pagará al último beneficiario que haya tenido conocimiento la Compañía.

Cuando hay varios beneficiarios, la parte del que muera antes que el Asegurado Titular se distribuirá por partes iguales entre los supervivientes salvo estipulación contraria.

E. SUMA ASEGURADA

Es el límite máximo de responsabilidad a indemnizar por parte de la Compañía al Asegurado Titular a consecuencia del diagnóstico de una Enfermedad Grave recibido por primera vez en su vida tanto para el Asegurado Titular o Cónyuge Asegurado, con base a la(s) cobertura(s) contratada(s) bajo esta póliza. El límite máximo se encuentra establecido en la Solicitud y Cuadro de Coberturas de la póliza.

F. TERMINACIÓN ANTICIPADA

Las disposiciones que se detallan a continuación darán por cancelado el contrato:

a. Terminación por parte del Asegurado

Si el Asegurado Titular notifica por escrito a la Compañía su deseo de cancelar esta póliza, dicha cancelación será efectiva en la fecha en que la notificación haya sido recibida por la Compañía o en la fecha que se especifique en dicha notificación, la que sea posterior.

b. Terminación por la Compañía

No obstante el término de vigencia del contrato, la Compañía podrá dar por terminado el contrato anticipadamente sin expresión de causa, con quince (15) días de aviso por escrito previo dado a la contraparte. La prima no devengada será devuelta al asegurado conforme las tarifas respectivas, de acuerdo a lo que establece el Artículo No. 907 del Código de Comercio de Guatemala y las disposiciones de la presente Póliza.

En ningún caso las terminaciones se realizarán de manera retroactiva.

c. Terminación Automática

Esta póliza se cancelará inmediatamente al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

1. Por falta de pago de la prima treinta (30) días calendario después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada.
2. Por el fallecimiento del Asegurado Titular.
3. Al pagarse el beneficio provisto en esta póliza al Asegurado Titular o Cónyuge Asegurado.
4. Al cumplir el asegurado la edad máxima de elegibilidad indicada en el Cuadro de Coberturas.

G. OTROS SEGUROS

El asegurado no podrá estar cubierto por más de una póliza de Enfermedades Graves en la Compañía. En caso de que esté cubierto por más de una póliza de Enfermedades Graves, la Compañía considerará al asegurado cubierto bajo la póliza que proporcione el mayor beneficio. Cuando el beneficio de cada póliza es idéntico, la Compañía considerará al asegurado cubierto bajo la primera póliza emitida. La Compañía reembolsará cualquier prima que haya sido cobrada al Asegurado Titular por las pólizas adicionales emitidas.

H. AVISO DEL RECLAMO

Aviso

El Asegurado Titular o el Beneficiario, deberá presentarse en las oficinas de la Compañía, dentro de los cinco (5) días siguientes al día en que tenga conocimiento del diagnóstico, salvo caso fortuito o fuerza mayor, en donde le proporcionarán el formato de reclamación y los documentos necesarios para solicitar el pago del seguro.

Una vez reunidos los requisitos, deberán entregarlos en las oficinas de la Compañía cerciorándose que se entreguen de forma completa y en las condiciones que se mencionan en el formato de reclamación, para evitar el retraso en su trámite.

Pruebas

El Asegurado Titular o Beneficiario presentará a la Compañía, a su costa, todas las pruebas relacionadas con el siniestro que genere la reclamación.

La Enfermedad Grave deberá ser confirmada por un médico especialista y/o patólogo colegiado activo y se demostrará mediante evidencia que confirme el diagnóstico.

El médico especialista y/o patólogo deberá ser un profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, y no deberá ser el asegurado o miembro de la familia del mismo.

La Compañía tendrá derecho siempre que lo juzgue conveniente, y a su costa, a comprobar cualquier situación de la cual se derive para ella una obligación. La obstaculización por parte del asegurado o de cualquier beneficiario para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la Compañía de cualquier obligación.

Pago del Beneficio

El Asegurado Titular o Beneficiario, tendrá derecho a cobrar directamente de la Compañía la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las condiciones establecidas en este contrato.

La Compañía pagará al Asegurado Titular o Beneficiario, la indemnización que resulte del contrato de seguro, de cinco (5) a diez (10) días hábiles después de la fecha en que haya recibido los documentos completos e informaciones que respalden la reclamación.

Extinción de Responsabilidades

La Compañía quedará desligada de toda obligación en los casos siguientes:

- a. Si se omite el aviso del siniestro, con la intención de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias;
- b. Si con el fin de hacerle incurrir en error, se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro, que pudiera excluir o restringir sus obligaciones;
- c. Si con igual propósito, no se le remite oportunamente la documentación referente al siniestro, o la prueba de pérdida.

SECCIÓN V | COBERTURA DE PLAN DENTAL

LA PRESENTE COBERTURA SERÁ VÁLIDA SI HA SIDO CONTRATADA FORMALMENTE MEDIANTE SOLICITUD ESCRITA

A. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Sujeto a los términos y condiciones de la póliza y al pago de la prima adicional correspondiente, todo Asegurado tendrá derecho al Beneficio de Gastos Dentales tal como se define más adelante. Consistirá en una cantidad para cubrir los cargos por Gastos Dentales incurridos por un Asegurado durante un Año Calendario.

La cantidad total de los Beneficios de Gastos Dentales pagaderos a cualquier Asegurado, por cualquiera de las Fases descritas más adelante, incurridos durante un Año Calendario no excederán el máximo indicado en el Cuadro de Coberturas. Si en el Cuadro de coberturas no aparecen beneficios dentales contratados, éstos no estarán cubiertos, por lo tanto ninguna de las estipulaciones referentes al Plan Dental serán aplicables.

Se aplicará sólo un Máximo Dental para cada Asegurado, ya sea que haya existido o no una interrupción en la continuidad del seguro. Se aplicará solo un Máximo Dental si el Asegurado ha estado cubierto bajo la cobertura adicional como asegurado titular y como dependiente durante cualquier Año Calendario.

B. DEFINICIONES

1. **“Año Calendario”**: Se refiere al período comprendido entre el 01 de enero de cualquier año y el 31 de diciembre del mismo año, ambos inclusive.
2. **“Asegurado”**: Se refiere a cualquier Asegurado Titular o Familiar Dependiente asegurado para los Beneficios de Gastos Dentales bajo esta póliza.
3. **“Beneficio de Gastos Dentales”**: Se refiere a las cantidades pagaderas bajo esta Póliza, de acuerdo a los beneficios estipulados en el Cuadro de Coberturas y Gastos Dentales.
4. **“Deducible”**: Es la cantidad inicial que se indica en el cuadro de Coberturas, la cual el asegurado debe satisfacer antes que la Compañía pague beneficios por Gastos Dentales en las Fases I, II y III, combinadas, dentro del Año Calendario.
5. **“Dentista”**: Se refiere a la persona legalmente autorizada para practicar la odontología o cualquier otro médico que proporcione servicios dentales para los cuales se encuentre legalmente autorizado. La profilaxis dental practicada por un higienista empleado por y que trabaje bajo la supervisión directa de un dentista será considerada como practicada por un dentista.
6. **“Gastos Dentales”**: Se refiere a los gastos razonables y acostumbrados por atención dental practicada por un dentista, por servicios prestados o suministros proporcionados al Asegurado y que son necesarios para su cuidado dental y tratamiento. Estos excluirán la porción de cualquier cargo referido en la estipulación de “Inclusiones” de esta Póliza, que exceden el cargo razonable y acostumbrado por el servicio, suministros o tratamientos por los cuales se incurre el cargo. Dicho cargo razonable y acostumbrado será determinado por la Compañía con base a los cargos cobrados en la localidad por servicios, suministros o tratamientos similares. El resultado de dicha determinación por parte de la Compañía constituirá el máximo permitido como “Cargo por Gastos Dentales” elegible.

Para determinar si un cargo es Razonable y Acostumbrado la Compañía considerará la naturaleza y condición de gravedad del Asegurado, así como las circunstancias especiales o complicaciones que pudieran requerir tiempo adicional, destreza y experiencia, con relación a un servicio en particular o un procedimiento dental.

Un cargo por Gastos Dentales se considerará incurrido en la fecha en que el procedimiento o servicio es prestado o el suministro proporcionado, excepto que dicho cargo se considere incurrido:

- a. Con respecto a dentaduras permanentes, coronas, incrustaciones o calzas, en la primera fecha de reparación del diente o dientes en cuestión.
 - b. Con respecto a dentaduras removibles parciales o completas, en la fecha en que se hizo el primer molde, o
 - c. Con respecto a endodoncia, en la fecha en que el diente es abierto para terapia de canal.
7. **“Núcleo Familiar Asegurado”**: Se refiere a cualquier Asegurado Titular y Familiares Dependientes asegurados para los Beneficios de Gastos Dentales bajo esta Póliza.
8. **“Plan de Tratamiento”**: Se refiere al informe escrito de un dentista en una forma satisfactoria a la Compañía, en el cual el dentista detalla los resultados del examen del Asegurado, el plan de tratamiento sugerido y el costo aproximado y duración de dicho tratamiento.
9. **“Reembolso”**: Se refiere al porcentaje especificado en el Cuadro de Coberturas, que se aplicará a los gastos dentales elegibles de las Fases I, II, y III, después que el Asegurado haya satisfecho el deducible.

C. DESCRIPCIÓN DE GASTOS DENTALES ELEGIBLES

A excepción de lo expuesto en la estipulación de Exclusiones de esta Cobertura Adicional, los Gastos Dentales elegibles consistirán en gastos incurridos con respecto al tratamiento dental por cualquiera de los servicios, suministros o tratamientos siguientes:

1. Fase I - Tratamiento Preventivo

- a. Exámenes Orales Rutinarios: Incluyendo diagnóstico, pero no más de dos (2) exámenes con respecto al mismo Asegurado durante cualquier Año Calendario.
- b. Profilaxis: Incluyendo limpieza, raspado de dientes, pulimiento, pero no más de dos veces durante cualquier Año Calendario con respecto al mismo Asegurado.
- c. Aplicaciones de Fluoruro: Limitado a niños de catorce (14) años de edad o menores.
- d. Rayos X: Incluyendo rayos X de toda la dentadura, pero no más de una serie de rayos X en un período de tres años y rayos X con una placa sostenida paralela a los dientes, pero no más de dos veces por Año Calendario.
- e. Pruebas de laboratorio y otros exámenes para diagnóstico.

2. Fase II - Tratamiento Restaurativo

- a. Sostenedores de espacio.
- b. Tratamiento paliativo de emergencia.
- c. Extracciones simples (rutinarias).
- d. Extracciones quirúrgicas.
- e. Cirugía Oral.
- f. Alveolectomía.
- g. Anestesia.
- h. Inyecciones Terapéuticas.
- i. Restauración – relleno de amalgama o proceso sintético pero excluyendo específicamente lo siguiente:
 - 1. Corona o calza posterior o anterior, y
 - 2. Instalación inicial de dentadura completa o parcial y reposición de dentaduras o unidades de puente fijo.
- j. Endodoncia.
- k. Periodontología de acuerdo a las siguientes condiciones:
 - 1. El monto total de beneficios pagaderos durante la vida de cada Asegurado por cualquier diagnóstico, servicios de cirugía o adicionales relacionados con enfermedad periodontal no excederán en ningún caso el máximo de periodontología indicado en el Cuadro de Coberturas, y

2. El monto total de los beneficios (incluyendo beneficios relacionados con tratamiento de periodontología) pagadero por gastos dentales cubiertos, incurridos durante cualquier Año Calendario no excederán en ningún caso el máximo del Año Calendario indicado en el Cuadro de Coberturas.

3. Fase III - Servicios Mayores

- a. Incrustaciones.
- b. Calzas.
- c. Coronas sobre dientes naturales.
- d. Reparación de dentadura y puente.
- e. Prótesis – incluyendo puentes y dentaduras de acuerdo a lo siguiente:
 1. La instalación inicial o adición al trabajo de dentaduras completas o parciales o puente fijo serán elegibles, siempre que:
 - a. Dicha instalación o adición sea requerida como resultado de la extracción de uno o más dientes naturales debido a un accidente o enfermedad en o después de la fecha efectiva del seguro del Asegurado bajo esta Póliza.
 - b. La instalación o adición arriba mencionados incluye la reposición de dicho diente extraído; y El trabajo de dicha dentadura o puente sea completado dentro de los doce (12) meses siguientes a la extracción.
El trabajo de dentadura o puente será considerado como instalado inicialmente, si dichas dentaduras o puentes no reponen a cualquier dentadura o puente existentes.
 2. El reemplazo o alteración de dentaduras completas o parciales o puente fijo se considerarán pagaderos si la reposición o alteración es necesaria, si ocurrió en o después de la fecha efectiva del seguro del Asegurado bajo esta Póliza y si es completado dentro de los doce (12) meses después de:
 - a. Una lesión accidental que requiera tratamiento quirúrgico, o
 - b. Cirugía oral para aditamentos musculares o la extracción de tumor, quiste, elevaciones pequeñas o tejido redundante.
 3. El reemplazo de una dentadura completa o parcial cuando el mismo es requerido como resultado de un cambio estructural en la boca, siempre que:
 - a. El reemplazo sea efectuado después de cinco (5) años de la fecha de instalación de la dentadura, y
 - b. Cualquier reemplazo no se efectuará en ningún caso si el seguro del Asegurado bajo esta Póliza no ha estado en vigor por lo menos dos (2) años.

D. EXCLUSIONES

No se pagará ningún beneficio por los siguientes Gastos Dentales:

1. **Aquellos servicios otorgados al Asegurado o aquellos gastos por servicios o suministros que hayan sido obtenidos por el Asegurado, sin costo alguno para él, conforme a las leyes o regulaciones de cualquier gobierno o agencia gubernamental, con excepción de aquellos casos en que se haga un cargo al Asegurado, por el cual él esté legalmente obligado a pagar. “Gobierno” se refiere a cualquier nación, comunidad estatal, gobierno territorial o provincial, o cualquier subdivisión política.**
2. **Aquellos cargos por servicios recibidos del departamento dental o médico de cualquier patrono, unión, gremio, sindicato, y asociación para beneficio del empleado, administrador u organización similar, o por servicios de un dentista o clínica contratados para o por cualquier organización de esta índole.**
3. **Aquellos cargos por servicios dentales con fines cosméticos.**

4. Aquellos cargos por reemplazo de dientes extraídos antes de la fecha efectiva de la cobertura del Asegurado bajo esta Póliza, a menos que el reemplazo reúna una de las condiciones enumeradas bajo la estipulación "Inclusiones" de esta Póliza.
5. Aquellos cargos por dentadura, coronas, incrustaciones, calzas, puentes o instrumentos o servicios para aumentar las dimensiones verticales.
6. Aquellos cargos por ajustes de dentaduras o puentes dentro de seis (6) meses de la instalación de una dentadura o puente.
7. Aquellos cargos por reemplazo de prótesis perdida o robada, o por una prótesis duplicada.
8. Aquellos cargos por programas o instrucciones de higiene oral, dietéticos o de control de placas.
9. Aquellos cargos por lesión o enfermedad originadas por cualquier empleo o en el curso de éste o por cualquier trabajo con fines de remuneración o ganancia.
10. Aquellos cargos por protectores bucales o atléticos.
11. Aquellos cargos por coronas enchapadas de porcelana o pónica sobre o para reemplazar un diente o dientes posteriores a la bicúspide segunda, que excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada para coronas enchapadas de acrílico pónicas.
12. Aquellos cargos por dentaduras o puentes temporales que, cuando combinados con el cargo por dentadura o puente permanente, excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada por la dentadura o puente permanente.
13. Aquellos cargos cobrados por el dentista en concepto de visita, a la cual el paciente no acudió.
14. Aquellos cargos por implantología tales como, pero no limitados a: Cuerpo de Implante Dental, Pilar y Corona.
15. Aquellos cargos por drogas o medicinas, excepto antibióticos inyectables administrados por un dentista o doctor como resultado de tratamiento dental.
16. Aquellos cargos por procedimientos, servicios o suministros que no llenan los requisitos aceptables establecidos en la práctica dental, incluyendo cargos por procedimientos, servicios o suministros de naturaleza experimental.
17. Aquellos cargos por tratamientos iniciados mientras el Asegurado no estaba cubierto bajo esta Póliza.
18. Aquellos cargos por tratamientos o procedimientos relacionados con Ortodoncia.

E. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS DE ESTA COBERTURA ADICIONAL

Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el cual cualquier asegurado pueda estar cubierto. Cuando algún asegurado esté cubierto también por otras pólizas que tengan las mismas coberturas que las del presente contrato, los beneficios del mismo se reducirán a una cantidad igual al complemento que resulte para que el pago total por las indemnizaciones conjuntas sea igual al 100% de los beneficios aquí estipulados. Si únicamente esta póliza estipula la coordinación de beneficios, los beneficios serán pagaderos primeramente por todos los demás planes concurrentes. Si el asegurado goza de beneficios similares a los aquí descritos e incurre en gastos dentales, la forma de pago será como sigue:

- a. El plan que cubra al asegurado como titular determinará sus beneficios, con prioridad a cualquier plan que cubra a dicha persona como dependiente.
- b. El plan que cubra al asegurado como dependiente de un titular hombre, determinará sus beneficios antes que un plan que lo cubra como dependiente de una titular mujer, y en cualquier caso el que posea beneficios.
- c. Si de los dos anteriores incisos no se pudiere establecer un orden de prioridad, el plan que haya cubierto al asegurado por más tiempo determinará los beneficios.

La Compañía procederá a realizar una coordinación de beneficios donde los montos pagaderos son aquellos que quedaron bajo responsabilidad del Asegurado, exceptuando excesos de lo usual, razonable y acostumbrado, y gastos no cubiertos. El monto máximo a cubrir no excederá el 100% del límite de beneficios contratados bajo la cobertura adicional de Plan Dental.

En adición a lo indicado anteriormente, una coordinación de beneficios entre los planes Médico y Dental será aplicada a todos los Asegurados.

F. CONTRATACIÓN DEL PLAN DENTAL

El Plan Dental podrá ser contratado para el Asegurado Titular y sus Familiares Dependientes en cualquier momento desde el inicio de la vigencia de póliza en adelante, por medio de una solicitud escrita enviada a la Compañía. El Plan Dental será aplicable para todo el núcleo familiar asegurado bajo la misma Póliza.

Una vez contratado el Plan Dental, no es posible su cancelación, excepto que sea cancelado como parte de la Póliza completa bajo cualquiera de las circunstancias mencionadas en la Sección I Condiciones Generales, Literal P: Terminación del Seguro Individual.

G. PERÍODO DE ESPERA PARA RECLAMACIONES

De acuerdo a los términos de esta póliza, podrán presentarse reclamaciones bajo las Fases I y II del Plan Dental por gastos incurridos a partir de la fecha de vigencia del beneficio. No obstante, no serán elegibles para reembolso los gastos que sean incurridos bajo la Fase III dentro de los primeros seis (6) meses de la vigencia del beneficio. Estos gastos sí serán elegibles para reembolso de acuerdo a los términos de esta póliza, si son incurridos después de transcurrido este período.



El Roble
Asegura lo que más quieres

**Salud
Total**
"Una decisión segura"



Para ser adherido y formar parte integrante de la Póliza SATO emitida por SEGUROS EL ROBLE, S.A.

A favor de: **TECNISEGUROS, S. A.**

Por medio del presente anexo se procede a aclarar que no obstante en lo indicado en las condiciones generales, numeral 6, inciso D "Cobertura de Maternidad", el periodo de espera para maternidad es de 10 meses como se indica en el cuadro de beneficios.

Las demás condiciones, términos y beneficios quedan sin ningún cambio



TECNISEGUROS, S. A.
(Nombre, Firma y Sello)



SEGUROS EL ROBLE, S. A.
Representante Legal