# SOLICITUD DE SEGURO

**Seguro de Gastos Médicos Individual**

**Solicitud:** _____

(Es necesario que la información sea llenada en puño y letra por el Solicitante)

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE ( Si la solicitud es aceptada, él será el ASEGURADO TITULAR)

| Primer nombre | Segundo nombre | Otros nombres |
|---|---|---|
| | | |
| Primer apellido | Segundo apellido | Apellido de Casada |
| | | |
| Tipo de documento de identificación: | | Número de documento de identificación: |
| | | |
| Nacionalidad: | Otra nacionalidad: | Fecha de nacimiento (dd/mm/aa): Edad: |
| | | |
| Lugar de nacimiento: | NIT: | Estado civil: |
| | | |
| Sexo: M ☐ F ☐ | Peso: | Libras. Estatura: Metros. |
| Dirección del Solicitante (Domicilio) (No. de calle o avenida, No. de casa, sector, lote, manzana, colonia otro.) | | |
| | | |
| Zona | Municipio | Departamento |
| | | |
| No. de celular | Teléfono de casa | Teléfono de Oficina E-mail/correo electrónico |
| | | |
| Ocupación o empleo actual: | | Lugar de trabajo: |
| | | |
| Detalle de actividad laboral: | | Ingresos mensuales: |
| | | |

## 2. PLAN DE SEGURO QUE SOLICITA

Cobertura Internacional ☐ Cobertura Centroamérica ☐

Suma Asegurada: _____ Moneda: _____ Anual Renovable: ☐ Vitalicia: ☐

Deducible: _____

**ANEXOS OPCIONALES:**

| Anexo | Suma asegurada |
|---|---|
| | |

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:**

Anexo:

| Nombre completo | Parentesco | Porcentaje |
|---|---|---|
| | | |

## 3. PRIMA, FACTURACIÓN , SOLICITANTE PAGADOR

Prima anual a pagar: _____ Periodicidad de pago: _____ Valor de prima fraccionada: _____

**SOLICITANTE PAGADOR**

Facturar a nombre de: _____ NIT: _____

Documento de identificación _____ Número de documento de identificación: _____

Dirección: _____

## 4. DATOS DE LOS SOLICITANTES DEPENDIENTES (ASEGURADOS DEPENDIENTES)

| Nombre de los Solicitantes Dependientes | Relación con titular | Sexo | Fecha de nacimiento Día/Mes/Año | Estado Civil * | Peso | Estatura |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombres | | F ☐ | | | | |
| Apellidos | | M ☐ | | | Libras | Metros |
| Nombres | | F ☐ | | | | |
| Apellidos | | M ☐ | | | Libras | Metros |
| Nombres | | F ☐ | | | | |
| Apellidos | | M ☐ | | | Libras | Metros |
| Nombres | | F ☐ | | | | |
| Apellidos | | M ☐ | | | Libras | Metros |
| Nombres | | F ☐ | | | | |
| Apellidos | | M ☐ | | | Libras | Metros |

* S= Soltero C= Casado Otro (Especifique): _____

## 5. DECLARACIÓN DE SALUD
### INFORMACIÓN MÉDICA FAMILIAR

1. Información de todos los médicos que lo(s) atienden o los han atendido en los últimos 12 meses, a usted y/o a cualquiera de los miembros de su familia a asegurar (Solicitantes Dependientes).

| Nombre del médico | Especialidad | Dirección | Número Tel. |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2. ¿Se encuentra en estos momentos usted o alguno de sus dependientes en tratamiento médico, terapia, rehabilitación, o tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo? Sí ☐ No ☐

3. ¿Tiene precita una cirugía, examen de diagnóstico, de laboratorio o tomografía? Si ☐ No ☐

Especifique a continuación (Si necesita más espacio, puede adjuntar hoja adicional)

| Nombre del Solicitante | Médico | Diagnóstico | Fecha | Medicamento | Dosis | Tratamiento, Cirugía o Examen Médico |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

## 6. INFORMACIÓN DE SEGUROS DEL SOLICITANTE TITULAR Y SUS DEPENDIENTES

1. Usted o alguno de sus dependientes tiene o ha tenido, en vigor o en trámite algún Seguro de Vida y/o de Gastos Médicos? Sí ☐ No ☐

Si su respuesta es afirmativa, adjuntar copia del seguro a la presente solicitud (si está vigente) e indique los Seguros de Gastos Médicos que tenga en vigor o en trámite y además los Seguros Médicos que ha tenido:

| Aseguradora | Tipo de seguro (Vida y/o Gastos Médicos) | Monto del Seguro o Máximo Vitalicio | Fecha de Vigencia | Solicitante (Titular, Cónyuge, Hijos) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2. ¿Reemplazará este seguro con alguna otra póliza actualmente en vigor? Sí ☐ No ☐

Anote el nombre del solicitante, Aseguradora actual y la razón de la cancelación:

3. ¿Alguna solicitud de seguro médico, de accidentes o de vida en la renovación, rehabilitación o cambio de plan, usted o a sus dependientes, les ha sido rechazada, pospuesta, modificado condiciones, incrementado tarifas? Sí ☐ No ☐

Por favor de detalle:

4. Ha reclamado usted o alguno de sus dependientes, como asegurado(s) de pólizas de Seguro Médico y/o Accidentes o por Invalidez? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo de detalle:

| Solicitante (Titular – Dependiente(s) | Aseguradora | Fecha del Reclamo | Monto Indemnizado | Motivo del Reclamo |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

## 7. CUESTIONARIO DE SALUD Y HÁBITOS DE VIDA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL Y SUS DEPENDIENTES

**INSTRUCCIONES: Marque SÍ o NO escribiendo en la casilla correspondiente con una X o un ✓ si aplica para usted o para uno de sus dependientes las enfermedades/padecimientos/diagnósticos indicados en el cuadro a la par. Abajo del cuestionario encontrará espacio para ampliar las respuestas afirmativas. Puede ampliar sus respuestas en hoja adicional. Anotar nombre de dependiente que responde en forma afirmativa.**

| | | Titular | | Dependiente (s) | | Nombre de quien aplica: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿Ha tenido o tiene problemas de la visión, del oído, de audición, de la nariz o de la garganta? | SI | NO | SI | NO | |
| 2 | ¿Padece o ha padecido de enfermedades vasculares cerebrales o desórdenes neurológicos, mal de Parkinson, o de desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, migrañas, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, apoplejía, embolia, trombosis u otro que no esté mencionado, indíquelo? | SI | NO | SI | NO | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | ¿Padece o ha padecido de Enfermedades del corazón o del aparato circulatorio (dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, venas varicosas, soplo en el corazón, arritmia cardiaca, alguna afección cardiaca que no esté aquí mencionada, indíquela? | SI | NO | SI | NO | |
| 4 | ¿Padece o ha padecido de enfermedad del estómago, esófago, intestinos, colon, páncreas, hígado, Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, gastritis, reflujo gastroesofágico, mala absorción, vesícula biliar, estreñimiento, ano-rectal, otra que no esté aquí mencionada, indíquela? | SI | NO | SI | NO | |
| 5 | ¿Padece o ha padecido de enfermedad Respiratoria o Pulmonar (falta de aire, ronquera o catarro persistente, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño, otra que no esté aquí mencionada, indíquela? | SI | NO | SI | NO | |

| | | Titular | | Dependiente (s) | | Nombre de quien aplica: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | ¿Padece o ha padecido de enfermedad de los riñones y/o del tracto urinario (Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, uréteres, uretra, otra que no esté aquí mencionada, indíquela? | | | | | |
| 7 | ¿Padece o ha padecido de enfermedades o trastornos de la glándula de la tiroides u otro trastorno endocrinológico o metabólico (Diabetes, colesterol, triglicéridos, ácido úrico elevado), otra que no esté aquí mencionada, indíquela? | SI | NO | SI | NO | |
| 8 | ¿Ha padecido o padece problemas de la columna vertebral, hernias de cualquier tipo, discos intervertebrales, otra que no esté aquí mencionada, indíquela? | SI | NO | SI | NO | |
| 9 | ¿Padecimientos de los músculos y/o huesos (Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática, lesiones óseas, espalda, articulaciones, otro que no esté mencionado, indíquelo? | SI | NO | SI | NO | |
| 10 | ¿Alguna discapacidad, amputación, deformación física, cojera? ¿Alguna malformación congénita o hereditaria? | SI | NO | SI | NO | |
| 11 | ¿Padece o ha padecido de enfermedad de la sangre (Anemia o cualquier otro trastorno de la sangre, bazo, médula ósea y sistema linfático, Hepatitis B, Hepatitis C, Lupus y otras enfermedades autoinmunes y de la colágena, otra que no esté aquí mencionadas? | SI | NO | SI | NO | |
| 12 | ¿Padece o ha padecido de Cáncer, linfoma, leucemia, neoplasias, quistes, tumores, problemas de las glándulas linfáticas, otra que no esté mencionada, indíquela? | SI | NO | SI | NO | |
| 13 | ¿Padece o ha padecido de trastornos de la piel, manchas en la piel? | SI | NO | SI | NO | |
| 14 | ¿Ha(n) sido sometido(s) a algún procedimiento de cirugía plástica en cualquier etapa de su vida? | SI | NO | SI | NO | |
| 16 | ¿Le han practicado algún procedimiento para reducción de peso, bypass gástrico (banda gástrica, manga gástrica), otro que no esté aquí mencionado? | Si | NO | SI | NO | |
| 17 | ¿Padece o ha padecido de alergia, rinitis, otra que no esté mencionada, indíquela? | SI | NO | SI | NO | |
| 18 | ¿Ha(n) recibido o necesita algún miembro de su familia asesoramiento, consejo o tratamiento en relación al uso de drogas o alcohol, ansiolíticos, antidepresivos, inductores del sueño? | SI | NO | SI | NO | |
| 19 | ¿Padece o ha padecido de enfermedad por deficiencia inmunitaria, VIH, SIDA, o relacionada al complejo del SIDA (ARC) o resultado positivo de anticuerpos del virus del SIDA? | SI | NO | SI | NO | |
| 20 | ¿Tiene algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente? | SI | NO | SI | NO | |
| 21 | Además de lo arriba mencionado, durante los últimos cinco años: | | | | | |
| | 1) ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación? | SI | NO | SI | NO | |
| | 2) ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución? | SI | NO | SI | NO | |
| | 3) ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica? | SI | NO | SI | NO | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 4) ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía, que no se ha realizado? | SI | NO | SI | NO | |
| 22 | ¿Enfermedad de transmisión sexual o de los órganos sexuales, enfermedades venéreas, Virus del Papiloma Humano, u otros desórdenes del sistema reproductivo, ¿otra que no esté aquí relacionada? | SI | NO | SI | NO | |
| 23 | ¿Ha aumentado o disminuido su peso en más de 15 libras en los últimos 2 años? (Si es afirmativa su respuesta, indique abajo, la cantidad de libras y la causa). | SI | NO | SI | NO | |
| 24 | ¿Ha recibido usted o algún miembro de su familia tratamientos de radioterapia o quimioterapia? | SI | NO | SI | NO | |
| 25 | ¿Ha sido receptor o donador de órganos? o ¿Piensa donar órganos? ¿Le han hecho transfusiones de sangre o terapéutica con hemoderivados? | SI | NO | SI | NO | |
| 26 | En algún momento ¿ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión debido a un accidente, enfermedad o incapacidad? | SI | NO | SI | NO | |
| 27 | ¿Usted o alguno de sus dependientes tiene historia familiar (padres, hermanos) de diabetes, hipertensión, cáncer, enfermedad cardiaca, mental, renal, congénita o hereditaria? (Indique el familiar y padecimiento al que se refiere) | SI | NO | SI | NO | |

| | **HÁBITOS Y DEPORTES** | | | | | **Titular** | | **Dependiente (s)** | | **Nombre de quien aplica:** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 28 | ¿Usted o alguno de sus dependientes ha fumado cigarrillos o tabaco, o consumido productos con nicotina? ¿Consumen alcohol? ¿Consumen o usan drogas ilegales? Si respondió "Si" explique: ¿desde cuándo?, ¿Cantidad del consumo y tipo? Y proporcionar más detalles: | | | | | SI | NO | SI | NO | |
| | Detalle: | | | Desde cuándo: | | | | | | |
| | Cantidad de consumo: | | | Detalle: | | | | | | |
| 29 | ¿Práctica alguno(s) de los siguientes deportes? Alpinismo, carreras de autos, motociclismo, buceo, paracaidismo, vuelo delta, parapente u otra actividad o deporte(s) considerado(s) de alto riesgo o peligrosos. Indique cuál(es): | | | | | SI | NO | SI | NO | |
| | Deporte: | | | Frecuencia y motivo: | | | | | | |
| 30 | ¿Viaja en forma frecuente en aeronaves privadas o en motocicleta? Indique tipo de vehículo y la frecuencia: | | | | | SI | NO | SI | NO | |
| | Tipo de vehículo: | | | Frecuencia y motivo: | | | | | | |
| 31 | ¿Usted monta a caballo? Indique: | | | | | SI | NO | SI | NO | |
| | Motivo: | | | Frecuencia: | | | | | | |

**CUESTIONARIO PARA MUJERES:** Preguntas exclusivas para Solicitantes Mujeres, nombradas en esta Solicitud:

| **Solicitante Titular/Dependiente** | **Fecha última menstruación** | | |
|---|---|---|---|
| | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | **Titular** | | **Dependiente (s)** | | **Nombre de quien aplica:** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 32 | ¿Padece, ha padecido, o ha tenido síntomas relacionados a enfermedad de los ovarios, de la matriz o de las glándulas mamarias? (alteraciones de la menstruación, endometriosis, problemas de los senos, quistes, metrorragias). | SI | NO | SI | NO | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 33 | ¿Está embarazada? (En caso afirmativo indicar fecha en que se espera el alumbramiento) | SI | NO | SI | NO | |
| 34 | ¿Le han practicado legrados o cesáreas? | SI | NO | SI | | |
| 35 | ¿Se ha sometido o piensa someterse a un tratamiento de fertilidad o infertilidad? | SI | NO | SI | NO | |

## ESPACIO PARA AMPLIAR SUS RESPUESTAS Y PROPORCIONAR MÁS INFORMACIÓN Y DETALLES:

| No. de pregunta | A quién aplica: | Diagnóstico | Fecha | Duración | Médico tratante | Hospital o Clínica |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

## 8. Información del SOLICITANTE para cumplir con disposiciones de la IVE relacionada con la Ley Contra Lavado de Dinero y Otros Activos

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 6.1 | El Solicitante es Persona Expuesta Políticamente **(PEP):** | Si | ☐ | No | ☐ |
| 6.2 | Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente (**PEP**)*/ | Si | ☐ | No | ☐ |
| 6.3 | Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente **(PEP)***/ | Si | ☐ | No | ☐ |
| 6.4 | El solicitante actúa en nombre propio: | Si | ☐ | No | ☐ |
| 6.5 | Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América: | Si | ☐ | No | ☐ |
| 6.6 | Posee documento de identidad Green Card: | Si | ☐ | No | ☐ |
| 6.7 | Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América: | Si | ☐ | No | ☐ |
| 6.8 | Ingresos mensuales: | | | | |

***PEP:** Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala o en otro país, o aquella que tiene o se le ha confiado una función prominente en una organización internacional, así como, los dirigentes de partidos políticos nacionales y de otro país que su perfil está expuestos a riesgos inherentes a su nivel o posición jerárquica.

*/ Si la respuesta es positiva, proporcionar información según lo indicado en el Anexo A.III de Persona Expuesta Políticamente (PEP).

## 9. Envió de póliza:

Enviar la póliza: _____

## 10. QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE:

1. Aseguradora Rural, S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.
2. Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro.
3. Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud autorizo:
   I. A cualquier médico, profesional, hospital, clínica, entidad o persona médica o relacionada medicamente para proveer a la Aseguradora la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí o a mis dependientes sin limitación alguna.
   II. A la Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mí documento personal de identificación.

**Con la firma de esta solicitud autorizo a Aseguradora Rural, S.A., a:**

a. Realizarme las pruebas de asegurabilidad que la Aseguradora considere necesarias, para verificar mí estado de salud o mis dependientes, pruebas que deberé realizar en el momento que la Aseguradora me lo indique o antes de la aceptación de mi solicitud.
b. Que se efectué la renovación automática de mi póliza de acuerdo a las condiciones de renovación.
c. Que me envíen la carátula de la póliza, Cuadro de Beneficios de la carátula de la póliza, Anexo(s), Condiciones Generales, Condiciones Particulares que correspondan por medio de comunicación electrónica.
d. Si la póliza y sus anexo(s) no concordaren con la oferta, me reservo el derecho de pedir rectificación por escrito dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la póliza, transcurrido dicho plazo sin que pida la mencionada rectificación se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza y sus anexo(s).

Se firma el presente en _____ a los _____ días del mes de _____ De _____

_____
Firma del Solicitante

Nombre del Solicitante Titular _____
Número de documento de identificación personal _____

_____
Firma del Solicitante - pagador

Nombre del Solicitante Pagador _____
Número de documento de identificación personal _____

## 11. AUTORIZACIÓN

Yo: _____
Autorizo a Aseguradora Rural, S.A., para que se haga el cargo por el importe de la prima de seguro y la periodicidad de pagos convenida:

☐ Caja ☐ Deposito monetario ☐ Depósito Ahorro ☐ Tarjeta de Crédito ☐ Tarjeta débito

Otra: _____

| Banco | Número de cuenta | Fecha de débito: |
|---|---|---|
| | | |

Tarjeta de Crédito/Débito:

| Número de tarjeta | Banco emisor | Fecha de vencimiento mes y año | Fecha de débito: |
|---|---|---|---|
| | | | |

_____
f) Firma del Solicitante

Número de documento de identificación: _____
Lugar: _____ Fecha (dd/mm/aa): _____

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

**Uso Interno de la Aseguradora:**

Código Agente o Intermediario _____ Nombre del Agente o Intermediario _____

| Agencia | Código colaborador | Iniciales Colaborador | Firma |
|---|---|---|---|
| | | | |

# CARÁTULA DE LA PÓLIZA
## Seguro de Gastos Médicos Individual

Número de Póliza: _____ Plan de Gastos Médicos: _____

### 1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

| Primer nombre | Segundo nombre | Otros nombres |
|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Apellido de Casada |

| Documento identificación: | No. documento identificación: | Fecha de nacimiento: | Edad: |
|---|---|---|---|
| | | | |

Dirección del Asegurado:

| Zona | Municipio | Departamento |
|---|---|---|
| | | |

### 2. INFORMACIÓN DE ASEGURADO(S) DEPENDIENTE(S)

| Parentesco | Fecha de inicio de vigencia | Nombre del Asegurado Dependiente(s) | Edad y fecha de nacimiento | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Edad | Día | Mes | Año |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

2.1 Límites de edad de Asegurado(s):

### 3. VIGENCIA, PRIMA , SUMA ASEGURADA

Fecha de inicio de vigencia: _____ Fecha fin de vigencia: _____
Moneda: _____ Periodicidad de pago: _____
Prima anual a pagar: Valor prima fraccionada:
Suma Asegurada: _____ Anual Renovable: ☐ Vitalicia: ☐
Solicitante pagador: _____

Aseguradora Rural, S.A con domicilio en la Ciudad de Guatemala, reembolsará los gastos médicos cubiertos de acuerdo con lo que se estipula en las Condiciones Generales, Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. El pago se realizará al Asegurado(s) después de recibir pruebas de la realización de la eventualidad prevista en esta póliza, siempre y cuando el seguro respectivo se encuentre en vigor. La mora en el pago de la prima convenida en la solicitud o anexo(s) que se emitan con fundamento en la póliza, producirá la terminación automática del seguro. La Póliza entrará en vigor en la fecha de inicio arriba indicada.

Se adhieren a esta Carátula los siguientes documentos: Condiciones Generales, Cuadro de Beneficios de la Carátula de la póliza, Anexo(s) contratado(s) y Condiciones Particulares, que serán enviados por medio de comunicación electrónica o por la forma convenida.

Se firma el presente en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

_____
Aseguradora Rural, S.A.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

# CUADRO DE BENEFICIOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA

## Seguro de Gastos Médicos Individual

Número de Póliza: _____ Plan de Gastos Médicos: _____

Nombre del Asegurado Titular: _____

Opción de Suma Asegurada : ☐ Vitalicia ☐ Anual Renovable

**Reducción(s):**
Edad: _____ Reducción de suma: _____

Límite territorial: _____

## 1. CUADRO DE BENEFICIOS

Cada uno de los beneficios que a continuación son nombrados se encontrarán asegurados siempre y cuando se indiquen en este cuadro de Beneficios, se pague la prima correspondiente, Asegurado haya solicito su inclusión. Queda entendido y convenido que cualquier cobertura que no sea mencionada, no está asegurada.

| | COBERTURA | Incluido: SI/NO | Período de espera | Suma Asegurada | Deducible/Copago/ Participación del Asegurado |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.1** | **BENEFICIOS PRINCIPALES:** | | | | |
| a. | Gastos de Hospital | | | | |
| b. | Consultas médicas | | | | |
| c. | Medicamentos | | | | |
| d. | Gastos de Diagnóstico | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **1.2** | **BENEFICIOS ADICIONALES:** | | | | |
| | | | | | |

**1.3 ANEXOS CUBIERTOS:**

| Anexos | Asegurado | Límites de edad | Suma Asegurada | Periodo de espera |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 1.4 PLAN DENTAL (SI APLICA): |
|---|
| **Beneficios cubiertos** |
| |

## 2. CUADRO DE BENEFICIARIOS (SI APLICA)

Designación de Beneficiarios en los Anexos que tenga contratado y aplique designación de beneficiarios:

| Nombre completo | Parentesco | Porcentaje |
|---|---|---|
| | | |

## 3. CONDICIONES PARTICULARES

| |
|---|
| |

Se firma el presente en a los días del mes de de

_____

Aseguradora Rural, S.A.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

# CONDICIONES GENERALES
## Seguro de Gastos Médicos Individual

ASEGURADORA RURAL, S. A., se compromete a reembolsar al Asegurado titular bajo la cobertura de esta póliza, los gastos médicos incurridos por éste y/o su(s) Asegurado(s) dependiente(s) de conformidad con los términos y condiciones de esta póliza.

La cobertura está sujeta a las condiciones de esta póliza, al máximo de suma asegurada incluyendo deducible, participación del Asegurado, copago, aplicables, los límites están estipulados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

## 1. CONTRATO

Estas condiciones generales, la solicitud de seguro, la Carátula de la Póliza, Cuadro de Beneficios de la Carátula de la póliza, Condiciones Particulares y anexo(s) que se emitan simultáneamente con la póliza o que posteriormente se agreguen, previa aceptación de las partes, constituyen el contrato de seguro entre el Asegurado y Aseguradora Rural, S. A., en adelante denominada *"La Aseguradora"*.

## 2. ESTIPULACIÓN LEGAL

El Asegurado al recibir la póliza, anexo(s) debe cerciorarse que concuerde con lo solicitado a la Aseguradora, para los efectos de los primeros párrafos del artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala que dice 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".

***Al presente contrato de seguro, le son aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala, relacionadas con el contrato de seguro, las que prevalecerán sobre el contenido de este contrato de seguro.***

## 3. OBJETO DEL SEGURO

La Aseguradora pagará los gastos médicos incurridos que sean gasto razonable, usual y acostumbrado, a consecuencia de una lesión corporal accidental o por tratamiento médico de una enfermedad no preexistente, siempre y cuando no estén expresamente excluidos en este contrato. Los beneficios amparados en esta póliza son los estipulados en estas Condiciones Generales.

## 4. ELEGIBILIDAD

### 4.1 Asegurados:

Para los efectos de esta póliza, se considerarán: Asegurado titular y Asegurado(s) dependiente(s): cónyuge/conviviente o hijo(s), quienes hayan sido declarados en la solicitud de seguro, o su inclusión posterior a la emisión de la póliza por medio de anexo.

| | | |
|---|---|---|
| 4.1.1 | **Asegurado titular:** | Persona natural que tiene derecho a recibir el pago por los gastos médicos cubiertos e incurridos a que hubiere lugar por esta póliza, y quien ejerce los derechos de los Asegurado(s) dependiente(s) ante la Aseguradora. |
| 4.1.2 | **Asegurado(s) Dependiente(s):** | Asegurado titular puede tener incluido en su póliza de dependiente(s): **1. Cónyuge o conviviente** del Asegurado titular, no menor de dieciocho (18) |

| | |
|---|---|
| | años cumplidos; que tengan el mismo domicilio que el Asegurado titular y este dentro de los límites de admisión especificados en la caratula de la póliza.<br>**2. Hijo(a):** soltero del Asegurado titular, natural, hijastro legalmente adoptado, o cuando tenga la tutela legal del menor a partir del día diez (10) de nacido. Deben cumplir:<br>a. Tener el mismo domicilio y dependan económicamente del Asegurado titular;<br>b. Estudiantes a tiempo completo en un colegio o universidad acreditada y que no se encuentren trabajando.<br>c. Se entiende por estudiante a tiempo completo a la persona matriculada en una institución educativa debidamente autorizada como tal, a la cual asiste en forma lugar, cumpliendo con programa de estudios.<br>d. La aseguradora se reserva el derecho de solicitar una certificación o constancia de estudios por escrito de parte de la universidad o institución donde asiste el Asegurado dependiente hijo (a), según sea el caso.<br><br>Si un Asegurado dependiente ya no es elegible debido a uno de los eventos indicados y cumple con los requisitos para ser Asegurado titular, si así lo desea y paga la prima correspondiente, podrá optar por una póliza de seguro como Asegurado titular sin necesidad de una evaluación de riesgo, en el mismo plan con las mismas condiciones. |
| 4.1.3 **Solicitante pagador:** | Persona natural no menor de dieciocho (18) años al momento de la contratación de la póliza, que se obliga a pagar la prima correspondiente. |

## 4.2 Límites de Edad:

Los límites de edad quedaran estipulados en la carátula de la póliza.

## 4.3 Inclusión de Dependientes:

Asegurado titular con fecha posterior a la fecha de emisión de la póliza, puede incluir a Asegurado(s) dependiente(s), llenando los documentos que la Asegurada solicite y presentando o completando las pruebas de Asegurabilidad que le correspondan y pagando la prima correspondiente.

## 4.4 País de Residencia:

Esta póliza podrá ser emitida solamente a los residentes de manera permanente en la república de Guatemala. El Asegurado titular tendrá que notificar por escrito a la Aseguradora su cambio de residencia a otro país dentro de un período de ciento ochenta (180) días calendario después de haber efectuado dicho cambio. Si la Aseguradora tuviere conocimiento del cambio de residencia, la misma podrá cancelar la póliza con 15 días de anticipación.

Si el Asegurado dependiente hijo(a) se va a estudiar al extranjero deberá dar aviso a la Aseguradora y esta informará si dará cobertura y bajo qué condiciones.

## 4.5 Límite Geográfico:

En el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, se estipula la cobertura geográfica, pudiendo ser:

1. Centroamericana: se cubrirá los gastos incurridos en el territorio centroamericano indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
2. Mundial: cubrirá gastos médicos incurridos dentro y fuera de Centroamérica.

## 5. SUMA ASEGURADA

Es el límite de máximo de responsabilidad de la Aseguradora por cada Asegurado cubierto por la presente póliza. Esta suma asegurada es elegida por el Asegurado titular al momento de la contratación y se encuentra estipulada en la carátula de la póliza y/o Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y puede ser:

| | | |
|---|---|---|
| 5.1 | Suma Asegurada Máxima Vitalicia: | Es la Suma Asegurada que tiene la póliza durante todo el tiempo de su vigencia incluyendo las renovaciones, ya sea globalmente para todas las coberturas en conjunto o bien en particular para alguna cobertura específica o para algún beneficio o rubro de beneficio asociado a una o varias coberturas según se estipule en la carátula y/o Cuadro de Beneficios de la carátula de la Póliza; si se agota la suma asegurada máxima vitalicia se cancelara la póliza automáticamente. |
| 5.2 | Suma Asegurada Anual Renovable: | Es la cantidad máxima que la Aseguradora pagará en total por todos los beneficios por cada año póliza, estipulado en la Carátula y/o Cuadro de Beneficios de la carátula de la póliza. En cada renovación de la póliza se reinstalará automáticamente la suma asegurada. |

**Reducción de suma asegurada:** Aplica reducción automática de suma asegurada al cumplimiento de la edad y por la suma asegurada estipulada en el Cuadro de Beneficios de la carátula de la Póliza.

## 6. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

**Este producto tiene beneficios principales y beneficios adicionales con costo que el Asegurado titular puede contratar a su elección, cada uno de las coberturas a continuación nombradas se encontrarán cubiertas siempre y cuando se indiquen y expresen en el Cuadro de Beneficios de la carátula de la Póliza, el límite de suma asegurada, deducible, copago, participación del Asegurado. Queda entendido y convenido que cualquier cobertura nombrada en estas condiciones generales que no sea mencionada en el Cuadro de Beneficios de la carátula de la Póliza, no estará amparada en esta póliza.**

### a. Gasto razonable, usual y acostumbrado

El costo o valor en dinero que para efectos de esta póliza tiene un servicio de atención médica, hospitalaria, de laboratorio o diagnóstico, medicamento, suministro o insumo médico, y que se determina de la siguiente manera, definidos por el equipo médico de la Aseguradora.

a. Para los servicios médicos, hospitalarios, de diagnóstico y de laboratorio prestados en la república de Guatemala: Es el costo o valor promedio del servicio médico conforme el nivel general de cargos hechos por otros médicos u hospitales de carácter similar, localizados en Guatemala, cuando este costo se compara con servicios o tratamientos médicos iguales, administrados a personas del mismo sexo y edad, para la atención de una misma lesión o enfermedad.

b. Para los servicios médicos, hospitalarios, de diagnóstico y de laboratorio prestados en el extranjero: Es el costo o valor promedio del servicio conforme el nivel general de cargos hechos por otros médicos u hospitales de carácter similar localizados en el área geográfica o división política donde el cargo es incurrido o en un área comparable, cuando este costo se compara con servicios o tratamientos médicos iguales, administrados a personas del mismo sexo y edad, para la atención de una misma lesión o enfermedad.

### b. Condiciones Preexistentes:

Las condiciones y/o padecimientos preexistentes a la fecha en que inicie vigencia la póliza o cobertura correspondiente a cada asegurado, que hayan sido declaradas en la solicitud de seguro tendrán cobertura

únicamente después de haber transcurrido el período de espera estipulado en la carátula y/o Cuadro de Beneficios de la Carátula de la póliza, a menos que la Aseguradora imponga alguna limitación o sean excluidas mediante una condición particular. Las condiciones preexistentes no declaradas en la solicitud del seguro no estarán cubiertas en ningún momento y la Aseguradora se reserva el derecho de modificar, rescindir o cancelar la póliza cuando las condiciones preexistentes no son declaradas en la solicitud del seguro, de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 14 Declaraciones falsas o inexactas.

### c. Período de espera:

Es el periodo de tiempo establecido en la póliza, a partir del inicio de vigencia del Asegurado durante el cual la Aseguradora no cubre los gastos por la atención o tratamiento médico de ciertos beneficios, padecimientos o diagnósticos estipulados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

Durante este período soló se cubrirán las urgencias médicas por Accidentes o enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período

## 6.1 BENEFICIOS CUBIERTOS PRINCIPALES:

Si durante la vigencia de la póliza, y como consecuencia directa de accidente o enfermedad cubierta, el Asegurado titular o cualquier Asegurado(s) dependiente(s) deba someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de su salud y siempre que estos le sean proporcionados por instituciones de salud o por médicos que se encuentren legalmente autorizados para el ejercicio de su actividad, la Aseguradora reembolsará los gastos médicos cubiertos razonable, usual y acostumbrado, hasta la suma asegurada contratada estipulada en el Cuadro de Beneficios de Carátula de la Póliza, ajustándola previamente en su caso, deducible, copagos y participación del Asegurado, así como a las limitaciones consignadas en esta póliza.

Cada uno de los beneficios que se indican a continuación se encuentra cubiertos siempre y cuando se indiquen y expresen en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

| | | |
|---|---|---|
| 6.1.1 | GASTOS DE HOSPITAL: | La Aseguradora cubrirá los gastos erogados en un hospital por servicios hospitalarios, los cuales comprenden:<br>a. La utilización de la sala de operaciones, recuperación y curaciones.<br>b. Honorarios médicos por cirugía y anestesia.<br>c. Estancia del Asegurado en habitación privada o semiprivada y alimentos.<br>d. Estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedio y/o unidad de cuidados intensivos.<br>e. Cuidados generales de servicios de enfermería proporcionados por enfermeros(as) titulados(as).<br>f. Los medicamentos suministrados y administrados dentro del hospital.<br>g. Servicios de exámenes de diagnóstico, laboratorio y rayos X, ultrasonido, tomografía, cuando estos sean requeridos por el médico tratante.<br>h. Insumos. |
| 6.1.2 | CONSULTAS MÉDICAS: | Quedan cubiertos los honorarios médicos por consulta de alguna enfermedad o accidente cubierto por la póliza, así como las consultas del médico tratante previas a la intervención quirúrgica y posterior a los quince (15) días subsecuentes del alta hospitalaria, necesarios para el restablecimiento de la salud. El pago por estas consultas estará sujeto a los honorarios médicos gasto razonable, usual y acostumbrado. |
| 6.1.3 | MEDICAMENTOS: | Medicamentos fuera del Hospital: Se cubren solamente los medicamentos que requieran de receta médica para ser expedidos sean prescritos por un Médico autorizado. En todos los casos deberá estar acompañada de la receta/prescripción médica o con formulario proporcionado por la Aseguradora. |

| | | |
|---|---|---|
| 6.1.4 | GASTOS DE DIAGNÓSTICO: | La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados por estudio de laboratorio clínico, estudios radiológicos y exámenes de diagnóstico y otros similares que estén medicamente justificado para fines de diagnóstico o tratamiento de enfermedades o accidentes cubiertos por esta póliza, siempre y cuando sean prescritos por un médico tratante y realizados por el especialista en el área y que no sean de tipo experimental o en fase de investigación. |

## 6.2 BENEFICIOS ADICIONALES:

Cada uno de los beneficios que se indican a continuación se encuentran asegurados siempre y cuando se indiquen y expresen en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

| | | |
|---|---|---|
| 6.2.1 | Control de niño sano: | Cubre los gastos por control pediátrico y vacuna(s), hasta el cumplimiento de la edad máxima, límite de suma asegurada, establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Queda a discreción de la Aseguradora determinar qué vacunas están o no cubiertas. |
| 6.2.2 | Servicios de Ambulancia Terrestre o Aérea: | La Aseguradora cubrirá los gastos erogados por este servicio considerando el área geográfica donde haya sido prestado el servicio de ambulancia para la debida atención médica del Asegurado. Estarán limitados los servicios de ambulancia que se especifican en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, de traslado al hospital por una emergencia médica y en caso de requerir el servicio para transporte intrahospitalario por causa de una emergencia médica, se limita a los servicios de traslado en ambulancia por el medio de transporte estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza entre instituciones hospitalarias.<br>Todo lo anterior siempre sujeto a los límites de deducible, participación del Asegurado, copago, limitaciones y condiciones, que se establezcan en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, vigentes al momento de la ocurrencia del gasto y condicionado a los siguientes requisitos:<br>a. Asegurado muestre síntomas de incapacidad, sufra una enfermedad o accidente, cubierto por esta póliza;<br>b. El tratamiento no esté disponible donde el Asegurado esté hospitalizado.<br><br>En el caso de ambulancia aérea se requerirá, además si es:<br>a. Sistema de pago directo: pre-autorización por escrito de la Aseguradora y la coordinación entre la Aseguradora y el médico tratante del Asegurado para los arreglos correspondientes para el transporte en una ambulancia aérea, la cual deberá llevar personal y equipos adecuados y contar con licencia para operar como ambulancia aérea;<br>b. Sistema de pago de reembolso: el prestador de servicio cuente con la licencia para operar como ambulancia área; personal y equipo adecuado.<br>c. Que la condición médica del Asegurado no le permita viajar en una aerolínea regular de pasajeros. |
| 6.2.3 | Tratamiento dental por Accidente: | La Aseguradora cubre los gastos del tratamiento necesario para la reconstrucción o el remplazo de piezas dentales naturales sanas, que hayan sido dañadas o perdidas a consecuencia de un accidente ocurrido estando la póliza vigente, siempre que tal tratamiento sea proporcionado dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a dicho accidente. |

| | | |
|---|---|---|
| 6.2.4 | Terapia física y rehabilitación: | La Aseguradora cubrirá para este beneficio un período de tratamiento inicial de hasta el número de días calendario estipulados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, por año póliza, siempre y cuando esté coordinado y aprobado por la Aseguradora. Si se considerara médicamente necesario, se podrá aprobar una extensión del período de tratamiento, previa autorización de la Aseguradora. |
| 6.2.5 | Trasplantes de Órganos y/o Tejidos: | Trasplante de órganos y gastos médicos del Asegurado y del donante, directamente relacionados, prestados en un hospital o centro de trasplante por concepto de habitación, comidas, servicio general de enfermería y servicios regulares suministrados por el hospital o centro de trasplante, pruebas de laboratorio, uso de equipos y otros servicios hospitalarios, siempre y cuando sean requeridos durante el proceso de remoción del órgano o tejido y sujetos a los límites máximos establecidos en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Para los efectos de esta póliza, la cobertura de trasplante de órganos se limita al trasplante de los siguientes órganos: corazón, hígado, riñón, páncreas, intestino delgado (duodeno, yeyuno, íleon), pulmón, médula ósea de conformidad con el diagnóstico de un médico especialista que compruebe que el trasplante es el método más apropiado para tratar una patología que pone en peligro la vida del asegurado. Queda excluido el trasplante de cualquier otro órgano, de partes de órganos o de cualquier otro tejido o célula. En el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, se estipula el límite máximo de este beneficio para el Asegurado y el límite máximo del donante. Este beneficio no cubrirá:<br>• Gastos originados por complicaciones médicas o quirúrgicas de donadores de órganos.<br>• Estudios de compatibilidad, estado general de salud, entre otros, aplicados a posibles donadores para el Asegurado. |
| 6.2.6 | Infección de Virus de Inmunodeficiencia Humano (VHA) y Síndrome de Inmunodeficiencia: | Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados antes o durante el período de espera, indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, es decir el SIDA deberá ser diagnosticado positivo a los estudios serológicos y confirmado una vez que se ha cubierto el período de espera para este diagnóstico. Asimismo, no se cubrirán durante el mismo período de espera estipulado para este beneficio en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, los gastos de diagnóstico para la detectar este virus. La suma asegurada de este beneficio será vitalicia durante la vigencia de la póliza. |
| 6.2.7 | Cobertura para actividades y deportes peligrosos: | La Aseguradora cubrirá los costos relacionados con tratamientos médicos ocasionados por accidente, derivado de la práctica de actividades y deportes peligrosos: montañismo, buceo, paracaidismo, y motocross, equitación, siempre y cuando se practique(n) de forma amateur y no se haya(n) excluidos en la Póliza. |
| 6.2.8 | Cobertura para dependiente de asegurado titular fallecido: | En caso de fallecimiento del Asegurado titular la Aseguradora continuará la cobertura de la póliza de gastos médicos sin cobro de prima a los Asegurado(s) dependiente(s) que estuvieren incluidos en la póliza, previo al fallecimiento del Asegurado titular. Este beneficio estará en vigor por el plazo de un año, contado a partir de la fecha de fallecimiento del Asegurado titular y quedarán cubiertos en el mismo plan, y bajo las mismas condiciones en que estaban asegurados, aplican las siguientes condiciones especiales: |

| | | |
|---|---|---|
| | | a. La cobertura de esta póliza otorgada para los Asegurados dependientes, se mantiene siempre y cuando la póliza estuviere en vigor al momento del fallecimiento del Asegurado titular.<br>b. Los Asegurados Dependientes en la presente póliza, deberán haber estado incluidos en la póliza como mínimo un año.<br>c. El reembolso de los gastos médicos de los dependientes (menores de edad) asegurados en la póliza, se pagará al padre, madre o quien tenga la tutoría o patria potestad.<br>d. Este beneficio terminará automáticamente para el Asegurado dependiente cónyuge si contrae matrimonió; o para los Asegurados dependientes sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta póliza y/o para los cuales se haya emitido su propia póliza por separado.<br>e. Al cumplimiento del período de un año de haber gozado de la cobertura de esta póliza sin cobro de prima, los Asegurados dependientes, deberán realizar el proceso de contratación de su póliza y pagar la prima que les corresponda para mantener su póliza vigente y con continuidad de cobertura. |
| 6.2.9 | Ayuda de sepelio para Asegurado dependiente: | El beneficio es una ayuda de servicio funerario por la suma asegurada establecida en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, con el requisito que la póliza deberá estar vigente al momento del fallecimiento del Asegurado dependiente.<br>Para el pago de este beneficio es requisito que el Asegurado dependiente fallecido haya estado incluido en la póliza, en los últimos dos meses previos a su fallecimiento. |
| 6.2.10 | Fisioterapia (casa): | Si el médico tratante determina que es indispensable y que no estén relacionados a cuidados de custodia, se cubrirán los honorarios de un fisioterapista en casa, de acuerdo con las tarifas especiales establecidas o pactadas por la Aseguradora, hasta un máximo de sesiones de fisioterapia estipulados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. |
| 6.2.11 | Enfermero en el Hogar: | Si el médico tratante del Asegurado determina que es indispensable y que no estén relacionados a cuidados de custodia, se cubrirán los honorarios de enfermero(a), pudiendo amparar las veinticuatro (24) horas del día en diversos turnos (con máximo de tres turnos diarios) y hasta un máximo que aparece estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. El servicio prestado de enfermero(a) siempre deberá ser intradomiciliario y será cubierto por reembolso. |
| 6.2.12 | Psiquiatría: | Consultas por servicios profesionales de psiquiatría, hasta los límites establecidos en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. |
| 6.2.13 | Tratamientos Homeopáticos: | Consultas y tratamientos homeopáticos por un profesional certificado, hasta los límites establecidos en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. |
| 6.2.14 | Acompañante en Hospital en caso de menores de edad: | Se cubrirán los gastos por concepto de gastos de cama para acompañante de un Asegurado Dependiente hijo hospitalizado menor de dieciocho (18) años de edad se cubren hasta el máximo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. |
| 6.2.15 | Acompañante en Hospital en caso de mayores de edad: | Se cubrirán los gastos por concepto de gastos de cama para acompañante de un Asegurado Dependiente hijo hospitalizado mayor de dieciocho (18) años de edad se cubren hasta el máximo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. |

| | | |
|---|---|---|
| 6.2.16 | Condiciones congénitas para maternidad no cubierta: | Condiciones Congénitas y/o Hereditarias del Asegurado hijo que se manifiesten antes de los dieciocho (18) años de edad. Los padecimientos congénitos de los asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza y para los nacidos sin haber cumplido el periodo de espera indicado en el cuadro de beneficios, estarán cubiertos cuando se manifiesten antes de los dieciocho (18) años de edad y al cumplimiento de las siguientes características:<br>a) No se hayan presentado síntomas y/o signos, ni realizado diagnóstico médico previo a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado.<br>b) No hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado.<br>c) El padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado.<br>d) No haya sido conocido por la evolución natural de la enfermedad.<br><br>Si se cumple con lo anterior, el padecimiento será cubierto bajo las condiciones contratadas, previa valoración médica. |
| 6.2.17 | Paquete de salud preventiva: | Son los exámenes médicos y pruebas de laboratorio para una revisión médica preventiva al año, el paquete esta detallado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, estos deben ser ordenados por un médico, siempre y cuando haya estado asegurado en la póliza ininterrumpidamente durante un (1) año. |

### 6.2.18 Maternidad:

Este beneficio se cubrirá si ya transcurrió el período de espera estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, tomado en cuenta desde la fecha de inicio de vigencia de la asegurada en la póliza. Cada uno de los beneficios que se indican a continuación se encuentra cubiertos siempre y cuando se indiquen y expresen en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Queda entendido y convenido que cualquier beneficio en estas condiciones generales que no sea mencionada en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, no está cubierto.

La cobertura de maternidad aplica a Asegurada titular, Asegurada dependiente cónyuge o conviviente, excluyendo a la(s) hija(s) dependiente(s).

#### 6.2.18.1 Embarazo y parto:

Este beneficio ampara el evento final al que llegue la asegurada por embarazo cubierto, trátese de parto normal, operación cesárea o aborto espontáneo.

El beneficio contratado en la presente póliza incluye cualquier complicación que pueda resultar durante el período de gestación, durante y después del parto normal, operación cesárea o aborto espontáneo, hasta el monto indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

Las complicaciones del embarazo se consideran como enfermedad sujeta a la suma asegurada, deducible, copago y porcentaje de participación de la Asegurada aplicables a la cobertura de gastos médicos.

El valor del beneficio de maternidad se aumentará en un cincuenta por ciento si es parto gemelar y se duplicará si es por tres hijos o más.

### 6.2.18.2 Atención al recién nacido:

El recién nacido estará cubierto con cada uno de los beneficios que se indican a continuación, siempre y cuando se indiquen y expresen en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

| | | |
|---|---|---|
| a. | Gastos por atención del recién nacido: | La Aseguradora cubrirá los gastos elegibles y médicamente necesarios en la atención médica y hospitalaria del recién nacido en el momento de su nacimiento.<br>*El valor de este beneficio se incrementará en un veinticinco por ciento adicional por cada recién nacido, en parto múltiple.* |
| b. | Complicación del recién nacido: | La Aseguradora cubrirá los gastos elegibles y médicamente necesarios en la atención médica y hospitalaria de las complicaciones del recién nacido incluyendo prematurez. *Este beneficio estará activo durante los primeros 30 días de vida del recién nacido.* |
| c. | Condiciones congénitas o hereditarias maternidad cubierta: | Este beneficio ampara el límite máximo de por vida para las condiciones congénitas o hereditarias del dependiente hijo que se manifiesten antes de los dieciocho (18) años, siempre y cuando sea una maternidad cubierta, Asegurado dependiente sea incluido en la póliza con cobertura desde su nacimiento, hasta el límite máximo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. |

El recién nacido tendrá los beneficios de la póliza con maternidad cubierta, siempre y cuando se incluya dentro de la póliza dentro de los primeros treinta (30) días siguientes a su nacimiento; si ingresan solicitud de inclusión posterior deberá presentar las pruebas de asegurabilidad que la Aseguradora solicite.

## 7. EXCLUSIONES

Esta póliza no cubre gastos médicos relacionados a las causas, complicaciones, ni tratamientos relacionados con:

7.1 Cualquier tratamiento, enfermedad, lesión o accidente, resultantes de cualquier servicio o suministro que:

a) No sea médicamente necesario; o

b) Sea para un Asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico o profesional legalmente calificado; o

c) No sea autorizado o prescrito por un médico o por un profesional calificado como idóneo en el país donde se da la atención médica; o

d) Sea un cuidado paliativo, o

e) No sea probado científicamente o que esté todavía en la fase investigativa.

7.2 Honorarios por reconocimientos médicos o chequeos médicos de rutina en ausencia de enfermedad o lesión, estudios genéticos, exámenes o pruebas de diagnóstico que no sean relacionadas ni necesarias para el tratamiento de una enfermedad o lesión corporal.

7.3 Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes como se definen en esta póliza incluyendo, cualquier complicación y tratamiento relacionado con las condiciones excluidas.

7.4 Cualquier condición diagnosticada dentro de los primeros treinta (30) días posteriores a la fecha de inicio de vigencia de la póliza no relacionadas con una enfermedad de origen infeccioso o con lesiones originadas por accidentes.

7.5 Cualquier tratamiento médico, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido para el tratamiento indicado o que sea considerado experimental, incluyendo cualquier servicio, tratamiento y/o gasto médico derivado, así como sus complicaciones.

7.6 Cualquier gasto por servicios o suministro médico determinado que excedan lo razonable, usual y acostumbrado, teniendo en cuenta el lugar de ocurrencia del mismo.

7.7 Cualquier tratamiento o gasto en una institución gubernamental (tales como hospitales del seguro social, hospital público, entre otros) o privada en la que el Asegurado tenga derecho a cuidados gratuitos, o servicios y tratamientos por los cuales no habría que pagar de no existir un seguro médico. Esto incluye los costos por procedimientos que se efectúen en instituciones que reciban fondos gubernamentales o privados relacionados con un proyecto de investigación para el procedimiento en cuestión.

7.8 Cualquier gasto por exámenes de la vista, chequeos de la vista y la audición, habilitación de lentes, gafas o anteojos, lentes de contacto, implantes, prótesis y aparatos auditivos, estrabismo, astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, queratoconos y cualquier otro padecimiento refractario de la vista, así como los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregirlos, entre los que se encuentran las queratoplastias y queratotomías radiales; habilitación de audífonos, y los tratamientos médicos o quirúrgicos de cualquier tipo para corregir los padecimientos de la audición.

7.9 Cualquier gasto de cuidados de maternidad o del recién nacido que estén relacionados con un embarazo no cubierto por esta Póliza, incluyendo las complicaciones de maternidad y las complicaciones del nacimiento.

7.10 Complicaciones de embarazos o del recién nacido que resulten por el uso de métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad.

7.11 Cualquier interrupción del embarazo voluntariamente inducido, a menos que la vida de la madre esté en peligro.

7.12 Cualquier tratamiento de lesiones, sus complicaciones o secuelas sufridas por un Asegurado(a) mientras es miembro activo de una unidad de seguridad pública policial o militar.

7.13 Cualquier tratamiento de lesiones o enfermedades, sus complicaciones o secuelas provocadas por materiales nucleares o radioactivos, polución o contaminación ambiental.

7.14 Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, tratamiento por infertilidad, inseminación artificial o implantación de embriones in-vitro, enfermedades de la madre y del recién nacido que sean resultado de un tratamiento de fertilidad o de cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, tratamiento o prótesis para mejorar o restablecer la función sexual, disfunción o inadecuación sexual, trastornos relacionados con el virus del papiloma humano (VPH), o enfermedades transmisibles sexualmente.

7.15 Cualquier gasto, servicio, o tratamiento para la obesidad, control de peso, reducción o ganancia de peso o alteraciones del crecimiento de la talla corporal, incluyendo cualquier tipo de suplemento alimenticio, cirugía bariátrica o de derivación gástrica ("By Pass"), sus complicaciones, tratamientos y cualquier tipo de procedimiento quirúrgico destinado a la pérdida de peso.

7.16 Cualquier gasto incurrido por la compra de suplementos alimenticios, vitaminas y similares.

7.17 Cualquier gasto para el tratamiento de los pies que no esté relacionado con infecciones, tumores malignos o trauma, incluyendo, pero no limitado a callos, callosidades, hallux valgus (juanetes), dedo en martillo, Neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles u otros trastornos sintomáticos de los pies, incluyendo pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.

7.18 Cualquier tratamiento del maxilar superior, la mandíbula, la articulación temporomandibular y su complejo de músculos, nervios, y otros tejidos conectivos relacionados con la misma, a menos que sean secundarios al tratamiento de cáncer o un accidente cubierto por esta póliza.

7.19 Cualquier tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento independientemente del motivo por el cual ha sido indicado, y tratamiento con estimulador o estimulación del crecimiento óseo.

7.20 Cualquier tratamiento dental no relacionado con un accidente o cuando un tratamiento dental por accidente inicie después de noventa (90) días calendario de la fecha de ocurrido el accidente cubierto por la Póliza.

7.21 Cualquier gasto por cuidados de custodia y costos relacionados con servicios o suministros usados comúnmente en el hogar.

7.22 Cualquier gasto por equipos de diálisis portátiles o para ser usados en el hogar, a menos que la Aseguradora los apruebe expresamente.

7.23 Cualquier gasto por medicamentos de venta libre o sin receta médica.

7.24 Cualquier gasto por implantes, prótesis, reemplazo de prótesis fijas o removibles y de prótesis externas o implantes del oído, excepto cuando la inserción de la prótesis original ha sido cubierta bajo esta póliza.

7.25 Cualquier diagnóstico o tratamiento por trastornos del sueño, incluyendo, pero no limitado a apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica, insomnio y trastornos de conducta o de aprendizaje.

7.26 Cualquier servicio médico proporcionado por el cónyuge, conviviente o por parientes del Asegurado hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad o por cualquiera otra persona que conviva con el Asegurado.

7.27 Cualquier tratamiento relacionado con procedimientos de implantes artificiales u órganos

procedentes de animales. Los costos de la crio preservación por espacio de más de veinticuatro (24) horas, la preservación de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, o cualquier otro tejido o célula.

7.28 Cualquier servicio médico suministrado por tercero obligado a cubrir el tratamiento médico del Asegurado por razón de la existencia de un contrato o por responsabilidad civil contractual.

7.29 Cualquier atención o tratamiento por enfermedades o lesiones causadas a sí mismo (auto infligidas), estando el Asegurado en su juicio o no; suicidio, conato de suicidio o suicidio fallido.

7.30 Cualquier atención o tratamiento por enfermedades o lesiones como consecuencia del uso o abuso de alcohol; uso o abuso de drogas o estupefacientes; uso de substancias ilícitas o el uso ilícito de substancias controladas; estar en estado de embriaguez o estar bajo la influencia de drogas estupefacientes. Tampoco quedarán cubiertos los gastos necesarios para el tratamiento de alcoholismo o drogadicción y/o sus consecuencias.

7.31 Cualquier atención o tratamiento por lesiones a consecuencia de riñas o actos delictivos, provocados o no por el Asegurado o de un miembro de su familia, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa, propia o de su familia.

7.32 Tratamiento de lesiones o enfermedades y sus complicaciones y secuelas, provocadas por materiales nucleares o radioactivos, polución o contaminación ambiental.

7.33 Cargos por aires acondicionados, humificador, purificadores de aire, botellas de agua, equipos de hospital, enemas, o equipos similares a éstos, para ser utilizados en el tratamiento del Asegurado en su casa de habitación.

7.34 Dispositivos para administrar soluciones o suspensiones de fármacos, en forma líquida, vía inhalatoria a través de una mascarilla o de una boquilla, ejemplo: nebulizador.

7.35 Circuncisiones, cualquiera que sea su causa.

7.36 Gastos de peluquería, barbería y pedicurista, así como la compra o renta de aparatos o servicios para comodidad personal.

7.37 Cualquier tipo de tratamiento médico y/o quirúrgico de tipo estético, cosmetológico y de calvicie.

7.38 Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos por obesidad, sobrepeso, anorexia y bulimia, así como sus complicaciones.

7.39 Complementos y/o suplementos vitamínicos y alimenticios, así como cualquier tipo de fórmula alimenticia infantil; aún por prescripción médica en enfermedades o accidentes cubiertos, cualquiera que sea su causa.

7.40 Gastos por productos dermatológicos, cosmetológicos, aún con prescripción médica.

7.41 Tratamientos basados en medicina alternativa y complementaria, con beneficio incierto y/o con fines preventivos.

7.42 Curas de reposo, revisiones médicas preventivas.

7.43 Gastos por lesiones o enfermedades causadas en actos de guerra (sea ésta declarada o no), participación en motín o tumulto popular, lesión o enfermedad a consecuencia de insurrección, riña, terrorismo, rebelión o violencia política en general, sea con participación voluntaria o no.

7.44 Se excluye el tratamiento de, o que surja como resultado de enfermedades declaradas como epidemias y/o pandemias declaradas por autoridades competente en el país u organismo internacional de salud competente respectivamente, enfermedades infecciosas, epidemias y pandemias.

## 8. EXCLUSIONES QUE PUEDEN SER INCLUIDAS

*Exclusiones que pueden ser incluidas mediante convenio expreso entre la Aseguradora y el Asegurado titular y mediante el pago de la prima correspondiente, siempre que se incluya(n) en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza:*

a. Cualquier gasto por maternidad, salvo que esté incluido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

b. Cualquier gasto por recién nacido, salvo que esté incluido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

c. Cualquier gasto por recién nacido prematuro, salvo que esté incluido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

d. Cualquier condición congénita o hereditaria y sus consecuencias, salvo que esté incluido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
e. Cualquier gasto por tratamientos homeopáticos o cualquier tipo de medicina alternativa, salvo que se encuentre incluido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
f. Cualquier terapia física o de rehabilitación, salvo que se incluya en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
g. Cualquier tratamiento de lesiones o enfermedades y sus complicaciones y secuelas relacionadas con la participación del Asegurado en la práctica amateur o profesional de deportes salvo que se incluya en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
h. Cualquier tratamiento por trastornos psiquiátricos, salvo que se incluya en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
i. Cualquier tratamiento relacionado con procedimientos de trasplantes, incluyendo, pero no limitado al Trasplante de Órganos Humanos, artificiales o de animales; salvo que se incluya en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
j. Cualquier tratamiento relacionado con la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los gastos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); salvo que se incluya en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
k. Acompañantes en la estancia del Asegurado como paciente en hospitales, ni aquellos que no formen parte de la unidad de traslado, al igual que los gastos que se deriven de gestiones administrativas por estas causas.

## 9. RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO

| | | |
|---|---|---|
| 9.1 | *Deducible*: | Es la cantidad fija establecida en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza que será cubierta por cada Asegurado. A partir de esta cantidad la Aseguradora cubrirá los gastos incurridos objetos del seguro. Este desembolso puede ser en forma anual o por evento. Los gastos elegibles cubiertos por el Asegurado durante los últimos tres (3) meses al año póliza que sean utilizados para satisfacer el deducible correspondiente para ese año póliza, serán aplicados al deducible del Asegurado para el siguiente año póliza. |
| 9.2. | *Deducible anual:* | Este desembolso se hará en forma anual y por cada Asegurado, independientemente del número de reclamaciones que se presenten durante el año. |
| 9.3 | *Deducible por evento:* | Este desembolso se hará por cada reclamación que se presente en la vigencia contratada. |
| 9.4 | Participación del Asegurado: | Porcentaje a cargo del Asegurado que se aplica al monto total de gastos cubiertos para cada reclamación hasta el límite establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. |
| 9.5 | Límite Máximo de Participación del Asegurado | Es el monto máximo de Participación que un Asegurado debe efectuar por gastos médicos elegibles y cubiertos, hasta el monto indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza durante un año póliza. |

## 10. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

Es obligación del Asegurado dar aviso por escrito a La Aseguradora en el curso de los primeros cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización.

En toda reclamación deberá comprobarse a La Aseguradora la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a La Aseguradora los formularios de declaración correspondiente, que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales y cualquier otro trámite que la Aseguradora juzgue necesario.

Cuando la Aseguradora lo considere necesario y a su costa, el Asegurado debe presentar cualquier información que la Aseguradora considere relevante los requisitos médicos adicionales.

La Aseguradora podrá investigar y solicitar información a los médicos que hayan asistido al(los) Asegurado(s).

El Asegurado deberá presentar cualquier información que la Aseguradora considere necesaria para evaluar adecuadamente la naturaleza del siniestro.

## 11. PAGO DE RECLAMO

### 11.1 PAGO DIRECTO

La Aseguradora podrá ofrecer una red de proveedores de pago directo. En el caso que el Asegurado requiera y solicite la atención de los proveedores de la red podrá, hacer uso de este servicio previa autorización de la Aseguradora, la Aseguradora efectuará el pago de los gastos médicos cubiertos por la póliza directamente a los proveedores de la red, quedando a cargo del Asegurado la participación que corresponde (deducible, copago, participación del Asegurado y los gastos no Cubiertos).

El servicio de pago directo estará sujeto a la oportunidad, viabilidad y procedencia del caso por parte de la Aseguradora.

Una vez aprobado el servicio de pago directo pactado con proveedores de la red, la Aseguradora pagará directamente a los proveedores de la red y no pagará ninguna otra cantidad por el servicio aprobado.

### 11.2 REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

El Asegurado titular podrá realizar reclamos a la Aseguradora por gastos incurridos con otros proveedores de servicios médicos que no figuren en la red de proveedores de conformidad con las condiciones de la póliza, debiendo entregar los siguientes documentos a la Aseguradora para iniciar el proceso del pago de la reclamación:

a) Formulario(s) de reclamación por cada enfermedad o accidente acontecido. Estos formularios deberán estar debidamente completados y firmados por el Asegurado titular. El (Los) formulario(s) será(n) proporcionados a los asegurados por los medios que la Aseguradora estime conveniente.
b) Facturas originales de cada proveedor Médico.
c) Fotocopia de los expedientes médicos y documentos correspondientes, si así se requiriera.

El aviso escrito de cualquier reclamación por lesión, accidente o enfermedad y los documentos de prueba de los mismos, deberán presentarse a la Aseguradora a más tardar a los sesenta (60) días calendario después de la fecha en que el Asegurado haya recibido el tratamiento médico correspondiente para tratar la lesión, accidente o enfermedad pagadera bajo los términos de esta póliza.

Si el Asegurado titular no cumple con la obligación de dar aviso del siniestro, la Aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que hubiera correspondido si el aviso se hubiere dado oportunamente.

La Aseguradora quedará desligada de la obligación del pago de la reclamación, 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.

La Aseguradora podrá solicitar al Asegurado cualquier información que considere relevante, tales como resúmenes clínicos y reportes médicos; de igual forma, la Aseguradora podrá requerir al asegurado que se realice exámenes médicos con el médico de la elección de la aseguradora (bajo el costo de la Aseguradora), quien a su vez proporcionará un reporte médico sobre el estado de salud del Asegurado.

Cuando se verifique que el reclamo procede conforme a lo estipulado en esta póliza, la Aseguradora pagará al Asegurado titular la cantidad razonable, usual y acostumbrada de los gastos que le hayan sido sometidos y aplicara deducciones: deducible, copago, participación del Asegurado y los gastos no cubiertos por esta póliza. La Aseguradora pagará los reclamos en los plazos establecidos en el artículo 34 de la Ley de la Actividad Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho a solicitar cualquier información adicional que considere necesaria para evaluar adecuadamente la naturaleza del siniestro.

| **12. DISPOSICIONES GENERALES DEL PAGO DE LA PRIMA** | | |
|---|---|---|
| 12.1 | Pago de la prima | La prima es la retribución o precio del seguro que conforme la ley debe pagar en el momento de la celebración del contrato, en el lugar estipulado la carátula de la póliza y en la modalidad convenida entre Asegurado y Aseguradora. |
| 12.2 | Período de gracia | El Asegurado gozará de un período de gracia de treinta (30) días corridos, contados a partir de la fecha de pago, para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones de la prima pactada. |
| 12.3 | Periodicidad de pago prima: | Esta póliza es un contrato anual. Las primas pueden ser pagadas en forma anual, semestral, trimestral o mensual, según sea autorizado por la Aseguradora. |

| **13. VIGENCIA, RENOVACIÓN, CANCELACIÓN** | | |
|---|---|---|
| 13.1 | Vigencia de la Póliza | La fecha del inicio de vigencia de la póliza será aquella que se indique como tal en la carátula de la póliza. La póliza tiene una vigencia de doce (12) meses y se podrá renovar por períodos de doce (12) meses adicionales con el pago de la prima correspondiente, sujeto a las condiciones y otras disposiciones de la póliza vigente en el momento de la renovación. |
| 13.2 | Renovación: | Al finalizar la vigencia de la póliza estipulada en este contrato, se entenderá como renovada la póliza por un nuevo período de igual duración. Las condiciones generales aplicables, serán las que rijan para el contrato de seguro en la fecha de renovación. En tanto que, el incremento en la prima que se efectuará en cada renovación será tomando en cuenta entre otros, la edad del asegurado y coberturas ofrecidas. |
| 13.3 | Cancelación | La Aseguradora podrá cancelar la póliza si la prima no es pagada después del período de gracia para el pago de la prima. El Asegurado titular podrá cancelar la póliza, comunicando con quince (15) días calendario de anticipación por escrito, en cuyo momento la Aseguradora hará un cálculo de la prima no devengada (si la hubiere) para reembolsarla al Asegurado titular. |
| 13.4 | Rehabilitación | Si la Aseguradora cancela la póliza por falta de pago de la prima, la Aseguradora a su discreción podrá considerar la rehabilitación de la póliza, después de haber recibido la solicitud de rehabilitación, en formulario debidamente completado y firmado por el Asegurado titular. Este formulario de rehabilitación de la póliza será evaluado por la Aseguradora. La solicitud de rehabilitación deberá ser presentada como máximo dentro de los sesenta (60) días calendario posterior a la fecha de caducidad de la Póliza. No se considerará ninguna solicitud de rehabilitación si se presenta después de transcurridos los sesenta (60) días calendario.<br><br>La presentación de la solicitud de rehabilitación no obliga a la Aseguradora a aceptar el riesgo. La Aseguradora dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la presentación de la solicitud de rehabilitación confirmará o denegará la rehabilitación. En caso de aceptarse la rehabilitación quedará sujeta a lo siguiente:<br><br>a) Al pago de la prima correspondiente.<br>b) Únicamente se cubrirán los eventos que resulten de lesiones sufridas inmediatamente después de la fecha de rehabilitación y aquellos que resulten de enfermedades que se manifiesten a partir de los noventa (90) días de la fecha de inicio de la cobertura de la rehabilitación. |

## 14. DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

La emisión de esta póliza se fundamenta en las declaraciones y en la buena fe del solicitante, el Asegurado titular y Asegurado(s) dependiente(s). En consecuencia, cualquier declaración falsa, reticencia u omisión de información, simulación o disimulo y que traiga como consecuencia la agravación del riesgo, rescindirá la presente póliza en todos sus efectos, quedando liberada la Aseguradora de cualquier responsabilidad por concepto de pago de beneficios estipulados en la misma. Así mismo, queda entendido que surtirá el mismo efecto anterior, cuando un Asegurado o su representante o quien haya proporcionado los servicios médicos, en colusión con el Asegurado, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en esta póliza, y sus eventuales modificaciones, de acuerdo con lo estipulado en los Artículos 880, 881 y 908 del Código de Comercio de Guatemala.

Cualquier pago realizado por parte de la Aseguradora a causa de omisión, declaración inexacta o negligencia por parte del Asegurado, deberá ser reintegrado a la Aseguradora por el Asegurado titular.

## 15. OTROS SEGUROS

De existir otro(s) seguro(s) de gastos médicos, incluyendo programas patrocinados por el gobierno, este hecho deberá ser declarado en el momento de adquirirlo o cuando se llene la solicitud de seguro original de la Aseguradora. En caso de reclamación, se deberá presentar verificación del otro seguro de gastos médicos y copia de las facturas desglosadas juntamente con la liquidación de los gastos pagados por la otra aseguradora. La Aseguradora procederá a establecer una coordinación de beneficios donde los montos pagados por la otra aseguradora serán aplicados al deducible inicialmente y de acuerdo con los beneficios y limitaciones de esta Póliza. El total de los pagos efectuados no podrá exceder el monto de los gastos médicos incurridos y realmente pagados por el Asegurado.

## 16. SUBROGACIÓN DE DAÑOS

La Aseguradora tiene derecho a la subrogación o reembolso por parte del Asegurado titular a quien ha pagado, o en cuyo nombre ha pagado, cualquier reclamación, si el Asegurado ha recobrado todo o parte de tal pago de parte de una tercera entidad. Además, la Aseguradora tiene el derecho de proceder a su propia costa en nombre del Asegurado contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta póliza, o que sean responsables por haber causado una lesión cubierta bajo esta póliza. Esto aplica proporcionalmente incluso si el Asegurado no recupera el total de su reclamación en contra de dichas personas y también si el pago que el Asegurado recibe se describe como pago por otros gastos que no sean por cuidado y atención médica. Los gastos incurridos por concepto de honorarios legales u otros no podrán descontarse para reducir la cantidad que debe rembolsar a la Aseguradora.

## 17. NOTIFICACIONES

Toda notificación a la Aseguradora deberá efectuarse en las oficinas de esta ubicada en la dirección que aparece en la carátula de póliza mientras que al Asegurado en la dirección que hubiere consignado en la solicitud de la presente póliza o la última dirección registrada en la Aseguradora teniéndose por bien hechas y válidas, las que allí se les formulen, en tanto no notifiquen por escrito a la otra parte de cualquier cambio de las direcciones indicadas. Así como las comunicaciones electrónicas convenidas, en las direcciones indicadas en la solicitud.

## 18. PROCEDIMIENTO PARA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

| | |
|---|---|
| **Negociación:** | Las partes acuerdan que cualquier controversia que resulte de este contrato o que guarde relación con el mismo, relativo a su interpretación, incumplimiento, resolución o nulidad se intentará resolver por negociación entre las partes. |
| **Conciliación:** | En caso de que las partes no pudieran resolver su conflicto mediante negociación, lo resolverán por mediación en los Centros de Mediación del Organismo Judicial de Guatemala que se encuentran en el territorio nacional. El Centro de Mediación competente será el más cercano a La Aseguradora. |
| **Tribunales de la República de Guatemala:** | En caso en que no se pueda resolver por mediación, se resolverá ante los tribunales de la República de Guatemala. Los tribunales competentes son los de la ciudad de Guatemala. |

## 19. PRESCRIPCIÓN

Todos los derechos y acciones que deriven de esta póliza prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y si el Beneficiario no tiene conocimiento de su derecho, la prescripción se consumará por el transcurso de cinco (5) años, contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones de la Aseguradora.

## 20. MONEDA

Todos los pagos realizados por el Asegurado titular y la Aseguradora deben ser realizados en la moneda estipulada en la carátula de la póliza y/o Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

## 21. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura de la póliza, finaliza:

| | |
|---|---|
| Asegurado Titular: | a. Cuando el Asegurado titular haya alcanzado la edad máxima de acuerdo a lo establecido en los límites de edad que se especifican en la carátula de la póliza.<br>b. Por falta de pago.<br>c. Al fallecimiento del Asegurado titular.<br>d. Cuando se consume el máximo vitalicio o suma asegurada anual que se estipula en la carátula de la póliza y/o Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. |
| Asegurado(s) Dependiente(s): | a. Si un Asegurado dependiente hijo(a) contrae matrimonio, o deja de ser estudiante a tiempo completo;<br>b. Si un Asegurado dependiente cónyuge cubierto bajo esta póliza deja de estar casado con el Asegurado titular por razón de divorcio o por anulación del matrimonio; o<br>c. Si el Asegurado dependiente conviviente deja de serlo, por ya no mantener una vida doméstica con el Asegurado Titular.<br>d. Cuando el Asegurado dependiente Hijo haya alcanzado la edad máxima de acuerdo a lo establecido en los límites de edad especificados en la carátula de la póliza.<br>e. Cuando se consume el máximo vitalicio o suma asegurada anual que se especifica en la Carátula de la póliza y/o Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.<br>f. Cuando el Asegurado dependiente conyugue haya alcanzado la edad máxima de acuerdo a lo establecido en los límites de edad de la cobertura Especificados en la carátula de la póliza.<br>Si un Asegurado dependiente ya no es elegible debido a uno de los eventos indicados y cumple con los requisitos podrá optar por una póliza, como Asegurado titular, sujeto a políticas de Suscripción de la Aseguradora. |

## 22. DEFINICIONES

Para los efectos de la presente póliza y sujeto a los demás términos y condiciones de la misma, se entenderá por:

| | |
|---|---|
| **Accidente:** | Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiesten por contusiones o heridas visibles, y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. |

| | |
|---|---|
| | No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado. |
| **Ambulancia:** | Vehículo de urgencias específicamente destinado y legalmente autorizado para el transporte de heridos y/o enfermemos en caso de accidente, traumatismo o enfermedades graves y técnicamente equipado para la atención médica de los mismos. |
| **Anexo:** | Es el documento que se adhiere a una póliza de seguro en que se modifican las condiciones generales y/o coberturas adicionales al plan de seguro. |
| **Año Póliza:** | Es el período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de inicio de vigencia y termina en la fecha fin de vigencia de la póliza. |
| **Condición congénita:** | Cualquier condición, trastorno orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirida durante el desarrollo del feto en el útero o durante el nacimiento, y no por herencia, independientemente de que sea evidente antes del nacimiento, al momento del nacimiento o se manifieste posteriormente. |
| **Cirugía o procedimiento quirúrgico:** | Procedimiento de diagnóstico invasivo, o el tratamiento de una enfermedad o lesión mediante operaciones manuales o instrumentales realizados por un médico colegiado, mientras el paciente se encuentra bajo los efectos de anestesia local o general. |
| **complicación:** | Que sobreviene en el curso evolutivo de una enfermedad o lesión accidental y que altera el pronóstico al dificultar o impedir su curación o control médico. |
| **Consulta médica:** | Es una visita o sesión con un Médico colegiado, legalmente autorizado para ejercer esta profesión. |
| **Copago:** | Es el monto fijo establecido en el Cuadro de Beneficios de la Caratula de la Póliza, que debe ser cubierto por el Asegurado(a) en el momento en el que este incurre en un siniestro. |
| **Participación del Asegurado:** | Establecido en Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza los gastos ocasionados por cada evento procedente. |
| **Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza:** | Listado que forma parte de la póliza que está en la carátula incluye beneficios cubiertos, límite de máximo de suma asegurada, deducible, copago, participación del Asegurado. |
| **Cuidados de custodia:** | Cualquier cuidado para ayudar a una persona incapacitada a suplir sus necesidades básicas personales. |
| **Deducible:** | Es la cantidad fija establecida en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, que será cubierto por cada Asegurado. Este desembolso puede ser en forma anual o por evento. |
| **Enfermedad:** | Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo. Son materia de esta póliza sólo las enfermedades que merecen tratamiento médico o quirúrgico. Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma enfermedad. |
| **Enfermedad preexistente:** | Es aquella cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura, independientemente de que la persona haya o no tenido conocimiento del diagnóstico, y/o que exista un diagnóstico médico previo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido. |
| **Experimental** | Cualquier tratamiento, procedimiento, medicamente, drogas, equipo, dispositivos, suministros u hospitalización que no haya sido aprobado para la |

| | |
|---|---|
| | indicación, aplicación específica en cuestión por el Ministerio de Salud de Guatemala, por la Agencia Food and Drug Administration de los Estados Unidos de América (FDA) por cualquier otra agencia federal, gubernamental, Ministerio o Secretaría de Salud de cualquier país, y cuya aprobación se requiere independientemente del lugar donde se incurra en los gastos médicos.<br>El hecho de que el tratamiento, medicamente, dispositivo, procedimiento, suministro o servicio sea la única esperanza de supervivencia del Asegurado no implica que deje de ser de carácter experimental, investigativo o destinado a la investigación. |
| **Gasto razonable acostumbrado:** | Gasto razonable usual y acostumbrado es todo cargo que cumpla con los requisitos siguientes:<br>• El valor que el proveedor de servicios médicos usualmente cobre o cobraría por un servicio igual o similar en el caso de que no existiera seguro.<br>• El valor que no exceda el cargo usual cobrado por la mayoría de los proveedores similares por el mismo o similar servicio o suministro dentro de la zona geográfica en la que sea prestado el servicio. |
| **Habitación privada:** | La habitación estándar de un Hospital autorizado por la autoridad competente, equipada para alojar a un solo paciente. |
| **Habitación semi-privada:** | La habitación estándar de un Hospital autorizado por la autoridad Competente, equipada para alojar a más de un paciente. |
| **Hospitalización:** | Para efectos de esta póliza, es la estancia continua en un hospital o sanatorio, siempre y cuando se haya comprobado y justificado para el padecimiento; dicho período empezará a correr en el momento en que El Asegurado ingrese como paciente interno. |
| **Inicio de Vigencia de la cobertura del Asegurado** | Se refiere a la fecha en la cual comienza la cobertura por primera vez, es decir, la primera contratación de la póliza, no siendo esta una renovación y/o rehabilitación. |
| **Padecimiento preexistente:** | Es aquel que:<br>a) Sus síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza.<br>b) Se haya efectuado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido.<br>c) Sus síntomas y/o signos son aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos. |
| **Pago Directo**: | Es el pago que realiza directamente la Aseguradora al prestador de servicios, con el cual ha celebrado un convenio, por la atención a los asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por la póliza. |
| **Período de espera**: | Es el período de tiempo establecido en la póliza y/o Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, a partir de la contratación del seguro, durante el cual la Aseguradora no cubre los gastos por la atención o tratamiento médico de ciertas enfermedades o padecimientos. |
| **Red de proveedores:** | Los médicos, hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y demás proveedores de servicios y suministros médicos, que se encuentren afiliados en la lista vigente de proveedores. Esta lista podrá ser modificada a decisión de la Aseguradora en el momento en que lo considere necesario y el Asegurado tendrá acceso a la información actualizada cuando él así lo solicite. |
| **Servicios Hospitalarios**: | Es todo tratamiento médico suministrado al Asegurado en un Hospital. Los servicios hospitalarios comprenden los cargos de habitación y alimentación, en caso de hospitalización; así como el uso de todas las facilidades médicas del |

| | |
|---|---|
| | hospital. Incluye todos los tratamientos y servicios médicos prescritos por un médico, incluso el cuidado intensivo cuando sea necesario. |
| **Trasplante de órgano:** | Procedimiento médicamente necesario donde los órganos, tejidos o células son quirúrgicamente trasplantados desde el donante vivo o muerto al receptor. |
| **Tratamiento:** | Servicios quirúrgicos o médicos necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia con el objeto de que el Asegurado(a) recupere o conserve su estado de salud, o que restaure su estado de salud previo. |
| **Unidad de Cuidados intensivos:** | Sección de un hospital designada como tal ya sea de facilidad general de cuidados intensivos o cualquier tipo de facilidades especializadas de cuidados intensivos, tales como unidades de cuidados coronarios, entre otros. Deberá estar permanentemente equipada y con persona para proveer cuidados mayores y estrecha vigilancia a pacientes gravemente enfermos o lesionados con enfermedades críticas que no pueden ser atendidos en otras habitaciones o salas normales del hospital |

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

# ANEXO
# VIDA
## Seguro de Gastos Médicos Individual

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada *"La Aseguradora"* y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la carátula de esta póliza.

### 1. COBERTURA
Si como consecuencia del fallecimiento del Asegurado por cualquier causa (Accidente o Enfermedad no preexistente), la Aseguradora pagará al Beneficiario o Beneficiarios la suma asegurada establecida para este anexo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

Cuando el fallecimiento del Asegurado sea a causa de cualquier enfermedad preexistente, se cubrirá siempre y cuando haya transcurrido el período de espera establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

### 2. SUICIDIO
En caso de suicidio del Asegurado ocurrido antes de que hubiesen transcurrido dos (2) años desde la celebración del contrato, la Aseguradora no estará obligada al pago de la indemnización convenida, sino únicamente a la devolución de las primas percibidas.

### 3. INDISPUTABILIDAD
Las omisiones o inexactas declaraciones del Asegurado, diferentes de las referentes a la edad, dan derecho a la Aseguradora a dar por terminado este anexo, pero dicho derecho caduca si la póliza ha estado en vigor, en vida del Asegurado, durante dos (2) años a partir de la fecha de su perfeccionamiento.

### 4. LÍMITES DE EDAD
Los límites de edad aparecen consignados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

### 5. EDAD
Si se declaró inexactamente la edad del asegurado, la Aseguradora solo podrá dar por terminado el contrato, si la edad real estuviere fuera de los límites de admisión fijados por la Aseguradora.

Si la edad real del asegurado estuviere dentro de los límites de admisión fijados por la Aseguradora y como consecuencia de la declaración inexacta de su edad, se hubiera fijado una prima menor o mayor, la suma asegurada a pagarse será la que corresponda al importe que el asegurador hubiere asegurado, según sus tarifas vigentes al celebrarse el contrato, de acuerdo con la prima efectivamente pagada.

Si la edad del Asegurado fuere inferior a la declarada y ello se descubre en vida, ésta podrá optar entre lo dispuesto en el párrafo anterior o la devolución de la prima no devengada.

Para el cálculo mencionado se aplicarán las tarifas que hubieran estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

### 6. EXCLUSIONES
La suma asegurada de este anexo no será pagadero si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquiera de las siguientes causas:

a) Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas (medie o no declaración de guerra), guerra civil, golpe militar, actos de terrorismo, insurrección, rebelión, revolución, poder militar o usurpación de poder, ley marcial,

amotinamiento, disturbio, conmoción civil, alboroto popular, levantamientos.

b) Participación en fuerza armada o actividad relacionada con la conservación de la paz.
c) Contaminación radioactiva, fisión o fusión nuclear.
d) Ingesta de drogas diferentes a las que están indicadas por un médico calificado, abuso de alcohol o ingesta de veneno.
e) Actos delictivos cometidos, en calidad de autor, cómplice, encubridor.
f) Vuelos no regulares. Se considerarán vuelos regulares, los vuelos que cumplan con cada una de las siguientes condiciones:

I. El vuelo debe estar programado para despegar y aterrizar en aeropuertos con código IATA.
II. Todos los miembros de la tripulación deberán tener las licencias válidas y vigentes para el vuelo.
III. El vuelo deberá estar programado para una ruta de pasajeros establecida de acuerdo con un programa de vuelos publicado.

## 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

### 7.1 Obligaciones del Beneficiario en caso de siniestro

En todo momento del reclamo, el Beneficiario o Beneficiarios deberán presentar la póliza, original de Certificado de defunción del Asegurado, Certificado de nacimiento del Asegurado, documento de identificación personal del (o los) beneficiario(s) y aquella documentación adicional que la Aseguradora requiera según las circunstancias del fallecimiento.

### 7.2 Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado ocurrido durante la vigencia de la póliza, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla. Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales, y legales del caso, la Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha de haber completado toda la documentación requerida, el pago de la indemnización podrá realizarse directamente en las oficinas de la Aseguradora.

### 7.3 Prueba de muerte

La Aseguradora tendrá el derecho y la oportunidad si así lo requiere, de solicitar la realización de una autopsia en caso de muerte, de conformidad con lo establecido en la ley. Todos los gastos que estos exámenes y autopsia originen serán cubiertos por la Aseguradora.

## 8. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir lo siguiente:

a. Cualquiera de las condiciones estipuladas en la cláusula 21 Terminación de Cobertura de las Condiciones Generales.
b. Al final de la fecha de vigencia, una vez que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de terminación.
c. Al finalizar la vigencia de la póliza.
d. Al fallecimiento del Asegurado.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número_____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo

# ANEXO
# GASTOS FUNERARIOS
## Seguro Gastos Médicos Individual

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada *"La Aseguradora"* y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la carátula de esta póliza.

### 1. COBERTURA

Si como consecuencia del fallecimiento del Asegurado por cualquier causa (Accidente o Enfermedad no preexistente), la Aseguradora pagará al Beneficiario o Beneficiarios la suma asegurada para gastos funerarios establecida para este anexo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

Cuando el fallecimiento del Asegurado sea a causa de cualquier enfermedad preexistente, se cubrirá siempre y cuando haya transcurrido el período de espera establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

### 2. SUICIDIO

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido antes de que hubiesen transcurrido dos (2) años desde la celebración del contrato, la Aseguradora no estará obligada al pago de la indemnización convenida, sino únicamente a la devolución de las primas percibidas.

### 3. INDISPUTABILIDAD

Las omisiones o inexactas declaraciones del Asegurado, diferentes de las referentes a la edad, dan derecho a la Aseguradora a dar por terminado este anexo, pero dicho derecho caduca si la póliza ha estado en vigor, en vida del Asegurado, durante dos (2) años a partir de la fecha de su perfeccionamiento.

### 4. LÍMITES DE EDAD

Los límites de edad aparecen consignados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

### 5. EDAD

Si se declaró inexactamente la edad del asegurado, la Aseguradora solo podrá dar por terminado el contrato, si la edad real estuviere fuera de los límites de admisión fijados por la Aseguradora.

Si la edad real del asegurado estuviere dentro de los límites de admisión fijados por la Aseguradora y como consecuencia de la declaración inexacta de su edad, se hubiera fijado una prima menor o mayor, la suma asegurada a pagarse será la que corresponda al importe que el asegurador hubiere asegurado, según sus tarifas vigentes al celebrarse el contrato, de acuerdo con la prima efectivamente pagada.

Si la edad del Asegurado fuere inferior a la declarada y ello se descubre en vida, ésta podrá optar entre lo dispuesto en el párrafo anterior o la devolución de la prima no devengada.

Para el cálculo mencionado se aplicarán las tarifas que hubieran estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

### 6. EXCLUSIONES

Este anexo no será pagadero si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquiera de las siguientes causas:

a) Guerra, invasión, actos de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas (medie o no declaración de guerra), guerra civil, golpe militar, actos de terrorismo, insurrección, rebelión, revolución, poder militar o usurpación de poder, ley marcial,

amotinamiento, disturbio, conmoción civil, alboroto popular, levantamientos.

b) Participación en fuerza armada o actividad relacionada con la conservación de la paz.
c) Contaminación radioactiva, fisión o fusión nuclear.
d) Ingesta de drogas diferentes a las que están indicadas por un médico calificado, abuso de alcohol o ingesta de veneno.
e) Actos delictivos cometidos, en calidad de autor, cómplice, encubridor.
f) Vuelos no regulares. Se considerarán vuelos regulares, los vuelos que cumplan con cada una de las siguientes condiciones:
   I. El vuelo debe estar programado para despegar y aterrizar en aeropuertos con código IATA.
   II. Todos los miembros de la tripulación deberán tener las licencias válidas y vigentes para el vuelo.
   III. El vuelo deberá estar programado para una ruta de pasajeros establecida de acuerdo con un programa de vuelos publicado.

## 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN

### 7.1 Obligaciones del Beneficiario en caso de siniestro

En todo momento del reclamo, el Beneficiario o Beneficiarios deberán presentar la póliza, original de Certificado de defunción del Asegurado, Certificado de nacimiento del Asegurado, documento de identificación personal del (o los) beneficiario(s) y aquella documentación adicional que la Aseguradora requiera según las circunstancias del fallecimiento.

### 7.2 Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado ocurrido durante la vigencia de la póliza, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada para gastos funerarios correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla. Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales, y legales del caso, la Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha de haber completado toda la documentación requerida, el pago de la indemnización podrá realizarse directamente en las oficinas de la Aseguradora.

## 8. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir lo siguiente:

a. Cualquiera de las condiciones estipuladas en la cláusula 21 Terminación de Cobertura de las Condiciones Generales.
b. Al final de la fecha de vigencia, una vez que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de acuerdo a lo establecido a los límites de edad de esta cobertura.
c. Al finalizar la vigencia de la póliza.
d. Al fallecimiento del Asegurado.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número_____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

# ANEXO
# MUERTE ACCIDENTAL
## Seguro de Gastos Médicos Individual

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada *"La Aseguradora"* y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la carátula de esta póliza.

### 1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al (los) beneficiario(s) designado(s) en el Cuadro de Beneficios de la Caratula de la póliza la suma asegurada contratada para este Anexo, cuando el Asegurado sufra la muerte accidental, durante la vigencia de la presente póliza o cuando la muerte ocurra dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de haber sufrido el accidente.

Para los efectos de esta Anexo se define como accidente lo estipulado en el apartado de Definiciones de las Condiciones Generales de la Póliza.

### 2. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, las que se establecen en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la póliza.

### 3. EXCLUSIONES

Esta cobertura no será pagadera si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquiera de las siguientes causas:

a. Suicidio, conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
b. Accidente ocurrido mientras o porque el asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
c. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.
d. La muerte causada por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.
e. La participación del Asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, carreras, contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia, velocidad, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, práctica de deportes riesgosos, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos pero no limitados a: pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o ejercite como profesión el béisbol o el fútbol/softbol.
f. Postración por calor e insolación.

g. Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
h. Cualquier enfermedad o dolencia corporal o mental como enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis que contribuya total o parcialmente a la muerte o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes cubiertos.
i. Accidentes como consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, desvanecimiento, sonambulismo.
j. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).
k. Pilotos, ayudantes de transporte público remunerado a excepción de los casos previamente aceptados por la Aseguradora.

## 4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

### 4.1 Pago de reclamación

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento accidental ocurrido durante la vigencia de la póliza, se indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibir la indemnización.

### 4.2 Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado ocurrido durante la vigencia de la póliza, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla. Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los diez (10) días establecidos en la Ley Actividad Aseguradora.

### 4.3 Prueba de muerte

La Aseguradora tendrá el derecho y la oportunidad si así lo requiere, de solicitar la realización de una autopsia en caso de muerte de conformidad con lo establecido en la ley. Todos los gastos que estos exámenes y autopsia origen serán cubiertos por la Aseguradora.

## 5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

a. Cualquiera de las Condiciones estipuladas en la Cláusula 21 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
b. Al fallecimiento del Asegurado.
c. Al alcanzar el Asegurado la edad máxima de permanencia de acuerdo a la edad máxima de renovación.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número_____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo

# ANEXO
# MUERTE ACCIDENTAL ESPECIAL
## Seguro Gastos Médicos Individual

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada *"La Aseguradora"* y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la carátula de esta póliza.

### 1. COBERTURA

La Aseguradora pagará al (los) beneficiario(s) designado(s) en el Cuadro de Beneficios de la carátula de la póliza la suma asegurada cuando el Asegurado, sufra la muerte accidental especial, durante la vigencia de la presente póliza.

La indemnización por este Anexo se pagará si la muerte es causada por los siguientes eventos:

a. Mientras viajare como pasajero en un vehículo aéreo que sea operado por una empresa autorizada de transporte aéreo comercial de pasajeros, en vuelo regular sujeto a itinerario, sobre una ruta establecida para servicio de pasajeros.
b. Mientras viajare como pasajero, con boleto pagado, en cualquier vehículo público que no sea aéreo, impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.
c. Mientras viajare como pasajero en un ascensor que opera para servicio al público, (con exclusión de los ascensores en las minas, de las obras en construcción o similares).
d. A causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encontrase el Asegurado a iniciarse el incendio.

### 2. LÍMITES DE EDAD

Las edades de contratación serán, los que se establecen en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la póliza.

### 3. EXCLUSIONES

Esta cobertura no será pagadera si la reclamación o algún evento sufrido por el Asegurado es directa o indirectamente ocasionado o agravado como resultado de cualquiera de las siguientes causas:

a. Suicidio, conato de suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
b. Accidente ocurrido mientras o porque el Asegurado esté bajo la influencia del alcohol, estupefacientes, drogas, enervantes, o psicotrópicos de uso ilegal o sin receta médica prescrita por un doctor legalmente autorizado para ejercer su profesión.
c. Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que participe el Asegurado directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por su provocación. Esta exclusión no aplica en casos donde se establezca judicialmente de que se ha tratado de legítima defensa o de cumplimiento de un deber de solidaridad humana como lo estipula el art. 904 del Código de Comercio.
d. Lesiones corporales o la muerte causadas por armas de fuego, armas contundentes o punzocortantes.

e. La participación del asegurado en actos temerarios, imprudentes o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, carreras, contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia, velocidad, desafío o actividad notoriamente peligrosa o imprudente, práctica de deportes riesgosos, entendiendo por tales, aquellos donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas. Ejemplos de deportes riesgosos, pero no limitados a pesca en alta mar (entendiéndose como tal la que se efectúe a más de 3 millas de la costa), buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales o cualquier deporte de contacto similar; o ejercite como profesión el béisbol o el fútbol/softbol.
f. Postración por calor e insolación.
g. Hernia, infección bacteriana (excepto la infección piógena originada por una cortadura o herida recibida en accidente).
h. Cualquier enfermedad o dolencia corporal o mental como enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis que contribuya total o parcialmente a la muerte o por tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes cubiertos.
i. Accidentes como consecuencia de ataques cardiacos, epilépticos, desvanecimiento, sonambulismo.
j. Veneno, gas o vapores (ingerido o inhalado voluntariamente o involuntariamente).
k. Pilotos, ayudantes de transporte público remunerado a excepción de los casos previamente aceptados por la Aseguradora.

## 4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

### 4.1 Pago de reclamación

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento accidental especial y verificación que cumple con las causas que se indican en este anexo, durante la vigencia de la póliza se indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibir la indemnización.

### 4.2 Pago del Reclamo

Al recibir la Aseguradora pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado ocurrido durante la vigencia de la póliza, la Aseguradora indemnizará la suma asegurada correspondiente a la persona o personas, que, por su calidad de beneficiario(s), tengan derecho a recibirla. Una vez que se hayan practicado las verificaciones o investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso, la Aseguradora procederá al pago de la reclamación dentro de los diez (10) días establecidos en la Ley Actividad Aseguradora.

### 4.3 Prueba de muerte

La Aseguradora tendrá el derecho y la oportunidad si así lo requiere, de solicitar la realización de una autopsia en caso de muerte de conformidad con lo establecido en la ley. Todos los gastos que estos exámenes y autopsia origen serán cubiertos por la Aseguradora.

## 5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente anexo terminará al ocurrir:

a. Cualquiera de las Condiciones estipuladas en la cláusula 21 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
b. Al fallecimiento del Asegurado.
c. Al alcanzar el asegurado la edad máxima de permanencia de acuerdo a la edad máxima de renovación.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número_____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo

# ANEXO
# PLAN DENTAL
## Seguro Gastos Médicos Individual

Este anexo se adhiere y forma parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A., en adelante denominada *"La Aseguradora"* y el Asegurado.

La vigencia del presente anexo y la prima correspondiente se encuentran incluidas en la carátula de esta póliza.

Número de póliza _____ Plan: _____

Fecha de inicio de vigencia: _____ Fecha de fin de vigencia: _____

Nombre del Asegurado Titular _____

Asegurado(s) dependiente(s): _____

## 1. COBERTURA

El Asegurado cubierto en este anexo, tendrá derecho al Beneficio de Gastos Dentales tal como se define más adelante, consistiendo en una suma asegurada para cubrir los gastos incurridos por el Asegurado titular y/o su(s) dependiente(s) durante la vigencia del presente Anexo. Los gastos por este anexo serán cubiertos por la Aseguradora debitando el monto correspondiente al deducible, copago y participación del Asegurado establecida en el numeral **2 Beneficios Cubiertos**.

La cantidad máxima de los beneficios de gastos dentales, sistema de utilización y participación del Asegurado(s) serán indicados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

Si en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza no aparece este anexo, estos no estarán cubiertos, por lo tanto, ninguna de las estipulaciones referentes al Plan Dental serán cubiertas.

## 1.2. LÍMITE DE COBERTURA GEOGRÁFICA

Límite territorial de cobertura, los beneficios de gastos dentales se prestarán únicamente dentro del territorio de la República de Guatemala.

## 2. BENEFICIOS CUBIERTOS

Los Gastos Dentales elegibles consistirán en gastos incurridos por el tratamiento dental por cualquiera de los servicios, suministros o tratamientos de las siguientes Fases:

| Cobertura | Suma Asegurada máxima | Copago/ Deducible | Eventos al año |
|---|---|---|---|
| Fase I – Servicios Preventivos | | | |
| Fase II – Servicios Preventivos II | | | |
| Fase III- Servicios Mayores | | | |

| | | |
|---|---|---|
| Fase IV - Ortodoncia | | |

Sistema de utilización: _____

## 2.1 PERÍODO DE ESPERA:

Este Anexo contiene un Período de espera por cobertura y procedimiento, comenzando a partir de la fecha de inicio de cobertura del Asegurado en este Anexo, hasta el período máximo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

## 3. EXCLUSIONES

Este Anexo no ampara los eventos que tengan origen o estén relacionados con alguna de las siguientes causas:

1. Tratamientos complementarios a los contemplados dentro de la cobertura (sedación, rehabilitación, ortodoncia).
2. Tratamientos o procedimientos estéticos para fines de embellecimiento y/o cualquier cirugía reconstructiva dental.
3. Tratamientos originados en enfermedades mentales y/o lesiones sufridas por el Asegurado cuando éste se encuentre bajo efectos de sustancias sicotrópicas, alcohólicas o en estados de enajenación mental de cualquier etiología.
4. Lesiones y/o enfermedades sufridas en guerra, declarada o no, rebelión, revolución, asonada, motín o conmoción civil, cuando el titular sea partícipe de éstas.
5. Fenómenos de la naturaleza tales como inundaciones, terremotos, aluviones, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
6. Tratamientos o procedimientos que se requieran como consecuencia de la energía nuclear radioactiva.
7. Lesiones, accidentes o cualquier tipo de enfermedad derivada de la práctica de deportes de alto riesgo, tales como: paracaidismo, alas delta, motocross, motociclismo, automovilismo, aviación no comercial, montañismo y otros similares.
8. Tratamientos odontológicos, quirúrgicos u hospitalarios para pacientes en estado de muerte cerebral según los criterios éticos legales, clínicos y paraclínicos actuales para el diagnóstico de muerte cerebral.
9. Lesiones auto-infringidas y/o intento de suicidio.
10. Tratamientos hospitalarios y/o ambulatorios que se requieran como consecuencia o en virtud de la complicación de un tratamiento no amparado por este Anexo.
11. Procedimientos que exijan hospitalización, anestesia general o atención domiciliaria.
12. Tratamientos experimentales, aplicación de medicamentos y/o material importado no reconocido en el plan de asistencia odontológica, prótesis, implantes, rehabilitación oral, disfunciones de la articulación

temporomandibular, servicios de ortodoncia y/o ortopedia funcional, servicios con metales preciosos y/o cualquier tipo de porcelanas o cerámica, odontología cosmética, que no hayan sido descritos en las coberturas.

13. Procedimientos prestados por instituciones y odontólogos no adscritos a la red de proveedores de la Aseguradora.
14. Carillas para cambios de forma, tamaño o color de los dientes, o el cambio de amalgamas que se encuentren adaptadas y funcionales por resinas, así mismo restauraciones para sensibilidad dental, blanqueamientos de dientes vitales y no vitales, reparación de perforaciones dentales, y procedimientos pre-protésicos en general que no hayan sido descritos en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
15. Otros procedimientos no descritos dentro de las coberturas del plan.
16. Las complicaciones y secuelas generadas por el abandono del tratamiento, por parte del Asegurado. Se considera abandono cuando un paciente no asiste por espacio de treinta (30) días calendario a la cita para la continuidad del tratamiento odontológico iniciado.
17. Aquellos servicios otorgados al Individuo Asegurado o aquellos gastos por servicios o suministros que hayan sido obtenidos por el Individuo Asegurado, sin costo alguno para él, conforme las leyes o regulaciones de cualquier gobierno o agencia gubernamental.
18. Aquellos gastos 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.
19. Aquellos cargos por servicios dentales con fines cosméticos.
20. Aquellos cargos por reemplazo de dientes extraídos antes de la fecha efectiva de la cobertura del individuo asegurado bajo esta póliza.
21. Aquellos cargos por programas o instrucciones de higiene oral, dietética o de control de placas.
22. 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.
23. Aquellos cargos por protectores bucales o atléticos.
24. Aquellos cargos cobrados por el dentista en concepto de visita, a la cual el paciente no acudió.
25. Aquellos cargos por implantología.
26. Aquellos cargos por drogas o medicinas, excepto antibióticos inyectables administradas por un dentista o doctor como resultado de tratamiento dental.
27. 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.
28. Aquellos cargos por tratamientos iniciados mientras el individuo asegurado no estaba cubierto bajo esta póliza.
29. Cualquier tratamiento relacionado directa o indirectamente con Ortodoncia, Guardas Oclusales e implantación en general.
30. Extracción de cordales.
31. La Cirugía Maxilofacial en general, excepto en caso de accidente.
32. La Cirugía Ortognática para el tratamiento de las Hiperplasias, Hipoplasias del maxilar superior e inferior, la disfunción de la articulación temporomandibular, así como todas las anomalías congénitas, hereditarias o adquiridas durante el crecimiento.

## 4. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO O PAGO DE RECLAMO

### 4.1 PAGO DIRECTO

Aseguradora podrá ofrecer una red de proveedores de pago directo. En el caso que el Asegurado requiera y solicite la atención de los proveedores de la red podrá, hacer uso de este servicio previa autorización de la Aseguradora, esta efectuará el pago de los gastos dentales cubiertos por la póliza directamente a los proveedores de la red, quedando a cargo del Asegurado la participación que corresponde (deducible, copago, participación del Asegurado y los gastos no Cubiertos).

El servicio de pago directo estará sujeto a la oportunidad, viabilidad y procedencia del caso por parte de la Aseguradora.

Una vez aprobado el servicio de pago directo pactado con proveedores de la red, la Aseguradora pagará directamente a los proveedores de la red y no pagará ninguna otra cantidad por el servicio aprobado.

## 4.2 REEMBOLSO DE GASTOS DENTALES

El Asegurado titular podrá realizar reclamos a la Aseguradora por gastos incurridos con otros proveedores de servicios médicos que no figuren en la red de proveedores de conformidad con las condiciones de la póliza, debiendo entregar los siguientes documentos a la Aseguradora para iniciar el proceso del pago de la reclamación:

a) Formulario(s) de reclamación por reclamo acontecido que le sea proporcionado por la Aseguradora. Estos formularios deberán estar debidamente completados y firmados por el Asegurado titular. El (Los) formulario(s) será(n) proporcionados a los asegurados por los medios que la Aseguradora estime conveniente.
b) Facturas originales de cada proveedor Médico.
c) Fotocopia de los expedientes médicos y documentos correspondientes, si así se requiriera.

La Aseguradora podrá solicitar al Asegurado cualquier información que considere relevante, tales como resúmenes clínicos y reportes médicos; de igual forma, la Aseguradora podrá requerir al asegurado que se realice evaluación médica con el médico de la elección de la aseguradora (bajo el costo de la Aseguradora), quien a su vez proporcionará un reporte médico sobre la evaluación realizada al Asegurado.

Cuando se verifique que el reclamo procede conforme a lo estipulado en esta póliza, la Aseguradora pagará al Asegurado titular la cantidad razonable, usual y acostumbrada de los gastos que le hayan sido sometidos y aplicara deducciones: deducible, copago, participación del Asegurado y los gastos no cubiertos por esta póliza. La Aseguradora pagará los reclamos en los plazos establecidos en el artículo 34 de la Ley de la Actividad Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho a solicitar cualquier información adicional que considere necesaria para evaluar adecuadamente la naturaleza del siniestro.

## 5. TERMINACIÓN DE COBERTURA

La cobertura del presente Anexo terminará al ocurrir lo siguiente:

a. Cualquiera de las Condiciones estipuladas en la Cláusula 21 de Terminación de la Cobertura de las Condiciones Generales.
b. Al final de la fecha de vigencia, una vez que el Asegurado haya alcanzado la edad máxima de renovación de acuerdo a lo establecido a los límites de edad especificados en el Cuadro de beneficios de la Carátula de la póliza.
c. Al consumirse la Suma asegurada disponible para este Anexo, según se establece en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
d. Al finalizar la vigencia de la Póliza.
e. Al fallecimiento del Asegurado.

## 6. DEFINICIONES

Para los efectos de la interpretación y aplicación del presente Anexo se establecen las definiciones siguientes:

1. **Red de Proveedores:** Grupo de profesionales e instituciones debidamente acreditadas adscritas a la red de la Aseguradora en Guatemala para la prestación de los servicios contemplados.
2. **Odontólogo**: Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la odontología en Guatemala, deberá estar debidamente inscrito y vigente ante el Colegio Estomatológico de Guatemala y deberá demostrar una experiencia mínima de dos (2) años como Odontólogo.

3. **Tratamiento Dental**: Procedimiento médico odontológico realizado por profesional titulado en Odontología con el cual se busca devolver la salud dental perdida como consecuencia de una enfermedad dental o de un accidente que afecte la cavidad oral. El tipo de tratamiento cubierto depende de la descripción realizada en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la póliza.
4. **Preexistencia:** Son aquellas patologías o condiciones dentales que el Asegurado haya presentado con anterioridad a la fecha en que inicia la vigencia de este Anexo.
5. **Plan Dental:** Es la alternativa seleccionada por el Asegurado Titular en la solicitud .donde se indica claramente la Suma Asegurada por Cobertura, los alcances por cada Asistencia Odontológica, y la prima a pagar. Para efectos de la Cobertura de Gastos Odontológicos, el Asegurado Titular será el encargado de elegir el Plan que lo cubrirá a él y a su(s) Asegurado(s) dependiente(s) en el caso de tenerlos incluidos en la póliza y estarán especificados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número_____ del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.