PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

CONSENTIMIENTO
ESTE CONTRATO INCLUYE ACUERDO DE ARBITRAJE A ELECCIÓN DEL ASEGURADO

Póliza No. _____ Certificado No. _____
Código de Agencia _____ Iniciales del Empleado _____

Me adhiero a la solicitud para ser incluido como asegurado en la Póliza de Seguro Colectivo de Gastos Médicos, para lo cual suministro la siguiente información:

Datos del Contratante:

Nombre o Denominación Social:
Dirección:
Grupo Asegurado:
Relación o vinculo con el asegurado:

Datos Generales del Propuesto Asegurado o Asegurado Principal:

Nombres y Apellidos:
Dirección: Teléfono:
Municipio: Departamento: Ocupación:
Fecha de Nacimiento: Edad en años: Sexo: M ☐ F ☐ Nit:
No. de DPI/Cédula: Lugar de Emisión (Departamento y Municipio):
No. de Pasaporte: Peso (Libras): Estatura (metros y centímetros):
Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Otro ☐ _____ Fumador: Sí ☐ No ☐
Categoría: Contributiva: % de Contribución:

Datos de los Dependientes:

Nombre Completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Peso (Libras)	Estatura (metros y centímetros)

1. ¿Ha recibido o recibe usted o cualquiera de las personas arriba indicadas algún tratamiento, o ha sido avisado que usted o alguna de las personas arriba indicadas, sufre de alguna enfermedad abajo listada? Favor marcar SÍ o NO, según corresponda:

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Trastornos de las vías Digestivas			Trastornos del Recto			Cualquier Defecto, Amputación o Menoscabo Físico		
Trastornos de la Sangre (glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas, anemia, leucemia, etc.)			Trastorno Urinario (infección urinaria, cistitis, uretritis, etc.)			Enfermedad o Defecto de la Vista, Oído, Nariz o Garganta		
Venas Varicosas			Enfermedades Venéreas			Trastorno de la Vesícula Biliar		
Enfermedades Cardiacas			Trastorno de los riñones (pielonefritis, litiasis renal, insuficiencia renal aguda o crónica, neoplasia renal, etc.)			Albúmina o Azúcar en la Orina		
Desmayos o Mareos			Lesiones de la Cabeza o de la Espina Dorsal			Problemas de la Próstata		
Alta o baja Presión			Diabetes			Trastornos Femeninos (trastornos menstruales, infecciones, neoplasias, cáncer, etc.)		
Convulsiones			Cáncer, Tumor o Quiste			Preeclampsia, Eclampsia		
Trastornos Nerviosos, Depresión, Ansiedad			Hernias			Operación Cesárea		

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
Tuberculosis			Bocio			¿Está actualmente embarazada?		
Asma, Bronquitis			Sida			Abortos		
Dolores de Cabeza (severos)			Hemorroides			Partos Prematuros		
Fiebre Reumática			Cálculos Renales			Enfermedades de los Pechos, Ovarios, Matriz		
Diarrea Crónica			Trastornos Hepáticos			Alteraciones Menstruales		
Pérdida de Peso			Anemia			Otros no mencionados		
Trastornos Vasculares			Trastorno Glandular					
Artritis o Reumatismo								

		SÍ	NO
2.	¿Ha estado usted o sus dependientes como pacientes en un hospital, clínica o sanatorio, durante los tres últimos años?		
3.	¿Ha sido examinado o ha consultado, usted o sus dependientes, algún médico durante los tres últimos años?		
4.	¿Se le ha aconsejado a usted o a sus dependientes internarse en un hospital, clínica o sanatorio, para diagnóstico, reposo o tratamiento; pero, no lo hizo?		
5.	¿Se le ha aconsejado a usted o a sus dependientes una operación quirúrgica o tratamiento pero no lo hizo?		
6.	¿Usted o sus dependientes tienen conocimiento de algún defecto físico, deformidad o mala salud, no especificados anteriormente?		
7.	¿Tiene o ha tenido usted o sus dependientes, trastornos mentales o nerviosos a causa de drogas o estupefacientes?		
8.	¿A usted o a sus dependientes les ha sido alguna vez rechazada, aplazada, aceptada con recargo o modificada en modo alguno una solicitud de Seguro?		
9.	¿Ha estado alguna vez asegurado o tiene actualmente alguna Póliza de Gastos Médicos: Dé el nombre de la Compañía de Seguros y fecha de vigencia del Seguro:		

Si ha contestado Sí a algunas de las preguntas indicadas anteriormente, explique los detalles a continuación. Si necesita más espacio para ampliar la información médica, utilice una hoja adicional.

Pregunta No.	Fecha de Ocurrencia	Nombre de la persona de quien se detalla información	Condición y detalles (si fue operado especifiquelo)	Duración de la Incapacidad	Fecha de recuperación total (mes y año)	Nombres y direcciones de médicos y hospitales

Por medio del presente documento declaro que toda la información y respuestas a las preguntas anteriores son completas y veridicas, y que son la base sobre la que se solicita el seguro bajo la Póliza de Seguro Colectivo de Gastos Médicos. Por la presente autorizo a cualquier médico y/o cualquier hospital para que proporcione a Aseguradora Rural, S.A. cualquier información que solicite, con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización que mis dependientes incluidos en este consentimiento o yo haya recibido.

Lugar y Fecha_____ Firma del solicitante_____

Firma y Sello de la empresa contratante _____ Fecha _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

Fecha de Aprobación _____ Firma _____

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. del

CERTIFICADO INDIVIDUAL
SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

ESTE CONTRATO INCLUYE ACUERDO DE ARBITRAJE A ELECCIÓN DEL ASEGURADO

No. de Póliza: No. de Certificado: Fecha de Ingreso al Seguro:

Según inscripción en el registro de asegurados de la Póliza de Gastos Médicos arriba citada, emitida por esta compañía en favor de , aseguramos a:

Datos Generales del Asegurado Principal

Nombres y Apellidos:
NIT:
Fecha Nacimiento:
Dirección:
Departamento:
No. de DPI/ Cédula:
Teléfono:
Ocupación:
Municipio:
No. de Pasaporte:

Dependientes

Nombres y Apellidos	Fecha de Nacimiento	Parentesco

Cuadro de Beneficios
Vigentes Del Al

Beneficio	Máximo Vitalicio	Límite o Períodos de Espera	Deducible		% Participación del Asegurado	
			Anual	Por Evento	Mundial	Centroamérica

Este documento incluye las Condiciones Generales de la Póliza

Guatemala, de del

REVISADO **GERENTE GENERAL**

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. del

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS
CONDICIONES GENERALES

1. CONTRATO

La solicitud de seguro, la carátula de la póliza, estas condiciones generales, el Consentimiento-Certificado Individual, el registro de asegurados y cualquier anexo que se adhiera a la póliza forman parte del contrato celebrado entre Aseguradora Rural, S.A. y El Contratante. El Contratante, al recibir esta póliza, debe cerciorarse que concuerde con la solicitud presentada a La Compañía.

2. ESTIPULACION LEGAL

La presente póliza estará sujeta a lo que establece el artículo 673 del Código de Comercio, que por mandato legal se transcribe a continuación:

"ARTÍCULO 673". *Contratos mediante pólizas. 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".

3. DEFINICIONES

1. **Accidente**. Se entenderá por accidente, toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el Asegurado, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.

2. **Asegurado Principal**. Es la persona que, siendo directamente miembro del grupo asegurado, firma como responsable, en el Consentimiento-Certificado Individual.
3. **Asegurados.** Son el Asegurado Principal y sus dependientes elegibles amparados por las coberturas de esta Póliza.
4. **Año Calendario.** Es el período comprendido entre el uno (1) de enero y el treinta y uno (31) de diciembre de cualquier año, ambas inclusive.
5. **Consentimiento-Certificado Individual**. Es el documento por medio del cual las personas del grupo asegurable solicitan adherirse al seguro colectivo, que además constituye constancia emitida por la aseguradora de su inclusión en el seguro; contiene las condiciones particulares del asegurado y las principales condiciones generales de la póliza de seguro. Este documento puede ser sustituido por un

Consentimiento y un Certificado Individual de forma independiente, por lo que cuando en la póliza se lea Consentimiento-Certificado Individual puede referirse al Consentimiento o al Certificado Individual o a ambos documentos, según corresponda.

6. **Contratante**. Es la persona individual o jurídica que solicita el seguro y es responsable ante La Compañía de recaudar y pagar la prima del seguro en su totalidad.

7. **Participación del Asegurado**. Porcentaje a cargo del Asegurado que se aplica al monto total de gastos cubiertos en exceso del deducible para cada reclamación hasta el límite establecido en el Consentimiento-Certificado Individual. Dicho porcentaje queda indicado en el Consentimiento-Certificado Individual.

8. **Deducible.** Es la cantidad fija establecida en el Consentimiento-Certificado Individual, que será cubierta por cada Asegurado. A partir de esta cantidad La Compañía cubrirá los gastos incurridos objetos del seguro. Este desembolso puede ser en forma anual o por evento.
   a) Deducible anual. Este desembolso se hará en forma anual, por cada año de vigencia de la póliza y por cada Asegurado, independientemente del número de reclamaciones que se presenten durante el año.
   b) Deducible por evento. Este desembolso se hará por cada reclamación que se presente en la vigencia contratada.

9. **Dependientes elegibles**. Se entenderá por dependientes al cónyuge del Principal y los hijos hasta los dieciocho (18) años y en el caso en que los hijos sean estudiantes, solteros y sin remuneración hasta los veintiún (21) años de edad.

10. **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.

11. **Emergencia médica**. Se considera emergencia médica, cuando un padecimiento o accidente cubierto por la póliza, pone en peligro la vida o la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado, por lo cual, requiere atención médica inmediata e ingresa por el área de urgencias de un hospital dentro de las primeras 24 horas de ocurrido dicho padecimiento o accidente.

12. **Gasto médico razonable y acostumbrado**. Es el costo acostumbrado del tratamiento o intervención que se realice, de acuerdo al tabulador de honorarios médicos del país donde se recibió la atención médica. En relación al pago de honorarios médicos por atención en el extranjero, estos se efectuarán en base al costo razonable y acostumbrado del tratamiento o intervención que se realice de acuerdo al tabulador del país donde recibió la atención médica. En caso de no existir el costo razonable y acostumbrado, los pagos se efectuarán en base al

catálogo de médicos en convenio con La Compañía de los hospitales de mayor categoría en la plaza.

13. **Honorarios médicos**. Para esta póliza, es aquella remuneración que obtiene el profesional médico legalmente autorizado por los servicios que presta a los Asegurados.

14. **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.

15. **Hospitalización de emergencia.** Significa una hospitalización que es necesaria como consecuencia de un accidente grave o del surgimiento de una condición que pone en peligro la vida del Asegurado, y la cual requiere atención médica o tratamiento quirúrgico inmediatos para evitar la pérdida de la vida o un daño permanente a los órganos o sistemas del organismo.

16. **Hospitalización planificada.** Hospitalización que ha sido programada con anticipación por un médico legalmente autorizado para una fecha fijada en el futuro.

17. **La Compañía**: Aseguradora Rural, S.A.

18. **Límite de la participación**. Es el límite máximo que pagará el Asegurado por cada padecimiento cubierto. Dicho monto está indicado en el Consentimiento-Certificado individual.

19. **Máximo Vitalicio.** Suma total de dinero que será pagada por cada Asegurado bajo esta póliza durante la vigencia inicial y todas las renovaciones subsecuentes de la póliza.

20. **Padecimiento congénito**. Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento o después de varios años.

21. **Padecimiento preexistente**. Es aquel que:
    a) Sus síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza.
    b) Se haya efectuado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido.
    c) Sus síntomas y/o signos son aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos.

22. **Período al descubierto**. Es el lapso otorgado por la Compañía en el cual la póliza no está pagada, inicia al día siguiente de finalizado el periodo de gracia para el pago de primas y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada. No procederá el pago de reclamaciones por accidentes o enfermedades cuyos síntomas y signos se hayan manifestado durante ese período; ni como pago directo ni como reembolso.

23. **Período de espera.** Es el período de tiempo establecido en 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.

24. **Autorización para cirugías programadas y/o tratamientos médicos.** Servicio mediante el cual el Asegurado recibe, previo a su intervención quirúrgica, hospitalización, cirugía ambulatoria y/o tratamiento médico, la autorización para el pago directo al prestador de los servicios afiliado, en los términos de la Póliza.

25. **Segunda opinión médica**. En caso de que el médico tratante recomiende tratamiento quirúrgico, el Asegurado podrá pedir una segunda opinión médica con un médico distinto. Los gastos erogados por este concepto serán cubiertos por La Compañía.

26. **Trasplante.** Es el procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, efectuado durante el período de vigencia de esta póliza, mediante el cual se trasplanta en el cuerpo de un asegurado tejido proveniente de la médula ósea facilitado por un donante o por el mismo recipiente; o cualquiera de los órganos (o parte de uno de ellos), que hayan sido recibidos de un donante fallecido o vivo.

4. CONDICIONES

1. **Objeto del seguro**. La Compañía pagará los gastos médicos cubiertos incurridos que sean necesarios y acostumbrados, a consecuencia de una lesión corporal accidental o por tratamiento médico de una enfermedad, siempre y cuando no estén expresamente excluidos en este contrato. Los beneficios amparados en esta póliza son los estipulados en estas condiciones generales.

2. **Vigencia de la Póliza**. La vigencia será de un año, entrando en vigor desde la fecha que se estipula en la carátula de la póliza.

3. **Vigencia del Consentimiento-Certificado Individual.** La vigencia inicia en la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento-Certificado Individual y termina en la fecha fin de vigencia de la póliza.

4. **Renovación.** Este seguro se considerará renovado por períodos de un año, si dentro de los últimos treinta (30) días calendario de vigencia de cada período alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito de su voluntad de no renovarla. El pago de la prima acreditada, mediante la factura emitida en las formas usuales de La Compañía, se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

5. **Avisos y notificaciones**. Toda notificación a La Compañía deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio social que consta en la carátula de la póliza.

6. **Omisiones o inexactas declaraciones**. El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a La Compañía de acuerdo con el Consentimiento-Certificado Individual, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como lo conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.
   La omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refiere el párrafo anterior facultará a La Compañía a aplicar los artículos 908 al 910 del Código de Comercio de Guatemala.

7. **Moneda**. Tanto el pago de la prima como la indemnización a que dé lugar esta Póliza, son liquidables en la moneda en que fue contratada la misma.

8. **Solución de conflicto entre las partes.** Cualquier diferencia que pudiera surgir, agotada la vía conciliatoria, se resolverá, a elección del Asegurado o del beneficiario, acudiendo a los tribunales competentes del Departamento de Guatemala o por medio de un procedimiento arbitral, de conformidad con la Ley de Arbitraje y el Reglamento de Arbitraje del Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Guatemala, CENAC, observándose las siguientes reglas:

   Si el conflicto se fundase en la aplicación, interpretación y/o el cumplimiento del contrato, el asunto será sometido a Arbitraje de Derecho y si es en relación con el monto de la indemnización, será sometido a Arbitraje de Equidad.

9. **Terminación del Seguro.** La Póliza terminará automáticamente cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:
   a) El seguro correspondiente a cualquier Asegurado y su cónyuge cubierto terminará automáticamente en el aniversario de la póliza inmediato posterior a que éste cumpla la edad de sesenta y cinco (65) años.
   b) Cuando el Asegurado principal pierda la relación o vínculo con el contratante, los beneficios del seguro terminarán tanto para el Asegurado como para sus dependientes.
   c) El seguro correspondiente a los hijos dependientes del Asegurado terminará automáticamente en el aniversario de la póliza inmediato posterior a que éstos cumplan la edad de dieciocho (18) años, o en el caso de que sean estudiantes y no tengan un trabajo remunerado, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a que cumplan veintiún (21) años de edad.
   d) Por falta de pago de la prima, después del período de gracia y después del período al descubierto.
   e) Cuando un dependiente elegible pierda su calidad de tal. En este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente para la persona que pierde su calidad de dependiente económico, de acuerdo a los términos de este contrato.

10. **Prescripción.** Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos (2) años, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

5. LA PRIMA

1. **Prima.** La prima neta total de la póliza es la suma de las correspondientes a cada uno de los Asegurados de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación de la póliza y la edad alcanzada de cada Asegurado. En cada renovación o inclusión de Asegurados, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los mismos, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha.
   En caso de siniestro, La Compañía podrá deducir de la indemnización debida el total de la prima pendiente de pago o de la fracción de ésta no liquidada del Consentimiento-Certificado Individual, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.
   Las primas vencidas se pagarán en las oficinas de La Compañía contra factura que otorgue la misma.

2. **Forma de Pago.** La forma de pago de las primas es anual, sin embargo, el Contratante podrá solicitar el pago fraccionado de las mismas, de forma semestral, trimestral o mensual.

3. **Período de gracia para el pago de primas**. El Contratante gozará de un período de gracia de treinta (30) días calendario el cual iniciará a contar a partir de la fecha de vencimiento del pago para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato. A las veinticuatro horas del último día del período de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada.

   Si durante el período de gracia se produce algún siniestro la Compañía efectuará pago por accidentes o padecimientos cuyos síntomas o signos se presenten en dicho lapso. Si pasado el período de gracia, de treinta (30) días, no se efectúa el pago de prima, la Compañía no efectuará pago alguno por accidentes o padecimientos cuyos síntomas o signos se presenten a partir de este período de gracia.

4. **Rehabilitación**. El Contratante podrá rehabilitar su póliza al efectuar durante los treinta (30) días calendario siguientes de terminado el período de gracia el pago de la prima correspondiente. Y para tal efecto es necesario que:

   4.1 El Asegurado Principal o El Contratante lo solicite por escrito a la Compañía.
   4.2 Cumplan los requisitos que establezca la Compañía para ser asegurado de nuevo.

6. EL CONTRATANTE Y SUS OBLIGACIONES

Puede ser Contratante la persona individual o jurídica, capaz de celebrar la contratación de la Póliza con la aceptación de los componentes del Grupo Asegurado. La solicitud que ha servido de base para expedir la presente Póliza, ha sido suscrita por El Contratante.
Son obligaciones del Contratante:

a) Recaudar y pagar en las oficinas centrales de La Compañía, la prima de la Póliza.
b) Informar por escrito a La Compañía, adjuntando los documentos del caso en cuanto a:

   1. Nuevos ingresos al grupo, con su respectivo Consentimiento-Certificado Individual.
   2. Separaciones definitivas del grupo.
   3. Cualquier situación de los asegurados que afecte alguna de las cláusulas de la Póliza.
   4. Propuesta de modificación de las sumas aseguradas, a reserva de lo que La Compañía decida al respecto.

c) Dar a conocer a las personas que se aseguren, la necesidad de declarar exactamente la edad.

El Contratante que concluya sus obligaciones para con el Grupo Asegurado, debe notificarlo por escrito a La Compañía, en un término que no exceda de ocho (8) días, desde la fecha en que finalizaron sus obligaciones. La Compañía podrá decidir a su juicio, la rescisión de la Póliza durante los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha de haber recibido la notificación y sus obligaciones terminarán treinta (30) días calendario después de haber sido notificada la rescisión al nuevo Contratante. La Compañía reembolsará al Contratante, la parte proporcional de la prima pagada que pudiera resultar no devengada.

7. GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Se entenderá por gastos médicos cubiertos aquéllos que efectúe el Asegurado y/o sus Dependientes elegibles en el territorio establecido en el Consentimiento-Certificado Individual por los servicios y/o materiales médicos requeridos para la atención de cualquier accidente o enfermedad cubierta que, por indicación de un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión sean necesarios para el tratamiento del Asegurado.
En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos aquéllos que no sean razonablemente necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado, o que sean cargados por personas o instituciones que por su naturaleza o relación con el Asegurado y/o Dependientes elegibles no acostumbren o deban hacer tales cargos. Tampoco se pagará gasto alguno en exceso de la cantidad que usualmente se cobra por el servicio o medicamento de que se trate. Se considera que un gasto cubierto está incurrido en la fecha de suministro del servicio o de la compra de medicinas.

Los gastos médicos cubiertos son, y hasta los límites y máximos estipulados en la Carátula de la Póliza y el Consentimiento-Certificado Individual:

1. Habitación y alimentos, suministrados por un hospital.
2. Cama extra para un acompañante del Asegurado solamente para la cobertura en el territorio centroamericano.
3. Pago de honorarios por intervención quirúrgica, aplica en cirujanos.
4. Los honorarios de anestesista, primer ayudante y segundo ayudante, cuando sea necesario, hasta por un 30%, 20%, y 10% de los honorarios del cirujano respectivamente.
5. Gastos erogados a solicitud del Asegurado para una segunda opinión médica, en caso de que el médico tratante recomiende tratamiento quirúrgico.
6. Para la cobertura en el territorio Centroamericano: consultas médicas en el hospital, consultorio o en el domicilio del Asegurado limitado a diez consultas anuales durante la vigencia del presente contrato. Aquéllas que se requieran adicionalmente de acuerdo al padecimiento, serán con previa autorización del médico designado por La Compañía. Para el plan mundial la consulta al especialista será reconocida siempre y cuando dicha consulta haya sido ordenada por anticipado por el médico de cabecera.
7. Terapia radioactiva y quimioterapia, fisioterapia y otros semejantes excluyendo los demás de carácter psicológico o psiquiátrico.
8. Medicamentos consumidos por el Asegurado en el hospital y los adquiridos fuera de él, siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y se presente la nota de la farmacia acompañada de la receta médica correspondiente.
9. Exámenes de alergias.
10. Servicio de ambulancia terrestre dentro del territorio nacional por cualquier urgencia médica y facilidades quirúrgicas ambulatorias.
11. Compra o renta de aparatos ortopédicos y prótesis que se requieran a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta, ocurrido durante la vigencia de la póliza. Queda excluida la reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha del accidente o enfermedad.
12. Trasplante de órganos.
13. Gastos originados de las siguientes complicaciones del embarazo y parto de la Asegurada Principal o Cónyuge:
    a) Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.
    b) Los estados de fiebre puerperal.

c) Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica.
d) Mola hidatiforme (embarazo molar).
Cualquier otra complicación del embarazo no mencionada en este inciso no quedará cubierta.

14. Servicios generales de enfermería dentro y fuera del hospital.
15. Inhaloterapia en caso de estar incluida en los gastos hospitalarios; terapia ocupacional y física cuando sea suministrada por un hospital.
16. Transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros hemodiálisis y otras substancias semejantes.
17. Sala de operaciones, de terapia intensiva o intermedia, de terapia coronaria, de recuperación o de curaciones.
18. Análisis de laboratorio y patología, diagnóstico de Rayos X, electrocardiogramas, isótopos radioactivos, electroencefalogramas, exámenes de diagnóstico, de gabinete o de cualquier otro indispensable para el tratamiento y diagnóstico provocado por un accidente o enfermedad cubierta.
19. Gastos originados por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones.
20. Enfermedades y anomalías congénitas de los Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza.
21. Maternidad, con un período de espera de once (11) meses, para Aseguradas Principales y cónyuges dependientes del Asegurado Principal limitado a parto normal u operación cesárea y atención a recién nacidos. Quedarán cubiertos los gastos que se eroguen a partir del nacimiento del nuevo Asegurado dependiente.
22. Cirugía ortopédica.
23. Aparato para el funcionamiento artificial del corazón y riñones.
24. Servicio de cuarto de emergencia dentro de las setenta y dos (72) horas después de haber ocurrido un accidente o emergencia médica.
25. Tratamientos médicos o quirúrgicos por padecimientos de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se haya notificado a La Compañía sobre el nacimiento, a más tardar a los treinta (30) días calendario de ocurrido el hecho.
26. Cuando efectuado un procedimiento quirúrgico, otro sea necesario incidentalmente y deba ser practicado a través de la misma incisión, o en el mismo orificio natural del cuerpo, o en el mismo campo operatorio, el pago será únicamente por el procedimiento mayor. Cuando ocurran dos cirugías en un mismo tiempo quirúrgico y diferente área anatómica, la segunda se pagará al 50% de su costo habitual.
27. Tratamientos médicos o quirúrgicos por padecimientos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta.
28. Honorarios de médicos quiroprácticos que cuenten con cédula profesional, siempre y cuando sean recomendados por el médico tratante.
29. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), quedará cubierto hasta un máximo porcentual del máximo vitalicio contratado, según se especifica en el Cuadro de Beneficios
30. El control pediátrico que incluye la consulta médica al Pediatra y las vacunas.

8. EXCLUSIONES

1. Padecimientos preexistentes.

2. Tratamientos y padecimientos que resulten a consecuencia de alcoholismo o toxicomanía.
3. Lesiones que ocurran cuando el Asegurado esté bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas, enervantes, estimulantes o similares que no hayan sido prescritos por un médico y que no aparezcan como cubiertas en esta póliza.
4. Tratamientos originados por trastornos de la conducta y el aprendizaje, así como por enajenación mental, estado de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis; en general cualquier tratamiento psicológico, psíquico o psiquiátrico.
5. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales excepto cuando sean a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.
6. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubierta ocurridos durante la vigencia de este seguro.
7. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia.
8. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up, tratamientos preventivos o en vías de experimentación.
9. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en un sanatorio u hospital, salvo cama extra en el plan centroamericano.
10. Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución y rebelión.
11. Suicidio, Conato de suicidio, lesiones o mutilaciones originadas por el Asegurado, estando o no en uso de sus plenas facultades mentales.
12. Lesiones originadas por riñas o actos delictivos intencionales y sus consecuencias, en las que participe directamente el Asegurado.
13. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, en vehículos de cualquier tipo.
14. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
15. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de deportes peligrosos como: esquí, deportes aéreos, buceo, charrería, cacería, hockey, equitación, go-karts, alpinismo, montañismo, motociclismo terrestre o acuático, espeleología, rapel, tauromaquia, box, lucha libre, lucha greco romana y artes marciales.
16. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
17. Afecciones propias del embarazo y del parto, abortos y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio que no se encuentre entre las cubiertas por esta póliza.
18. Legrado uterino cualquiera que sea su causa.
19. Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad, y sus complicaciones, inseminación artificial y/o la implantación de embriones in vitro.
20. Aparatos auditivos, lentes intraoculares, lentes de contacto y anteojos.

21. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie, la reducción de peso o la obesidad y delgadez sin causa orgánica.
22. Tratamientos médicos o quirúrgicos por malformaciones y padecimientos congénitos y sus consecuencias, de Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza.
23. Circuncisiones, cualquiera que sea su causa.
24. Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.
25. Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por acupunturistas, naturistas y vegetarianos.
26. Ambulancia aérea.
27. Tratamientos experimentales para investigación o de un valor médico dudoso que será determinado por un médico autorizado para el ejercicio de su profesión. Ejemplos de tratamientos de esta categoría son: biofeedback, acupuntura, hipnosis, terapia y análisis de pelo.
28. Tratamiento de cirugía para optar un cambio de sexo, o para mejorar o restaurar la función sexual, excepto en los casos en que dicho problema exista a consecuencia de alguna enfermedad orgánica o causada por algún accidente, en cuyo caso se cubre solo el primer tratamiento, excluyendo el reemplazo o injerto de prótesis del pene.
29. Gastos por el tratamiento de problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura, excepto los ocasionados por accidentes ocurridos durante la vigencia de la póliza.
30. 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.
31. Cargos en conexión de los gastos del síndrome cerebral resultando en casos de senilidad o deterioro cerebral.
32. Cualquier tratamiento médico o quirúrgico de hallux valgus ("juanetes").
33. Compra o renta de zapatos ortopédicos.
34. Cargos de reconstrucción de las vías nasales excepto para corregirlas en los siguientes casos, en los que quedarán cubiertas con un periodo de espera de doce (12) meses:
    a) Un accidente que haya ocurrido noventa (90) días antes de la cirugía.
    b) Remoción o tratamiento de cáncer en la nariz, sujeto a una segunda opinión médica.
    c) Infección crónica de sinusitis, sujeto a una segunda opinión médica.
35. Lesiones resultantes de la terapia de Rayos X, radioterapia, radium e isótopos, aplicada sin la disposición o la supervisión médica correspondiente.
36. Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento que sean originados por la negligencia del propio paciente en perjuicio de su rehabilitación.
37. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.
38. Maternidad a las dependientes hijas del Asegurado Principal.

9. INDEMNIZACIONES

1. Procedimiento en caso de siniestro y pago de indemnización

1.1 Es obligación del Asegurado dar aviso por escrito a La Compañía 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.
1.2 En toda reclamación deberá comprobarse a La Compañía la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a La Compañía los formularios de declaración correspondiente, que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales y cualquier otro trámite que La Compañía juzgue necesario.
1.3 La Compañía solo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que no sean parientes directos del Asegurado; y los gastos de internación efectuados en sanatorios y hospitales legalmente autorizados. Previo a su intervención quirúrgica con hospitalización, cirugía ambulatoria y/o tratamiento médico, el Asegurado deberá recibir autorización de La Compañía para el pago de los mismos mediante un formulario debidamente firmado por el médico legalmente autorizado.
1.4 La Compañía no hará ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exige remuneración.
1.5 Cuando La Compañía lo considere necesario y a su costa, los Asegurados convienen en someterse a examen médico ante el médico que designe la primera, ya sea antes o después del tratamiento o intervención quirúrgica. En caso contrario, esto será causa de rechazo de la reclamación.
1.6 La Compañía podrá investigar y solicitar información a los médicos que hayan asistido a los Asegurados.
1.7 En caso de que se llegara a comprobar que para la presentación de una reclamación se utilizaron en cualquier forma informes médicos, facturas, cuentas, recetas o certificaciones fraudulentas, La Compañía quedará completamente libre de toda obligación y el Asegurado perderá todo derecho a indemnización. Adicionalmente, el Asegurado y sus dependientes, quedarán excluidos automáticamente de la póliza.
1.8 Las indemnizaciones que resulten conforme al presente contrato, serán liquidadas al Asegurado en el curso de los treinta (30) días calendario siguientes a la fecha en que reciba La Compañía las pruebas de los derechos del reclamante y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios contratados.
1.9 Si el Asegurado se atiende con hospitales y médicos en convenio, La Compañía pagará directamente al hospital o médico con convenio el importe de los gastos erogados de acuerdo a los límites y condiciones de esta póliza.
1.10 El importe por concepto de los honorarios médico quirúrgicos serán liquidados de acuerdo al costo razonable y acostumbrado por el tipo de tratamiento efectuado en el hospital o institución donde ocurra el evento.
1.11 En caso de fallecimiento del Asegurado, cualquier beneficio pendiente que no haya sido pagado, será liquidado directamente al médico y hospital en convenio, de lo contrario La Compañía reembolsará al familiar que demuestre fehacientemente que hizo el pago a nombre del Asegurado.
1.12 La Compañía tendrá derecho siempre que lo juzgue conveniente de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con el siniestro, la reclamación o las pruebas aportadas.

2. Sistema de pago directo

Es el beneficio mediante el cual La Compañía liquidará directamente al hospital los gastos que procedan por motivo del padecimiento, accidente o enfermedad cubierto por la póliza. Para efectos de pago directo se requiere ser atendido en hospitales bajo convenio y que se encuentre al día en el pago de sus primas de seguro.
También se podrá otorgar pago directo para cubrir honorarios médicos y laboratorios bajo convenio.

Este beneficio se otorgará bajo el siguiente procedimiento en el caso de:

A. Hospitalización programada para cirugía

Una vez que el Asegurado y su médico decidan la necesidad de ser internado, el Asegurado deberá realizar ante La Compañía, el trámite de solicitud para obtener la Solicitud de internamiento programado, a través del procedimiento siguiente:

1. Solicitar al médico tratante que justifique en su totalidad tanto el Informe médico e historia clínica, como la Solicitud de internamiento programado.
2. El Asegurado deberá llenar personalmente el formulario correspondiente de **"Aviso de accidente o enfermedad".**
3. Anexar a la documentación citada, todos los estudios de laboratorio que sirvieron de base para elaborar el diagnóstico del padecimiento.

Toda esta documentación deberá ser entregada a la Compañía, cuando menos cinco (5) días calendario previos a la fecha programada para la hospitalización.
Si procede la petición del Asegurado, la Compañía proporcionará la **"Orden de internamiento al Hospital"** al menos cuarenta y ocho (48) horas antes del ingreso programado; de lo contrario se le notificará al Asegurado mediante una carta de rechazo dichos motivos.

B. Hospitalización de urgencia, con estancia mayor a veinticuatro (24) horas

Cuando ocurre cualquiera de estas circunstancias, La Compañía recibirá el aviso por parte del hospital o de un familiar del Asegurado vía telefónica, una vez que el paciente ya se encuentre hospitalizado. El Asegurado deberá llevar a cabo el siguiente procedimiento:

1. Al llegar al hospital acudir al departamento de admisión e identificarse con su credencial vigente de Gastos Médicos de La Compañía.
2. Verificar que el departamento de admisión haya reportado el ingreso al hospital a la Compañía, para que éste lo ponga en contacto con el médico coordinador de turno.
3. Si procede el internamiento del Asegurado, La Compañía, le entregará la **"Orden de internamiento al Hospital"** en un plazo máximo de veinticuatro (24) horas, ya sea vía fax, correo electrónico o bien a través de la visita del médico coordinador.

3. Sistema de reembolso

Es el beneficio mediante el cual La Compañía reintegrará al Asegurado los gastos que procedan, descontando deducible y la participación del Asegurado, cuando éste haya pagado directamente al prestador de servicios. Funciona para aquellos gastos cubiertos por la póliza en los que:

a. El servicio médico se hubiere proporcionado por médicos o en hospitales que no estuvieran en convenio con La Compañía.
b. Por la situación de internamiento, no se hubiera autorizado el pago directo.

Para hacer efectivo el reembolso, el Asegurado deberá presentar la documentación correspondiente de acuerdo al siguiente procedimiento:

a. Deberá recabar todos los comprobantes de gastos, tales como: honorarios médicos (señalando el concepto), hospitalización, estudios de laboratorio (con la correspondiente solicitud médica del estudio), medicamentos (con su receta anexa). Todos los comprobantes deberán ser originales.
b. Llenar debidamente el formato Aviso de accidente o enfermedad, firmado por el Asegurado. Deberá presentarse un aviso por cada accidente o enfermedad.
c. Pedir a cada uno de los médicos que lo atendieron que llenen debidamente el formato, Informe médico e historia clínica. Deberá presentarse un informe por cada médico.
d. Anexar a los estudios de laboratorio que le fueron practicados, cada uno de los resultados incluyendo su interpretación o diagnóstico practicado.
e. La Compañía se reserva el derecho a solicitar cualquier información adicional que considere necesaria para evaluar adecuadamente la naturaleza del siniestro.
f. Cuando presente gastos y exista el antecedente de un gasto procedente ya reclamado, el Asegurado deberá mencionar el número de siniestro asignado. En este caso el reembolso no tendrá la aplicación por concepto de deducible, sin embargo el Asegurado deberá pagar la participación del Asegurado contratada, cuando corresponda.

4. Otros Seguros

Si los gastos cubiertos por el Asegurado en esta póliza estuvieran amparadas en todo o en parte por otros seguros en esta u otras Compañías que cubran los mismos riesgos, en caso de reclamación las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos, los que se liquidarán en proporción a la suma asegurada de cada póliza.

5. Edad

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado y ésta estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por La Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

a. Cuando a consecuencia de la inexacta declaración de edad, se pagare una prima menor de la que correspondería, por la edad real, la obligación de La

Compañía se reducirá a la que con la prima pagada hubiere podido comprar de acuerdo a la edad real, en la fecha de celebración de contrato.

b. Si a consecuencia de la inexacta declaración de edad se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, La Compañía estará obligada a reembolsar al Asegurado el 70% de la prima en exceso que hubiere pagado en el último año de vigencia de la póliza.

10. PERÍODOS DE ESPERA

Para los beneficios mencionados a continuación se establecen los períodos de espera siguientes:

a. Maternidad: Los gastos médicos por maternidad estarán cubiertos sujetos al límite establecido en el Cuadro de Beneficios. Este beneficio solo será efectivo cuando el embarazo se inicie dentro de la cobertura de póliza. El beneficio será diferido, cuando la asegurada (cónyuge del Asegurado Principal o Asegurada Principal) al salir de la cobertura del seguro y/o del grupo asegurado se encuentre embarazada, siempre y cuando haya tenido una cobertura continua de por lo menos once (11) meses bajo la presente póliza.
b. Trasplantes: El período de espera, especificado en el Cuadro de Beneficios, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia del Consentimiento-Certificado Individual. Durante este período los gastos incurridos por un Asegurado por concepto de trasplante, no se considerarán como gastos cubiertos para los efectos de la presente póliza en el caso de ocurrir cualquiera de los casos siguientes:
    1. Si la indicación médica para realizar un trasplante fue realizado por primera vez durante un período de sesenta (60) días calendario contados a partir del inicio de vigencia del Consentimiento-Certificado Individual.
    2. Si el trasplante es considerado una condición preexistente en los términos definidos en esta póliza.
c. Cálculos de vesícula y biliares, miomas y várices, senos paranasales, amígdalas, adenoides, hernias de cualquier tipo (cuando sea en columna vertebral inclusive extrusión y protusión), tumoraciones mamarias (benignas y/o malignas), padecimientos de la vesícula y vías biliares, cataratas, litiasis renal y de vías urinarias: El período de espera es de doce (12) meses continuos contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de elegibilidad, lo que ocurra de último. Durante este período los gastos incurridos por un Asegurado por cualquiera de los conceptos antes mencionados no se considerarán como gastos cubiertos para los efectos de la presente póliza.

11. MOVIMIENTOS EN LA COLECTIVIDAD ASEGURADA

a. Edades de elegibilidad

Tanto los Asegurados como los dependientes elegibles podrán ser aceptados bajo este seguro si su edad a la fecha de ingreso a la póliza es menor de sesenta y cuatro (64) años.
Para las personas que se encuentren aseguradas bajo la presente póliza, el amparo otorgado por la misma en caso de renovaciones se extenderá hasta la fecha en que cumplan sesenta y cinco (65) años de edad, quedando automáticamente excluidos en la siguiente renovación.

Los hijos dependientes elegibles, podrán ser aceptados bajo este seguro si su edad a la fecha de ingreso es menor a veintiún (21) años.

b. Altas de Asegurados

Las personas que cumplan los requisitos establecidos por la Compañía, podrán ingresar al Grupo Asegurado con posterioridad a las fechas de emisión o renovación de esta póliza, siempre que estas mantengan el vínculo o relación con el contratante. También podrá incluirse al cónyuge y los hijos del Asegurado, mediante el pago de la prima correspondiente. La Compañía cobrará al Contratante la parte de la prima que corresponda al tiempo que falte para concluir el período asegurado.

c. Bajas de Asegurados

Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado dejan de estar amparadas por la presente póliza desde el momento de dicha separación; quedando automáticamente sin validez alguna el Consentimiento-Certificado Individual de Seguro emitido a su favor por la Compañía. En este caso, la parte de la prima que resulte no devengada, será restituida al Contratante por la Compañía. El crédito por prima devengada, por cada miembro asegurado que cause baja, se determinará tomando en cuenta meses completos, devengando la Compañía la prima correspondiente al mes durante el cual suceda la baja. Se entiende que con la separación definitiva del Grupo Asegurado, también terminará la cobertura para su cónyuge e hijos asegurados.

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. del