**ANEXO "SALUD A SU ALCANCE"**
PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
(GRUPO)

Para adherir y formar parte de la póliza No._____
Certificado No._____
Emitido a nombre de:_____
Con vigencia del:_____al:_____

**CLÁUSULA PRIMERA:**
Por medio del presente Anexo se hace constar que no obstante y como pacto en contrario a lo indicado en las Condiciones Generales, Numeral 23 EXCLUSIONES GENERALES, el seguro se extiende a cubrir mediante el pago de la prima correspondiente, las Consultas Médicas descritas a continuación:

| CONSULTAS MÉDICAS |
|---|
| **48 consultas por Asegurado al año con cualquiera de los siguientes médicos especialistas:** |
| *Médico General |
| *Ginecólogo |
| *Pediatra |
| |

**CLÁUSULA SEGUNDA:**
La prima por las Consultas Médicas está incluida en la prima total de la póliza, a la cual se adhiere el presente Anexo.
Mediante el pago de la prima correspondiente, el Asegurado podrá incluir en esta cobertura a sus dependientes indicados en el Certificado.

Se define como Dependientes: Cónyuge o Conviviente del Asegurado; Hijos del Asegurado o del Cónyuge o Conviviente del Asegurado; Hijastros e Hijos legalmente adoptados; e Hijos para los cuales el Asegurado o Cónyuge o Conviviente del Asegurado ha sido designado como Tutor Legal o sobre los cuales tiene la patria potestad.

**CLÁUSULA TERCERA:**
**Límite Geográfico:** Las Consultas Médicas se prestarán únicamente dentro del territorio de la República de Guatemala.

**CLÁUSULA CUARTA:**
**Período de Espera:** Las Consultas Médicas descritas en el presente anexo, podrán ser utilizadas después de haber transcurrido 48 (cuarenta y ocho) horas de haber iniciado la vigencia de la cobertura de este Anexo.

**CLÁUSULA QUINTA:**
El Asegurado al momento de solicitar las Consultas Médicas debe comunicarse al número de teléfono que le proporcionará Aseguradora Rural, S.A, indicando nombre completo, número de cédula o D.P.I., número de póliza y número de Certificado para la coordinación de los servicios.

**CLÁUSULA SEXTA:**
Todas las Consultas Médicas serán pagadas por Aseguradora Rural, S.A., directamente a la red de proveedores y en ningún caso se realizarán reembolsos por dichos conceptos.

En fe de lo cual se firma y sella el presente anexo en la ciudad de Guatemala a los _____ días del mes de_____ del año _____.

**Representante Legal**

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos, según Resolución No.595-2012 del 24 de abril de 2012.

**ANEXO "PLAN ORO"**
PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
(GRUPO)

Para adherir y formar parte de la póliza No._____
Certificado No._____
Emitido a nombre de:_____
Con vigencia del:_____al:_____

**CLÁUSULA PRIMERA:**
Por medio del presente Anexo se hace constar que no obstante y como pacto en contrario a lo indicado en las Condiciones Generales, Numeral 23 EXCLUSIONES GENERALES, el seguro se extiende a cubrir mediante el pago de la prima correspondiente las Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas descritos a continuación:

| CONSULTAS MÉDICAS | EXÁMENES DE LABORATORIO | IMÁGENES DIAGNÓSTICAS |
|---|---|---|
| **48 consultas por Asegurado al año con cualquiera de los siguientes especialistas:** | **2 eventos por Asegurado al año de cada uno de los exámenes:** | **2 eventos por Asegurado al año de cada uno de los exámenes:** |
| -Médico General | -Examen de orina completo | **-Rayos X simples** |
| -Ginecólogo | -Cultivo de orina | **-Ultrasonidos** |
| -Pediatra | -Examen de heces completo | *Pélvico |
| | -Glicemia pre y post | *Vaginal |
| **Quienes pueden referir con: ESPECIALISTAS** | -Ácido Úrico | *Prostático |
| -Internista | -Perfil de lípidos | *Hepático |
| -Traumatólogo | **1 evento al año de cada uno de los exámenes:** | **1 evento al año de cada uno de los exámenes:** |
| -Gastroenterólogo | -Papanicolaou | **-Tomografías** |
| -Neurólogo | -Antígeno Prostático específico | *Cerebral |
| -Dermatólogo | Helycobacter Pylori en heces | *Abdomen inferior |
| -Cardiólogo | | *Abdomen superior |
| -Proctólogo | | *Senos paranasales |
| -Urólogo | | -Electrocardiograma |
| -Otorrinolaringólogo | | -Espirometría |
| | | -Electroencefalograma |
| | | -Pielograma |
| | | -Histerosalpingograma |
| | | -Mamografía bilateral |
| | | -Endoscopía (no cubre biopsia) |
| | | -Densitometría ósea de columna |

**CLÁUSULA SEGUNDA:**
La prima por las Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas está incluida en la prima total de la póliza, a la cual se adhiere el presente Anexo.
Mediante el pago de la prima correspondiente, el Asegurado podrá incluir en esta cobertura a sus dependientes indicados en el Certificado.

Se define como Dependientes: Cónyuge o Conviviente del Asegurado; Hijos del Asegurado o del Cónyuge o Conviviente del Asegurado; Hijastros e Hijos legalmente adoptados; e Hijos para los cuales el Asegurado o Cónyuge o Conviviente del Asegurado ha sido designado como Tutor Legal o sobre los cuales tiene la patria potestad.

**CLÁUSULA TERCERA:**
**Límite Geográfico:** Las Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas se prestarán únicamente dentro del territorio de la República de Guatemala.

**CLÁUSULA CUARTA:**
**Período de Espera:** Las Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas descritos en el presente anexo, podrán ser utilizados después de haber transcurrido 48 (cuarenta y ocho) horas de haber iniciado la vigencia de la cobertura de este Anexo.

**CLÁUSULA QUINTA:**
El Asegurado al momento de solicitar las Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas debe comunicarse al número de teléfono que le proporcionará Aseguradora Rural, S.A, indicando nombre completo, número de cédula o D.P.I., número de póliza y número de Certificado para la coordinación de los servicios.

**CLÁUSULA SEXTA:**
Todas las Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas serán pagados por Aseguradora Rural, S.A., directamente a la red de proveedores y en ningún caso se realizarán reembolsos por dichos conceptos.

En fe de lo cual se firma y sella el presente anexo en la ciudad de Guatemala a los ____ días del mes de_____ del año ____.

**Representante Legal**

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos, según Resolución No. 595-2012 del 24 de abril de 2012

**ANEXO "PLAN PLATA"**
PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
(GRUPO)

Para adherir y formar parte de la póliza No._____
Certificado No._____
Emitido a nombre de:_____
Con vigencia del:_____al:_____

**CLÁUSULA PRIMERA:**
Por medio del presente Anexo se hace constar que no obstante y como pacto en contrario a lo indicado en las Condiciones Generales, Numeral 23 EXCLUSIONES GENERALES, el seguro se extiende a cubrir mediante el pago de la prima correspondiente las Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas descritos a continuación:

| CONSULTAS MÉDICAS | EXÁMENES DE LABORATORIO | IMÁGENES DIAGNÓSTICAS |
|---|---|---|
| **48 consultas por Asegurado al año con cualquiera de los siguientes especialistas:** | **2 eventos por Asegurado al año de cada uno de los exámenes:** | **2 eventos por Asegurado al año de cada uno de los exámenes:** |
| *Médico General | *Examen de orina completo | *Rayos X simples |
| *Ginecólogo | *Cultivo de orina | |
| *Pediatra | *Examen de heces completo | |
| *Internista | *Glicemia pre y post | |
| *Traumatólogo | * Papanicolaou | |
| | **Para Papanicolaou aplica únicamente un evento al año.** | |

**CLÁUSULA SEGUNDA:**
La prima por las Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas está incluida en la prima total de la póliza, a la cual se adhiere el presente Anexo.
Mediante el pago de la prima correspondiente, el Asegurado podrá incluir en esta cobertura a sus dependientes indicados en el Certificado.

Se define como Dependientes: Cónyuge o Conviviente del Asegurado; Hijos del Asegurado o del Cónyuge o Conviviente del Asegurado; Hijastros e Hijos legalmente adoptados; e Hijos para los cuales el Asegurado o Cónyuge o Conviviente del Asegurado ha sido designado como Tutor Legal o sobre los cuales tiene la patria potestad.

**CLÁUSULA TERCERA:**
**Límite Geográfico:** Las Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas se prestarán únicamente dentro del territorio de la República de Guatemala.

**CLÁUSULA CUARTA:**
**Período de Espera:** Las Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas descritos en el presente anexo, podrán ser utilizados después de haber transcurrido 48 (cuarenta y ocho) horas de haber iniciado la vigencia de la cobertura de este Anexo.

**CLÁUSULA QUINTA:**
El Asegurado al momento de solicitar las Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas debe comunicarse al número de teléfono que le proporcionará Aseguradora Rural, S.A, indicando nombre completo, número de cédula o D.P.I., número de póliza y número de Certificado para la coordinación de los servicios.

**CLÁUSULA SEXTA:**
Todas las Consultas Médicas, Exámenes de Laboratorio e Imágenes Diagnósticas serán pagados por Aseguradora Rural, S.A., directamente a la red de proveedores y en ningún caso se realizarán reembolsos por dichos conceptos.

En fe de lo cual se firma y sella el presente anexo en la ciudad de Guatemala a los ____ días del mes de_____ del año ____.

**Representante Legal**

Texto registrado en la Superintendencia de Bancos, según Resolución No.595-2012 del 24 de abril de 2012