



Diagonal 6, 10-26 Zona 10  
9º. Nivel, Guatemala, C.A

### SOLICITUD DE SEGURO

Póliza nueva _____	___ Worldwild select ___ worldwild plus ___ preferred plus ___ Exclusive plus						
Adición de dependiente _____	<table border="0"> <tr> <td>Opción I</td> <td>Opción II</td> <td>Opción III</td> </tr> <tr> <td>___ Deducible \$1000</td> <td>___ Deducible \$2500</td> <td>___ Deducible \$5000</td> </tr> </table>	Opción I	Opción II	Opción III	___ Deducible \$1000	___ Deducible \$2500	___ Deducible \$5000
Opción I	Opción II	Opción III					
___ Deducible \$1000	___ Deducible \$2500	___ Deducible \$5000					

Asegurado Principal          DPI No/Pasaporte No. \_\_\_\_\_

APELLIDO	Nombre(s)	Parentesco	Sexo	Fecha nacimiento	de	Peso	Estatura	Prima Anual	
			M ___ F ___	Día / /	Mes	Año	Kgs _____ Lbs _____	M ___ P ___	\$

#### DEPENDIENTES

APELLIDO	Nombre(s)	Parentesco	Sexo	Fecha nacimiento	de	Peso	Estatura	Prima Anual	
			M ___ F ___	Día / /	Mes	Año	Kgs _____ Lbs _____	M ___ P ___	\$
			M ___ F ___	/ /			Kgs _____ Lbs _____	M ___ P ___	\$
			M ___ F ___	/ /			Kgs _____ Lbs _____	M ___ P ___	\$
			M ___ F ___	/ /			Kgs _____ Lbs _____	M ___ P ___	\$
			M ___ F ___	/ /			Kgs _____ Lbs _____	M ___ P ___	\$
								<b>IVA :</b>	
								<b>TOTAL:</b>	

¿Los hijos de 19 a 24 años, son estudiantes de tiempo completo? Si  No

Si su respuesta es afirmativa, mencione el nombre y el No. de teléfono de la universidad.

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

País de residencia \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Tel casa: \_\_\_\_\_ Tel Oficina: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Otra dirección \_\_\_\_\_

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.



Diagonal 6, 10-26 Zona 10  
9º. Nivel, Guatemala, C.A

Plan de seguro que solicita:

- Worldwide plus     Worldwild select     Preferred plus     Exclusive plus
- Opción I Deducible \$1,000     Opción II Deducible \$2,500     Opción III Deducible \$5,000

¿Desea solicitar un Seguro de Vida?    SI \_\_\_    NO \_\_\_

### SECCION A

¿Según su mejor entendimiento y conocimiento, hay alguna persona nombrada en esta solicitud que haya padecido de alguna de las siguientes enfermedades?

- SI\_\_\_ NO\_\_\_ Adicción al tabaco, (Fumador)  
SI\_\_\_ NO\_\_\_ Cáncer o tumores malignos  
SI\_\_\_ NO\_\_\_ Cálculos en los riñones, alteración en los riñones o en la vejiga, frecuencia urinario o ardor.  
SI\_\_\_ NO\_\_\_ Golter, alteración en la tiroides, diabetes.  
SI\_\_\_ NO\_\_\_ Epilepsia, enfermedades mentales o nerviosas, alteración del hígado.  
SI\_\_\_ NO\_\_\_ Adicto a las drogas por las cuales dicha persona ha sido tratada u hospitalizada.  
SI\_\_\_ NO\_\_\_ Alteración de la vesícula, hernia, alteración del estómago o de los intestinos, úlceras, hemorroides.  
SI\_\_\_ NO\_\_\_ Cataratas y otra alteración de los ojos.  
SI\_\_\_ NO\_\_\_ Tuberculosis, enfermedades pulmonares, asma o bronquitis.  
SI\_\_\_ NO\_\_\_ Artritis, reumatismo, artritis deformativa, padecimiento en la espina dorsal, gota  
SI\_\_\_ NO\_\_\_ Patología cardíaca, alteraciones de la presión arterial, anemia, fiebre reumática.  
SI\_\_\_ NO\_\_\_ (Femenino) Alteraciones menstruales o hemorragia menstrual, desorden en los órganos reproductivos.  
SI\_\_\_ NO\_\_\_ (Masculino) Alteraciones de la Próstata.  
SI\_\_\_ NO\_\_\_ SIDA (Síndrome Inmunológico de Deficiencia Adquirida)

### SECCION B

Además de las enfermedades mencionadas en la Sección A, a su mejor entendimiento y conocimiento. Habrá alguna persona nombrada en esta solicitud que:

- SI\_\_\_ NO\_\_\_ Haya consultado a un médico para tratamiento médico o quirúrgico, o para consejo de alguna otra enfermedad que no esté mencionada en la Sección A  
SI\_\_\_ NO\_\_\_ Haya tenido alguna alteración de buena salud que no haya sido mencionada en la Sección A o en la primera pregunta de esta sección.  
SI\_\_\_ NO\_\_\_ Haya tenido un examen físico

### SECCION C

Si usted ha indicado SI en alguna parte de la Sección A o Sección B, por favor indique por escrito la siguiente información. (Si se requiere más espacio para escribir, se puede dar más detalles en otra hoja)

Nombre del Paciente	Diagnóstico y Tratamiento	Fecha	Nombre y Dirección del Médico o Nombre y Dirección del hospital



Diagonal 6, 10-26 Zona 10  
9º. Nivel, Guatemala, C.A

**Queda entendido y convenido que:** (a) Aseguradora de los Trabajadores, S.A., (de aquí en adelante "La Compañía") se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier Solicitud de Seguro. La cobertura entrará en vigor el primero del mes siguiente a la fecha de aprobación de la Solicitud por parte de la Compañía. La cobertura provista por la compañía no estará en vigor hasta que la solicitud sea recibida y aprobada por la compañía y será efectiva el primer día del mes siguiente a la fecha de su aprobación. (B) 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 Compañía a dar por terminado el contrato de seguro. (C) Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud, autorizo a cualquier médico profesional, hospital, clínica u otra entidad, agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada medicamente para proveer a la Compañía la información que esta requiera, incluyendo registros respecto a consejos, cuidado(s) o tratamiento(s) proporcionado (sea a mi y/o a mis dependientes) sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.

---

Fecha

---

Firma del Solicitante

---

Nombre del Agente

---

Firma del Agente



Diagonal 6, 10-26 Zona 10  
9º. Nivel, Guatemala, C.A

## SEGUROS DE GASTO MÉDICOS MAYORES

PÓLIZA No. \_\_\_\_\_ VIGENCIA DESDE \_\_\_\_\_ (12:01 a.m.) HASTA \_\_\_\_\_ (12:01 a.m.)

Aseguradora de los Trabajadores, S.A., (en adelante llamada La Compañía), al recibir las pruebas fehacientes del caso, se compromete a pagar al asegurado, abajo indicado, los beneficios que constan en el Cuadro de Seguros del Plan

a: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado

Quien tendrá el derecho a tales beneficios, de acuerdo y con sujeción a las Condiciones Generales de esta Póliza.

Esta póliza se expide en consideración a la solicitud y al pago de la prima de US\$ \_\_\_\_\_ en forma anticipada  anual,  semestral,  mensual, para que entre en vigor en la fecha arriba indicada.

La Póliza terminará de acuerdo con lo especificado en las Condiciones Generales.

Todos los pagos relativos esta Póliza, se realizaran en dólares de los Estado Unidos, en las oficinas de Aseguradora de los Trabajadores, S.A.

Esta Póliza se expide y se acepta con el entendimiento de quedar sujeta a todos los privilegios y condiciones expuestos en esta página y en las subsiguientes de este documento, las cuales forman parte de la misma.

En testimonio de lo cual Aseguradora de los Trabajadores, S.A. extiende y sella la presente Póliza en la Ciudad de Guatemala, República de Guatemala, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Representante legal

**ESTE CONTRATO INCLUYE UN ACUERDO DE ARBITRAJE**

**CUADRO DE SEGUROS EXCLUSIVE PLUS PLAN  
LOS BENEFICIOS BAJO ESTA PÓLIZA ESTÁN SUJETOS A LO SIGUIENTE:  
MONEDA US\$**

I. CONDICIONES GENERALES ADJUNTAS

II. LÍMITE MÁXIMO VITALICIO POR ASEGURADO: 2,000,00

A) HASTA LA EDAD DE 80 AÑOS 250,000

B) DE 80 AÑOS HASTA EDAD 100

SUBLIMITES:

TRASPLANTE 250,000

MÁXIMO DIÁLISIS. CALENDARIO ANUAL 25,000

MÁXIMO POR DIÁLISIS VITALICIO 75,000

MÁXIMO POR TERAPIA FÍSICA: CALENDARIO ANUAL 1,000

III. LOS BENEFICIOS SÓLOS SE APLICARÁN PARA  
GASTOS ELEGIBLES EN HOSPITALIZACIÓN

INCURRIDOS EN HOSPITALES SELECTOS

DEDUCIBLE POR CALENDARIO ANUAL 500

(POR PERSONA), FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA

PORCENTAJE DE REEMBOLSO 80%

LÍMITE DE COASEGURO AÑO CALENDARIO 3,0000

BENEFICIO DE CUARTO Y ALIMENTO, CARGO DIARIO  
ELEGIBLE PARA TODAS LAS

ACOMODACIONES: TARIFA PROMEDIO DE CUARTO  
SEMIPRIVADO.

IV. MÁXICO PARA EL TRANSPORTE AÉREO DE  
EMERGENCIA, AL CUAL SE HACE.

REFERENCIA EN EL ADITAMENTO ESTIPULADO PARA  
TRANSPORTE AÉREO-



Diagonal 6, 10-26 Zona 10  
9º. Nivel, Guatemala, C.A

DE EMERGENCIA.

GASTOS MÁXIMO REEMBOLSABLE PARA LA  
TRANSPORTACIÓN A:

HOSPITALES ELECTOS 25,000

V. EL PLAN NO TIENE COBERTURA EN EL PAÍS DE  
RESIDENCIA.

## SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES EXCLUSIVE PLUS PLAN CONDICIONES GENERALES

### CLÁUSULA 1<sup>a</sup> DEFINICIONES

Ciertas palabras y/o frases usadas en esta Póliza se definen a continuación. Otras palabras y/o frases son definidas cuando son usadas.

**En esta Póliza, el uso del género masculino automáticamente implica al género femenino, a no ser que el texto indique lo contrario.**

**ACCIDENTE:** La acción externa, violenta, fortuita, repentina, imprevista, e independiente de la voluntad del Asegurado que cause a éste lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico.

**ASEGURADO:** Es la persona a quien se le ha emitido la Póliza. Esta persona también es referida como el Asegurado Principal.

**BASE AMBULATORIA:** Significa que los servicios médicos se rinden como paciente externo no hospitalizado. El servicio incluye atención médica, pruebas de laboratorio y Rayos X o cualquier otro servicio médico cubierto bajo la Póliza.

**COASEGURO:** Significa el porcentaje de los gastos elegibles en que participará el Asegurado en su riesgo, o en el de sus familiares Dependiente Aseguradas, conforme lo establecido en esta póliza.

**CONDICIÓN PRE-EXISTENTE:** Enfermedad, maternidad, lesión, condición o síntoma, como más adelante se describe, la cual existía antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, o de la fecha de ingreso de un familiar Dependiente elegible, si dicho ingreso ocurre después de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

- 1) Enfermedad, lesión o condición por la cual la persona cubierta: a) tuvo advertencia médica o consultó a un médico, b) recibió tratamiento médico, servicios o suministros, c) se ha hecho o se le recomendaron exámenes de diagnóstico, drogas o medicinas recetadas o recomendadas; o.
- 2) La presencia de síntomas los cuales causarían a una persona prudente, a asistir a un médico para diagnóstico, cuidado y tratamiento.

**CUARTO SEMI-PRIVADO:** Habitación en un hospital con por lo menos 2 camas.

**DEDUCIBLE:** Cantidad de gastos elegibles que está obligado a pagar el Asegurado durante cada año calendario antes de que algún gasto elegible sea pagado bajo esta

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

Póliza. El deducible no es reembolsado por la Compañía.

**EDAD:** La edad en el último cumpleaños.

**EMERGENCIA MÉDICA:** Agravamiento inesperado de una condición médica, manifestada por síntomas de tal severidad que el dejar de proveer la atención médica necesaria pudiera resultar en: poner en serio peligro la salud del asegurado; o poner en serio deterioro las funciones corporales; o poner en seria disfunción cualquier órgano o parte del cuerpo.

**ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Enfermedad o trastorno existente en o desde el nacimiento, que haya sido o no diagnosticada en ese momento, o que haya sido diagnosticada o tratada durante el crecimiento y proceso del desarrollo hasta la adultez.

**ENFERMEDAD INFECCIOSA:** Enfermedad contagiosa causada por parásitos, bacterias, protozoos, hongos o virus.

**ENFERMEDAD O TRASTORNO MENTAL:** Psiconeurosis, psicosis o desorden de la personalidad como se define en el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. Se incluye el abuso de sustancias químicas, incluyendo el alcohol.

**Psiconeurosis:** Es un desorden mental o de comportamiento, de mediana a moderada severidad; anteriormente clasificado como una forma de neurosis, incluyendo histeria y neurastenia.

**Psicosis:** Desorden mental que causa una fuerte distorsión o desorganización de la capacidad mental del individuo o persona, el cual afecta la capacidad de reconocer la realidad, comunicarse, y relacionarse con los demás hasta el punto que interfiere con la capacidad de lidiar con las demandas comunes del diario vivir.

**Desorden de la personalidad:** Definición general, para el conjunto de desórdenes en el comportamiento, que se caracterizan usualmente por patrones de mala adaptación fuertemente arraigados persistiendo para toda la vida, con alteración de la conducta, estilo de vida, y ajuste social, los cuales son diferentes de los síntomas que se presentan en la psicosis y en la psiconeurosis.

**ENFERMERA:** Enfermera titulada, práctica o vacacional, debidamente autorizada y que no es ni el Asegurado Principal, ni alguno de sus familiares Dependientes, ni algún Pariente Cercano del Asegurado Principal.

**EXPERIMENTAL:** Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o período de hospitalización, (o parte de un período de hospitalización), que:

- a) No ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional, compuesta por: la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO), La Organización Panamericana de la Salud (OPS/PAHO), y la Administración de Drogas y Alimentos, (FDA), por sus siglas en inglés, de los Estados Unidos de América.
- b) Se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

**FAMILIAR(ES) DEPENDIENTE(S):** Se considerará(n) como familiar(es) Dependiente (s).

- a) El cónyuge legítimo, o en su defecto, la persona que viviendo en calidad de cónyuge permanente del Asegurado Principal, esté registrado como tal en la Compañía y que conviva con el Asegurado principal en el mismo domicilio. El cónyuge debe tener menos de 65 años de edad en el momento de entrar en la póliza;
- b) Los hijos naturales, hijastros o hijos legalmente adoptados, siempre que sean mayores de diez días de nacidos y menores de diecinueve años. Cualquiera de los antes mencionados deben ser solteros, vivir en la misma residencia del Asegurado Principal y depender económicamente de éste;
- c) Los hijos descritos en el inciso anterior, solteros de diecinueve años o más, que vivan con el Asegurado Principal, que dependan económicamente de él y que se encuentren estudiando. El Asegurado Principal debe presentar certificación a la compañía de la calidad de estudiante de sus hijos. El amparo, en estos casos, se extiende hasta el cumplimiento de los veinticinco años de edad;
- d) Los padres del Asegurado Principal menores de cincuenta y cinco años de edad, siempre que el Asegurado Principal sea soltero y conviva con sus padres en la misma residencia. Los mismos deberán solicitar la cobertura en la fecha efectiva de seguro del Asegurado Principal y en todo momento estarán sujetos a las normas de selección de riesgo de la Compañía.

Los familiares dependientes inscritos serán considerados como Asegurados.

**GASTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:** Cargo u honorario determinado por la Compañía que se establece como el cargo u honorario que proveedores de los mismos servicios, tratamientos o suministros cargan o cobran a las personas que residen en la misma comunidad, por tratamientos de lesiones o enfermedades similares a las que presente el Asegurado en su naturaleza y complejidad.

**HOSPITAL, CENTRO HOSPITALARIO O CLÍNICA:** Establecimiento que reúne las condiciones para atender a paciente que está legalmente autorizado para prestar los servicios que le son propios.

**LÍMITE MÁXIMO VITALICIO:** Cantidad total pagadera con respecto a un Asegurado. Esta cantidad será por toda la vigencia de la póliza o durante la vida del Asegurado, lo que primero cese.

**MÉDICO:** Persona legalmente autorizada a ejercer la medicina.

**PARIENTE CERCANO:** El cónyuge del Asegurado Principal, hijo natural, adoptivo o hijastro; hermano o hermana y padres del Asegurado Principal o de su cónyuge.

**PARTICIPACIÓN MÁXIMA DEL ASEGURADO:** Máximo de gastos elegibles anuales incurridos por el Asegurado que coasegura por su propia cuenta. El deducible no es considerado bajo este renglón. Esta frase también es conocida como Límite de Coaseguro.

**RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS:** Agrupación de todos los Proveedores de Servicios Médicos que se han comprometido a prestarle servicios al Asegurado a cambio de un honorario establecido entre ellos y la Compañía, quienes han sido contratados, de manera directa o indirecta, por la Compañía Administradora de Reclamos (T.P.A.) y que conforman su listado de afiliados con esta condición. Se incluyen en esta Red a los **Hospitales Selectos** que por su alta calidad de servicios y preferencial de los asegurados les ofrecen mayores ventajas. (Ver Cuadro de Seguros adjunto a estas Condiciones Generales).

**SOLICITUD DE SEGURO:** Formulario que deberá completarse para solicitar cobertura bajo la póliza.

**TARIFA DE CUARTO SEMI-PRIVADO:** Significa el cargo diario más común por un cuarto hospitalario ocupado por dos o más personas. Si el hospital donde el Asegurado se encuentra incluido no ofrece cuartos semi-privados, se considerará como tarifa de cuarto semi-privado el ochenta por ciento de la tarifa del cuarto privado de menor costo.

## **CLÁUSULA 2<sup>a</sup>.**

### **CONTRATO INDIVISIBLE**

La solicitud de Seguro, la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales y todos los Anexos y Endosos constituyen el contrato indivisible entre las partes.

### **CLÁUSULA 3 a.** **ELEGIBILIDAD**

Para ser elegible para los beneficios el Asegurado Principal tiene que:

1. Ser menor de 65 años de edad en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza;
2. Residir en América Latina, con excepción de los Estados Unidos de América, Canadá, Islas Vírgenes (USA) y Puerto Rico;
3. No trabajar de manera permanente o temporal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá;
4. En caso de tener domicilio legal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá; debe por lo menos, residir nueve meses del año fuera de estos países.

Para ser elegibles para los beneficios de la Póliza, los familiares Dependiente tiene que:

1. Satisfacer la definición de Familiar Dependiente, tal como se estipula en la Cláusula 1ª. Definiciones;
2. Residir en América Latina, con excepción de los Estados Unidos de América, Canadá, Islas Vírgenes (USA) y Puerto Rico;
3. No trabajar de manera permanente o temporal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá;
4. En caso de tener domicilio legal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá; debe por lo menos, residir nueve meses del año fuera de estos países. Los familiares Dependiente que estén registrados como estudiantes con la Compañía, no tienen que cumplir con el que cumplir con el requisito de residencia.

### **CLÁUSULA 4ª** **DECLARACIONES INEXACTA DE LA EDAD**

Si se determina de que existe una declaración inexacta de la edad de los Asegurados:

1. Si la inexactitud tiene efecto en las primas, un ajuste de primas será hecho; y
2. La edad correcta determinará si los Asegurados tiene derecho a estar cubiertos bajo la póliza.

### **CLÁUSULA 5ª** **DURACIÓN DEL SEGURO**

Esta Póliza tiene duración de doce meses y pueden ser renovadas por un período de la misma duración al pagarse la prima de renovación

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

## **CLÁUSULA 6<sup>a</sup>. INICIACIÓN DEL SEGURO**

El seguro concedido bajo esta Póliza entra en vigor a las 12:01 a.m. del día de inicio de vigencia, consignada en la Carátula de esta Póliza.

Cualquier ingreso a la Póliza de familiares Dependientes solicitado con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia tendrá efecto a partir de la fecha de aceptación de la Compañía. La aceptación será comunicada por escrito.

Si en la fecha de iniciación del seguro un Solicitante se encuentra hospitalizado, la Compañía no tendrá ninguna responsabilidad por los gastos incurridos relacionados a la causa de la hospitalización, y el ingreso a la Póliza será determinado por la Compañía.

## **CLÁUSULA 7 <sup>a</sup>. TERMINACIÓN DEL SEGURO**

Los Beneficios proporcionales por esta Póliza terminan a las 12:01 a.m. en la primera de las siguientes fechas:

1. El último día del año de contrato, o porción del año de contrato (si el modo de pago de las primas es otro que no sea anula), por el cual las primas han sido pagadas en su totalidad, si el pago de las primas para el siguiente año, o porción de año, no es recibido durante el Período de Gracia;
2. El último día del año de contrato en el que el Asegurado principal, o alguno de sus Dependientes Elegibles dejan de calificar como elegibles, tal como se estipula en esta Póliza,
3. El último día del año de contrato en el que el Asegurado Principal cumple 100 años de edad;
4. En lo que se refiere a Dependientes Elegibles, el día en que los Beneficios del Asegurado principal terminan;
5. En lo que se refiere a un hijo dependiente, el último día del año de contrato en que dicho hijo dependiente se ha casado, está trabajando en un empleo regular, cumple los diecinueve años de edad, o cumple los veinticinco años de edad, si es un estudiante;
6. En lo que se refiere a cónyuges, el último día del año de contrato durante el cual se ha dictado la sentencia de divorcio;
7. En lo que se refiere a Dependientes Elegibles, el último día del año de contrato, durante el cual el Asegurado Principal fallece;
8. En lo que se refiere a todos los Asegurados cubiertos bajo la Póliza, el último día del mes en que la Compañía es informada de que el Asegurado Principal ya no reside en América Latina.

### **CLÁUSULA 8 a.** **DECLARACIONES FALSAS E INEXACTAS**

La Compañía puede terminar la cobertura de un Asegurado por medio de aviso escrito a él, debido a declaraciones falsas en los formularios de suscripción, o por dolo para obtener cobertura o tratar de obtenerla. La terminación será efectiva desde la fecha de inicio de vigencia del Seguro: La Compañía reembolsará la prima pagada, menos el valor de cualquier Beneficio pagado. Si el valor de los Beneficios pagados excede el valor de la prima, el Asegurado reembolsará tal exceso a la Compañía.

### **CLÁUSULA 9 a.** **PRIMAS**

Las primas pagaderas por la cobertura que se extiende bajo esta Póliza son por el término de un año. Las primas se ajustarán en la renovación y estarán basadas en las edades de los Asegurados y el nivel de primas en vigor para ese año: Las primas le serán reembolsadas al Asegurado Principal, si él nivel de primas en vigor para ese año. Las primas le serán reembolsadas al Asegurada Principal, si él decide, dentro de los primeros diez días después de haber recibido la póliza, cancelar la Póliza. Si esta Póliza es cancelada debido a que el Asegurado, o alguno de sus Dependientes elegibles cambia su residencia a un país o territorio en el cual las coberturas no pueden ser otorgadas, y si dicho cambio de residencia ocurre durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado Principal tiene derecho a recibir la porción de la prima no devengada durante dicho período de vigencia.

### **CLÁUSULA 10 a.** **PERÍODO DE GRACIA**

Después del pago de la primera prima, un período de gracia de treinta días será otorgado para el pago de las primas subsiguientes. Si al expirar el período de gracia, la prima vencida no es pagada, la Compañía cancelará la Póliza en la fecha de vencimiento en que debió pagarse la prima.

### **CLÁUSULA 11 a.** **REHABILITACIÓN**

Si esta Póliza es terminada por la falta de pago de las primas, el Asegurado Principal puede someter a la Compañía un formulario de rehabilitación, dentro de los sesenta días de la fecha de terminación, solicitando que la Póliza sea rehabilitada. Este formulario de rehabilitación puede ser aceptado o negado. Si el formulario es aprobado, los beneficios serán rehabilitados en la fecha de vencimiento de las primas, siempre y cuando dichas primas hayan sido pagadas. Los Beneficios rehabilitados solamente cubrirán Accidente sufridos después de la fecha de rehabilitación y enfermedades que se iniciaron diez días después de dicha fecha. En todos los otros

aspectos, el Asegurado tendrá todos los derechos que concedía la Póliza antes de la fecha de vencimiento de las primas.

#### **CLÁUSULA 12 a. CAMBIOS A LA PÓLIZA**

La Póliza no podrá ser modificada, excepto por un Representante de la Compañía. Para que una modificación sea válida, tendrá que ser hecha por medio de Anexo o Endoso emitido y firmado por un Representante de la Compañía. Ningún agente o cualquier otra persona puede efectuar cambio alguno a la Póliza, ni puede renunciar a laguna de sus estipulaciones.

Cualquier cambio que realice la Compañía, en las estipulaciones de esta Póliza, incluyendo cualquier aumento o disminución en las primas, deberá ser notificado por escrito al Asegurado y/o a su corredor o agente, con un mínimo de treinta días de anticipación a la fecha efectiva del cambio, el cual entrará en vigor en la misma fecha en que se inicia la vigencia para el nuevo período de la Póliza. Si el cambio propuesto no es aceptado por el Asegurado, dicho Asegurado deberá notificarlo por escrito a la Compañía, antes de la fecha de inicio de la vigencia; y la Compañía procederá a no renovar el contrato.

#### **CLÁUSULA 13 a. DEDUCIBLE**

El Deducible se aplica a los Gastos Elegibles incurridos por los Asegurados durante cada año calendario. Los siguientes gastos no pueden ser utilizados para satisfacer el Deducible: (a) cargos en exceso de los Gastos Razonables y Acostumbrados; (b) cargos para tratamientos, suministros o servicios que no están cubiertos bajo esta Póliza; (c) cargos en exceso de las limitaciones de los beneficios (por ejemplo, número de días, meses, consultas o cantidades monetarias); (d) cualquier penalidad impuesta por no cumplir con los Requisitos para Ingresar a un Hospital.

#### **CLÁUSULA 14 a. REQUISITOS PARA INGRESAR A UN HOSPITAL**

Si un Asegurado necesita ser hospitalizado en los Estados Unidos América, (incluyendo Puerto Rico); dicho Asegurado, o su representante, debe comunicarse con la Compañía revisora de servicios médicos, llamando al número de teléfono correspondiente que aparece en la Tarjeta de Identificación. La notificación debe ser efectuada de la siguiente manera:

- (a) Con anticipación a un ingreso que no sea de emergencia

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

(b) Dentro de las veinticuatro horas siguientes a un ingreso de emergencia.

La comunicación con la Compañía revisora no garantiza el pago de algún servicio prestado. Cualquier pago por servicios prestados estará sujeto a todos los términos y condiciones de la Póliza.

La decisión final de cómo cualquier servicio deberá ser prestado recaerá sobre el Asegurado y el Médico.

La compañía revisora pudiera sugerir tratamientos alternos o el uso de servicios o suministros no cubiertos bajo la Póliza. Cuando ésto ocurra, sujeto a la aprobación de la Compañía, los gastos incurridos de esa manera estarían cubiertos en las mismas bases de los cuidados y tratamientos que sustituyen.

#### **CLÁUSULA 15 a.** **NOTIFICACIÓN DE RECLAMOS**

Todo reclamo debe ser notificado por escrito a la Compañía, dentro de los siguientes treinta días después de la ocurrencia del siniestro; o tan pronto como sea razonablemente posible. La Compañía no negará o reducirá el reclamo, si se demuestra que la notificación escrita no pudo ser dada dentro del tiempo establecido, y que en efecto, fue notificada, tan pronto como fue razonablemente posible. La notificación debe indicar el nombre del Asegurado Principal, el número de la Póliza, el nombre de la persona quien incurrió en el gasto, la naturaleza y el monto del mismo.

#### **CLÁUSULA 16 a.** **FORMULARIO DE RECLAMACIÓN**

Al recibir notificación de un reclamo, la Compañía proveerá el formulario para cumplir con el requisito de notificación escrita de un reclamo. Si los formularios no son enviados dentro de quince días, el reclamante puede cumplir con los requisitos de notificación escrita, enviando pruebas por escrito, dentro del período de tiempo indicado en esta Póliza, sobre ocurrencia, naturaleza y monto del siniestro.

#### **CLÁUSULA 17 a.** **LIMITACIÓN DE TIEMPO PARA SOMETER RECLAMOS**

Los reclamos deben ser recibidos por la Compañía dentro de los seis meses siguientes a la fecha en que los servicios fueron recibidos o los suministros adquiridos. La Compañía no aceptará prueba de una pérdida o notificación de un reclamo después de transcurridos seis meses de la fecha en que los servicios fueron prestados o los suministros adquiridos.

**CLÁUSULA 18 a.**  
**PAGO DE BENEFICIOS**

Una vez que la Compañía reciba apropiada y aceptable prueba de un siniestro, la Compañía: a) pagará los correspondientes Beneficios bajo esta Póliza; o b) notificará al reclamante, por escrito, de los motivos para no pagar los Beneficios; o c) notificará al reclamante, por escrito, que documentación adicional es necesaria antes de poder revisar y/o pagar el reclamo bajo los términos de esta Póliza.

**CLÁUSULA 19 a.**  
**PERÍODO DE ESPERA**

Durante los primeros cuatro meses de vigencia sólo de se cubrirán gastos ocasionados por accidente y/o enfermedades infecciosas, siempre y cuando sean sufridas o contraídas después de la fecha de inicio de la vigencia.

**CLÁUSULA 20 a.**  
**CÓMO SE PAGARÁN LOS BENEFICIOS CUBIERTOS**

Los Beneficios descritos en esta póliza serán pagaderos al presentarse pruebas fehacientes de los gastos elegibles incurridos por los Asegurados.

Los Beneficios Cubiertos serán pagaderos aplicando el porcentaje de reembolso y hasta el máximo indicados en el Cuadro de Seguros, después de que el Deducible sea satisfecho. Los Beneficios están sujetos a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza. En ausencia de prueba fehaciente, cuando un solo cargo es hecho por una serie de servicios, cada servicio se calculará de manera proporcional sobre el total del cargo. La fecha en que un servicio es recibido o un suministro es comprado, será considerada como la fecha de ocurrencia de Beneficio prestado.

**CLAUSULA 21 a.**  
**NIVEL DE REEMBOLSO**

Todos los pagos efectuados por la Compañía estarán basados en Gastos Razonables y Acostumbrados, como se definen en la sección de Definiciones de esta Póliza. No se pagaran beneficios en exceso de Gastos Razonables y Acostumbrados por tratamientos, servicios, o suministros cubiertos bajo esta Póliza.

**CLAUSULA 22 a.**  
**METODO DE PAGO**

La Compañía pagará directamente en dólares de los Estados Unidos de América a aquellos hospitales que acepten pagos directos. Cualquier otro cargo será pagado

sujeto a presentación del formulario de reclamación anexando pruebas fehacientes de los servicios recibidos.

**CLAUSULA 23<sup>a</sup>.**  
**MONEDA Y TASA DE CAMBIO**

Los pagos a efectuarse bajo esta Póliza serán hechos en dólares de los Estados Unidos de América. Cualquier factura elegible presentada en moneda diferente a dólares, será pagada en dólares utilizando el promedio de la tasa de cambio en vigor durante el mes en que los servicios fueron prestados o los suministros fueron adquiridos.

**CLAUSULA 24<sup>a</sup>.**  
**PERMISO PARA REVISAR REGISTROS MEDICOS**

Todos los Asegurados cubiertos bajo esta Póliza autorizaran a cualquier Hospital, Médico, o cualquier otra institución o persona que le preste algún servicio o provea algún suministro, a que le envíen a la Compañía cualquier registro o documentación necesaria para el proceso de algún reclamo. Cualquier costo incurrido en la obtención de este tipo de información correrá por cuenta de la Compañía.

**CLAUSULA 25<sup>a</sup>.**  
**DERCHO A REHUSAR CESIONES DE PAGOS**

La Compañía se reserva el derecho de efectuar pagos directamente al Asegurado Principal y a rehusar cesiones de pagos a terceros.

**CLAUSULA 26<sup>a</sup>.**  
**DERECHO A EXAMEN**

La Compañía, a su propio costo, tiene el derecho de examinar, por medio de un Médico designado por ella, a un Asegurado que tenga un reclamo pendiente, donde y cuantas veces sea razonablemente posible.

**CLAUSULA 27<sup>a</sup>.**  
**ACCION LEGAL**

Ninguna acción legal podrá ser presentada contra la Compañía para lograr el pago de una reclamación a menos que haya transcurrido un periodo mayor de 30 días, contados a partir de la fecha en que la prueba de reclamación ha sido suministrada de acuerdo con los requisitos de la Póliza. Todas las acciones que deriven de un contrato de seguro, prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que le dio origen.

**CLAUSULA 28<sup>a</sup>.**  
**SUBROGACION**

La Compañía tiene el derecho de subrogación de los derechos de los Asegurados, incluyendo el derecho de interponer una demanda judicial en nombre del Asegurado, por gastos médicos que la Compañía haya pagado, cuando el Asegurado tiene derecho a recuperar dichos gastos de parte de otra persona responsable, incluyendo seguros de responsabilidad civil, o cualquier persona o entidad que hayan causado el Accidente o necesidad del cuidado, pero excluyendo a un asegurador de gastos médicos de una Póliza emitida a nombre del Asegurado.

Todos los Asegurados cooperaran con la Compañía en sus esfuerzos para obtener el reembolso. Incluyendo el proporcionar a la Compañía con cuanta información sea necesaria para obtener dicho reembolso y/o de completar cualquier formulario de consentimiento, renuncia, cesión, o cualquier otro documento que sea requerido por la Compañía para obtener el reembolso.

El Asegurado no tomara acción alguna que pueda perjudicar los derechos e intereses de la Compañía bajo esta Póliza.

#### **CLAUSULA 29<sup>a</sup>. DERECHO DE RECUPERACIÓN**

La Compañía tiene el derecho de recuperar pagos en exceso efectuados a, o en beneficio de, un Asegurado como Beneficios bajo esta Póliza. Si un Asegurado tiene el derecho a un pago o reembolso de parte de terceros como resultado de acción o reclamo legal, y dicha acción o reclamo:

- a. Se debe o tiene relación con un Accidente o Enfermedad; y
- b. Los Beneficios han sido pagados bajo esta Póliza por el Accidente o Enfermedad;

La Compañía tiene el derecho de recibir reembolso de cualquier pago que efectúe dicha tercera persona, ya sea por decreto, transacción, o cualquier otra acción, pero no excediendo la menor de:

- a. La cantidad total de Beneficiarios pagados por el Accidente o Enfermedad; y
- b. La cantidad recibida por el Asegurado por el Accidente o Enfermedad, menos los costos legales incurridos para obtener el pago.

El Asegurado no tomara acción alguna que perjudique el derecho de la Compañía a recuperar, y ejecutará y proporcionará cualquier documento o información que la Compañía pudiese requerir.

#### **CLAUSULA 30<sup>a</sup>. CONCURRENCIA DE COBERTURAS**

Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumaran con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el que el asegurado pudiera estar cubierto. Cuando algún asegurado este cubierto también por otra(s) póliza(s) que tengan (n) las mismas coberturas que las del presente contrato, los beneficios del mismo se

reducirán a una cantidad igual al complemento que resulte para que el pago total por las indemnizaciones conjuntas sea igual al 100 % de los beneficios aquí estipulados.

**CLAUSULA 31<sup>a</sup>.**  
**ACCIONES U OMISIONES DE TERCERAS PERSONAS**

La Compañía no asume responsabilidad por las acciones u omisiones de algún Hospital, Médico, o cualquier otra tercera persona.

**CLAUSULA 32<sup>a</sup>.**  
**ERROR ADMINISTRATIVO**

Error(es) administrativo(s), o demora(s) en establecer los registros por parte de la Compañía: a) no ocasionarán negación para otorgar el seguro que hubiera sido otorgado en la ausencia de los errores o demoras; b) no extenderán el periodo de cobertura que hubiera terminado; y c) estarán sujetos a los ajustes de primas, si ello fueran necesarios.

**CLAUSULA 33<sup>a</sup>.**  
**NOTIFICACIONES**

Todas las notificaciones requeridas por esta Póliza serán dadas por esta Póliza serán dadas por escrito. Si la notificación es para el Asegurado, ésta será enviada al asegurado y/o a su corredor o agente; y si debe ser dada a la Compañía, debe ser enviada a su oficina principal.

**CLAUSULA 34<sup>a</sup>.**  
**ARBITRAJE**

Las partes contratantes convienen que cualquier conflicto, disputa o reclamación que surja de o se relacione con la aplicación, interpretación o cumplimiento del presente contrato deberá ser resuelto mediante el procedimiento de arbitraje, de conformidad con el Reglamento de Conciliación y Arbitraje del Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Guatemala, cuyas decisiones las partes aceptan desde ya que serán irrevocables. Al surgir cualquier conflicto, disputa o reclamación, las partes autorizan que la Junta Directiva del Centro nombre al (o los) árbitros (s), de conformidad con su Reglamento. El laudo arbitral que se obtenga será inimpugnable por las partes y en consecuencia de ello, dicho laudo arbitral será directamente ejecutable ante el Tribunal competente.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

## **CLAUSULA 35<sup>a</sup>.**

**BENEFICIOS CUBIERTOS** (ver sumas aseguradas, deducibles, porcentajes de reembolso y límites de coaseguro en el Cuadro de Seguros adjunto a estas Condiciones Generales).

### **(1) Servicios de Hospital**

Los Beneficiarios Cubiertos están limitados a:

#### **(a) Reclusión en Hospital**

- Cargos por cuarto y alimentación en base de la tarifa de Habitación Semi-Privada en el extranjero.
- Si un Hospital en el extranjero no posee habitaciones semi-privadas, el máximo pagadero por concepto de cuarto y alimentos será el ochenta por ciento de la tarifa más baja que tenga el Hospital por una habitación privada.
- Unidad de Cuidados Intensivos y otras unidades de cuidados especializados hasta por un máximo de tres veces al cargo de cuatro y alimentación.
- Otros servicios de hospital y suministros (excepto artículos personales o de comodidad) incluyendo, pero no limitados a: cuidados de enfermera, terapia de inhalación, física u ocupacional (mientras el Asegurado se encuentra interno), quirófano, sala de recuperación, suministros médicos y quirúrgicos, exámenes diagnósticos de laboratorios y rayos-x, electrocardiogramas, electroencefalogramas, oxígeno y su administración, soluciones intravenosas e inyecciones.

#### **(b) Cirugía Ambulatoria**

Cuando un Asegurado se somete a un procedimiento quirúrgico que no requiere hospitalización, los honorarios quirúrgicos y demás servicios relacionados con la cirugía, serán reembolsados al mismo nivel como si el Asegurado hubiera sido internado.

### **(2) Servicios Médicos**

- a. Visita en el Hospital**, limitada a una visita por día de hospitalización. no se pagaran visitas relacionadas a un procedimiento quirúrgico o a fisioterapia.
- b. Cirugía**, los beneficios cubiertos incluyen los cargos de procedimientos quirúrgicos necesarios, incluyendo, pero no limitados a, tratamiento de fracturas y dislocaciones de huesos y operaciones necesarias para el tratamiento o diagnóstico de una enfermedad que involucre incisiones o situación de una herida, siempre y cuando el procedimiento involucrado esté:

1. Cubierto bajo la Póliza: y

2. Sea hecho en un Hospital, consultorio médico o en un centro de cirugía ambulatoria.

Un beneficio por separado es pagadero por cada procedimiento quirúrgico efectuado, excepto procedimientos múltiples que son efectuados durante la misma sesión quirúrgica o a través de la misma incisión, los cuales son únicamente pagaderos por el procedimiento que provea el mayor reembolso bajo la Póliza.

Los beneficios por cirugía(s) reconstructiva(s) sólo serán pagaderos si dicha cirugía es:

1. Medicamento necesaria. Medicamento necesaria significa que un trasplante, tratamiento, servicio, suministro, equipo, medicamento o estancia en el hospital, centro de trasplante o asistencial:

1. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de una persona asegurada.
2. No excede en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
3. Ha sido prescrito por un Médico.
4. Es consiente en las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en los Estados Unidos de América; o por la comunidad médica del país donde se presta el Servicio o tratamiento; y

2. Debido al tratamiento de una enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.

**c. Cirujano Asistente.** En el caso de necesidad médica, y previa autorización de la Compañía, se podrán reconocer los honorarios de un cirujano asistente. Dichos honorarios estarán limitados a Gastos Razonables y Acostumbrados.

**d. Anestesiólogo.** Los Beneficios Cubiertos están limitados a los Gastos Razonables y Acostumbrados por los servicios prestados por un anestesiólogo durante un procedimiento quirúrgico cubierto bajo esta Póliza.

**e. Anestesiólogo Asistente.** En el caso de necesidad médica, y previa autorización de la Compañía, se podrán reconocer los honorarios de un anestesiólogo asistente. Dichos honorarios estarán limitados a Gastos Razonables y Acostumbrados.

### (3) Trasplante

Solamente se cubrirán los siguientes trasplantes:

- a) Corazón
- b) Corazón/pulmón
- c) Hígado

- d) Páncreas
- e) Riñón
- f) Medula ósea
- g) Córnea
- h) Pulmón

El beneficio de Trasplante está sujeto a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza. Adicionalmente, dicho beneficio está sujeto a las siguientes exclusiones:

Ningún beneficio es pagadero por tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro:

- a) Suministrado como resultado de, o de alguna manera relacionado con un trasplante que no este específicamente indicado aquí; o que no ha sido previamente aprobado por la Compañía;
- b) Que sea considerado Experimental (como se define en esta póliza) o electivo;
- c) Suministrado cuando tratamientos o procedimientos alternos, igualmente, efectivos para tratar la condición o enfermedad que causa el trasplante, estén disponibles;
- d) Suministrado como resultado de un trasplante en el cual el Asegurado recibe un equipo artificial o aparatos designados para reemplazar los órganos humanos o si el órgano donado proviene de un animal; o
- e) Suministrado como un segundo trasplante a un trasplante inicial que fue suministrado antes de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza y el cual no tuvo éxito.

Los gastos materiales y servicios no específicamente excluidos quedaran cubierto si:

- a. Se incurren durante el proceso para la adquisición del órgano, médula ósea o córnea obtenido(a) de un donante fallecido con el propósito de efectuar el trasplante. Se incluyen los gastos relacionados por la extirpación, preservación y transporte de un órgano, medula ósea o córnea que se intente trasplantar a un Asegurado.
- b. Se incurren en un donante vivo durante el proceso de extirpación de un órgano, médula ósea o córnea con el propósito de efectuar el trasplante a un Asegurado. Además, cubre los gastos que se incurran por:
  - 1. Investigación de donantes potenciales,
  - 2. Servicios prestados al donante en un hospital o centro de trasplante, donde las condiciones de la Póliza con respecto a honorarios, servicios, materiales y/o equipos máximos aplicaran,

siempre que sean requeridos durante el proceso de extirpación del órgano o tejido que se va a trasplantar.

- c. Se incurren en el cultivo de la medula con relación al trasplante practicado a un Asegurado.

Todo trasplante se deberá realizar en un Hospital especializado, que sea reconocido y aceptado por el Consejo de las Organizaciones Profesionales que estén reconocidas por la Comunidad Médica Internacional como centro especializado para efectuar el trasplante específico.

El beneficio Máximo para Trasplantes es de US\$250,000.

**(4) Diálisis:**

Sub límite Anual US\$25,000. Sub-límite Máximo Vitalicio de US\$75,000

**(5) Terapia física;**

Sub –límite US\$1,000 por año calendario

**(6) Ambulancia Terrestre y Aérea**

1. **Ambulancia Terrestre:** Los beneficios están limitados a Gastos Razonables y Acostumbrados incurridos por los servicios profesionales de una ambulancia terrestre dentro del país donde el evento ocurra. Los Gastos Elegibles están limitados a un viaje de ida y uno de regreso al Hospital más cercano, por Asegurado, por evento.
2. **Ambulancia Aérea:** Los gastos elegibles incluyen los Gastos Razonables y Acostumbrados incurridos por un Asegurado por el transporte al Hospital o institución médica más cercana con el equipo necesario para tratar la dolencia que afecta al Asegurado. El beneficio es elegible si: (a) el Médico tratante certifica que el Asegurado requiere evacuación médica de emergencia para recibir el tratamiento requerido, y que dicho tratamiento no se encuentra disponible en el área donde se encuentra el Asegurado; y (b) la condición del Asegurado va a requerir un periodo de hospitalización.

Los Gastos Elegibles incluyen los costos de una ambulancia aérea, si es medicamente necesaria, y:

- a) El viaje en una aeronave comercial (por ejemplo, en camilla acompañado por un médico) no es posible; y
- b) La incapacidad requiere los servicios especiales que se encuentran a bordo de una ambulancia aérea:
  1. Operada por un reconocido operador de ambulancias aéreas;
  2. Con equipos y suministros médicos especiales; y
  3. Con personal médico calificado.

El beneficio máximo pagadero se indica en el Cuadro de Seguros.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

Este beneficio es pagado por reembolso.

## **CLAUSULA 36<sup>a</sup>. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**

No se pagarán beneficios bajo esta Póliza por gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros, debidos o relacionados con:

1. Exámenes médicos de rutina, estudios diagnósticos que son parte de un examen médico de rutina, incluyendo, pero no limitado a, exámenes pediátricos a recién nacidos, vacunas, la emisión de Pólizas de seguro y dictámenes médicos, y exámenes o evaluaciones de dependencia física, mental o química con el propósito de obtener o continuar un empleo, un seguro, licencia, admisión escolar o para participación en eventos deportivos, o la evaluación y tratamiento de incapacidades del aprendizaje.
2. Exámenes rutinarios de la vista, incluyendo refracción ocular y la rehabilitación de lentes (incluyendo lentes de contacto) y exámenes rutinarios del oído, incluyendo la rehabilitación de audífonos.
3. Tratamientos podiátricos, incluyendo pero no limitados a, el tratamiento de pies planos, callos, juanetes o uñas de pie; padecimientos sintomáticos de los pies; desordenes congénitos de los pies; zapatos ortopédicos o cualquier otro equipo de soporte tal como soporte de arcos de pie; o cualquier otro servicio o suministro preventivo.
4. Tratamientos o prevenciones dentales o tratamiento o cirugía dental o de las encías relacionadas o no con alguna condición de las mandíbulas, excepto cuando se trate de la reparación o reemplazo de un diente sano natural que ha sido dañado en un accidente sufrido mientras el Asegurado se encuentra cubierto bajo esta Póliza.
5. Servicios o suministros médicos o dentales para el tratamiento de problemas articulares de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a, el tratamiento del síndrome temporomandibular, cráneo-mandibular o cualquier otro desorden de la articulación que una mandíbula al cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.
6. Defectos congénitos y anomalías o condiciones asociadas con el nacimiento.

### **7. Un Accidente o Enfermedad**

- a) Atendido (a) por cualquier Ley de Seguro Social, o por cualquier otra legislación o plan de beneficios similar emitido por una entidad gubernamental, o por cualquier otro organismo oficial que tenga la requerida jurisdicción para promulgar tal legislación.

No obstante lo anterior, en caso que después de haberse efectuado el pago total de los beneficios pagaderos bajo la Ley de Seguro Social, u otra

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

legislación similar, quedase sin pagar algún balance, gasto o porción de gastos cubierto bajo esta Póliza por concepto de tal Enfermedad o Accidente, tal balance, gasto o porción de gastos se considerará como pagadero bajo la misma, de acuerdo con el porcentaje y hasta el límite de beneficios estipulados bajo la Póliza quedando sujeto a todos los términos y condiciones de la misma.

- b) Por daños causados a así mismo, ya sea en estado de locura o cordura;
  - c) Por guerra, declarado o no, actos de terrorismo o violencia civil, actos cometidos durante la suspensión de las garantías constitucionales dirigidos contra entidades gubernamentales o civiles;
  - d) Por participar en motín, huelga, tumulto, rebelión militar o popular, revolución o disturbio público;
  - e) Por participar en actos ilícitos, asaltos, felonías, incluyendo pero no limitado a, riñas iniciadas por el Asegurado; o
  - f) Producto de la influencia total o parcial, de alcohol o estupefacientes o cualquier otra droga que no sea bajo receta y cuidado médico. Además, ningún beneficio será pagadero por algún Accidente o Enfermedad contraído(a) mientras el Asegurado se encuentra bajo la influencia, total o parcial, de drogas recetadas por un Médico para el tratamiento de dependencia química o el alcohólica;
- 8.** Tratamientos para la cura de la adicción a las drogas o alcoholismo, incluyendo sus complicaciones e incluyendo, pero no limitado a exámenes, consultas y tratamientos efectuados por un médico psiquiatra o servicios prestados para el tratamiento de las complicaciones derivadas de la adicción a las drogas o el alcohol;
- 9.** Tratamiento para la cura de enfermedades mentales o desordenes nerviosos, así como cualquier complicación derivada de los mismos, o a consecuencia de los efectos negativos resultado de medicinas tomadas para tratar enfermedades mentales o desordenes nerviosos.
- 10.** Tratamientos para el manejo de la maternidad.
- 11.** Gastos en exceso del Máximo Vitalicio como se estipula en el Cuadro de Seguros, o gastos en exceso de cualquier otro máximo estipulado en dicho Cuadro.
- 12.** Tratamientos, servicios, o suministros que:
- a) No sean Medicamento Necesarios para el tratamiento o diagnóstico de un Accidente o Enfermedad, aunque ellos sean recetados, recomendados, o aprobados por un Médico o Dentista;
  - b) Sean de naturaleza experimental o investigativa o que sean efectuados de manera no aceptada por la comunidad médica;

- c) Sean prestados por un Pariente Cercano, o prestados por una persona que reside en la residencia del Asegurado, o que fueron prestados en una institución que sea propiedad de un Pariente Cercano del Asegurado;
- d) Sean suministrados para el tratamiento de complicaciones de Accidentes o Enfermedades no cubiertas por esta Póliza.
- e) Sean prestados por parientes Cercanos del Asegurado durante un periodo de hospitalización del Asegurado;
- f) Sean prestados antes de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, o después de la fecha de terminación de la Póliza, no importando si el Accidente o la Enfermedad ocurrió o fue diagnosticado durante el periodo de vigencia de la Póliza.
- g) Sean prestados para el tratamiento de cualquier condición relacionado con el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirido (SIDA), Complejo Relacionado con el SIDA (CRS) o cualquier enfermedad venérea o sexualmente transmitida, o cualquier tratamiento de la enfermedad de Chagas o sus complicaciones;
- h) Sean prestados para el tratamiento de alguna, condición que ha sido específicamente excluida por la Compañía por medio de anexo o endoso, incluyendo complicaciones de dichas condiciones excluidas.
- i) Sean prestados para el tratamiento de abortos electivos;

**13. Terapia recreacional o educacional;**

**14. Las siguientes drogas, medicinas y suministros aunque sean recetadas por un Médico:**

- a) Experimentales o investigativas;
- b) Vitaminas, suplementos dietéticos, depresivos del apetito, regeneradores de cabellos, medicinas para la ayuda de la regeneración de la piel, ayudas de embellecimiento o de salud, Nyastin, Minoxidil o chicles de nicotina;
- c) Medicinas, drogas o suministros que no requieren receta médica;
- d) Mecanismos o medicinas anticonceptivas, excepto cuando son Medicamento Necesarias en el tratamiento de una condición médica; o
- e) Medicinas recetadas para condiciones que no son médicas o medicinas que son recetadas para tratamiento de condiciones no cubiertas por esta Póliza;

**15. Gastos los cuales:**

- a) Exceden el costo del Gasto Razonable y Acostumbrado de un servicio o suministro;
- b) No hubieran sido incurrido en la ausencia de seguro;

- c) No requieren responsabilidad legal por parte del Asegurado; o
  - d) Son por servicios o suministros no cubiertos bajo esta Póliza;
- 16.** Los siguientes procedimientos quirúrgicos y sus servicios y suministro relacionados incluyendo, pero no limitados a , estadías hospitalarias, medicinas y exámenes diagnósticos de laboratorios y rayos-x:
- a) Cirugía electiva, cosmética o plástica, y sus tratamiento relacionados , para reparar o modificar una estructura corporal saludable con el propósito de mejorar la apariencia o la psique de Asegurado, ya sea por causas psicológicas o emotivas, excepto cuando son requeridas como resultado directo de un Accidente o Enfermedad contraídos después de la fecha efectiva de la cobertura bajo esta Póliza;
  - b) Keratotomía radial o cirugía ocular con el propósito de corregir errores de refracción;
  - c) Procedimientos de trasplantes de órganos, excepto como se describen en la sección de beneficios de esta Póliza.
  - d) Cambios de genero sexual, o mejorías en la función sexual, incluyendo pero no limitada a, prótesis penil e impotencia sexual, o cualquier tratamiento (quirúrgico o no) para corregir disfunciones sexuales;
  - e) Reversión de procedimientos de esterilización sexual, o por cualquier tipo de control de embarazo; o
  - f) Inseminación artificial, fertilización in vitro o in vivo, o cualquier servicio similar o procedimiento para causar el embarazo, o cualquier tratamiento (quirúrgico o no) contra la infertilidad;
- 17.** Visita a la sala de emergencias de un Hospital por un Accidente o Enfermedad que no es considerado de emergencia;
- 18.** Tratamientos quiroprácticos de desórdenes de la espina dorsal o el esqueleto incluyendo terapia física y manipulación de huesos, articulaciones y tejidos;
- 19.** Prótesis, o el uso de aparatos correctivos o implementos médicos que no sean Medicamento Necesarios;
- 20.** La práctica o participación en eventos deportivos profesionales, en carros o eventos de velocidad, buceo acuático o paracaidismo, escala de montañas (cuando se requiere el uso de sogas o guías), aviación (excepto cuando se viaja como pasajero en una aeronave comercial), deportes invernales competitivos, carreras de caballos, motociclismo, ski acuático, o participación en otros deporte o entretenimiento peligrosos los cuales pudieran poner la vida del Asegurado en peligro, ya sea por irresponsabilidad, falta de conocimiento o habilidad y otras condiciones agravantes;
- 21.** Gastos de hospitalización por enfermedad que se inicien en un viernes, sábado, o domingo, a no ser que :

- a. El médico tratante certifique de que es Medicamento Necesario;
  - b. Dicha estadía que se inicia en un fin de semana sea debido a un procedimiento quirúrgico que va a ser efectuado al día siguiente de la admisión hospitalaria;
- 22.** Programas de aumento de peso, servicios o suministros relacionados con programas o suplementos o aumentos de comidas, a no ser que sean necesarios para mantener la vida en un paciente en estado crítico.
- 23.** Pérdida de peso, control de peso, o cualquier otro servicio o suministro relacionado con el tratamiento de obesidad, ya sea por medio de dietas, ejercicios, inyección de líquidos, o el uso de algún medicamento o cirugía de cualquier índole;
- 24.** Cuidados de custodia y cuidados de salud a domicilio, incluyendo, pero no limitado a, cuidados de mantenimiento o terapia para condiciones crónicas; servicios, suministros y tratamientos efectuados en sanatorios, instituciones de cura o cuidado de custodia, instituciones o centros de rehabilitación, instituciones o centros de tratamientos para cuidados geriátricos, o instituciones que no son consideradas como hospitales, tal como se definen en esta póliza, incluyendo pero no limitado a, instituciones de cuidado a largo plazo e hidroclínicas;
- 25.** Artículos personales y de comodidad, tales como radios, televisores, servicios de barbería o peluquería; alquiler o compra de aires acondicionados, humidificadores, vaporizadores, equipo de ejercicio, o equipos similares;
- 26.** Cualquier gasto incurrido en la compra o alquiler de equipos médicos duraderos, tales como silla de ruedas, camas de hospital, respiradores, y cualquier otro equipo semejante, aun cuando sea recetados por un Médico;
- 27.** Tratamientos de Accidente o Enfermedades en las que el Asegurado no se encuentre bajo el cuidado de un Médico, o que no sean autorizadas por un Médico;
- 28.** Gastos Elegibles presentados a la Compañía después de seis meses o más, en que fueron desembolsados;
- 29.** Tratamientos, servicios, suministros prestados en :
- a. Países, o
  - b. Por, o para el beneficio de personas y /o compañías
- Sujetos a restricciones comerciales, penalidades económicas, transacciones financieras, regulaciones, o embargos impuestos por el gobierno de los Estados Unidos de América.

**CUADRO DE SEGUROS PREFERRED PLUS PLAN  
LOS BENEFICIOS BAJO ESTA PÓLIZA ESTÁN SUJETOS A LA SIGUIENTE  
MONEDA US\$**

<b>I. CONDICIONES GENERALES ADJUNTAS</b>	
<b>II. LÍMITE MÁXIMO VITALICIO POR ASEGURADO:</b>	
A) HASTA LA EDAD DE 80 AÑOS	2,000.00
B) DE 80 AÑOS HASTA EDAD DE 100	250,00

**SUBLÍMITES:**

TRASPLANTE	250,000
MÁXIMO DIALISIS: CALENDARIO ANUAL	25,000
MÁXIMO POR DIÁLISIS VITALICIO	75,000
MÁXIMO POR TERAPIA FÍSICA: CALENDARIO ANUAL	1,000

**III. SE APLICARAN LOS BENEFICIOS SIGUIENTES PARA GASTOS  
ELEGIBLES INCURRIDOS EN EL PAIS DE RESIDENCIA:**

DEDUCIBLE POR CALENDARIO ANUAL  
(POR PERSONA) 100

PORCENTAJE DE REEMBOLSO 80%

**COBERTURA UNICAMENTE EN HOSPITALIZACION**

PARA GASTOS ELEGIBLES INCURRIDOS COMO PACIENTE INTERNO EN EL HOSPITAL O CIRUGÍAS AMBULATORIAS, Y DESPUÉS DE SATISFACER EL DEDUCIBLE, EL PORCENTAJE DE REEMBOLSO POR RECLAMANTE ES DEL 80%, SIN LÍMITE COASEGURO. LO QUE IMPLICA QUE EL ASEGURADO SERÁ RESPONSABLE DE UN 20% DE TODAS LAS RECLAMACIONES ELEGIBLES INCURRIDAS.

**IV. SE APLICARAN PARA GASTOS ELEGIBLES EN HOSPITALIZACIÓN  
INCURRIDOS EN HOSPITALES SELECTOS**

DEDUCIBLES POR CALENDARIO ANUAL (POR PERSONA)	SE CONSIGNARA EL DEDUCIBLE ESCOGIDO	
PORCENTAJE DE REEMBOLSO		100%

**NO EXISTE COASEGURO**

**V. SE APLICARÁN LOS BENEFICIOS SIGUIENTES PARA GASTOS  
ELEGIBLES INCURRIDOS DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES**

DEDUCIBLE POR CALNDARIO ANUAL (POR PERSONA)	Se consignará el deducible escogido
--	--

<b>PORCENTAJE DE REEMBOLSO</b>	<b>80%</b>
<b>LIMITE DE COASEGURO AÑO CALENDARIO (POR PERSONA) (DESPUES DE SATISFACER EL DEDUCIBLE)</b>	<b>5,000</b>

**VI. MÁXIMO PARA EL TRASPORTE AEREO DE EMERGENCIA, AL CUAL SE  
HACE REFERENCIA EN EL ADITAMENTO ESTIPULACION PARA  
TRASPORTE AÉREO DE EMERGENCIA**

**GASTOS MAXIMO REEMBOLSABLE PARA LA TRANSPORTACIÓN  
CUBIERTA ÚNICAMNTE CON LA RED DE PROVEEDORES. 25,000**

## SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES PAREFERRED PLAN CONDICIONES GENERALES

### CLÁUSULA1<sup>a</sup>.

#### DEFINICIONES

Ciertas palabras y/o frases usadas en esta póliza se definen a continuación. Otras palabras y/o frases son definidas cuando son usadas.

**En esta Póliza, el uso del género masculino automáticamente implica al género femenino, a no ser que el texto indique lo contrario.**

**ACCIDENTE:** La acción externa, violenta, fortuita, repentina, imprevista, e independiente de la voluntad del Asegurado que cause a éste lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico.

**ASEGURADO:** Es la persona a quien se le ha emitido la Póliza. Esta persona también es referida como el Asegurado Principal.

**BASE AMBULATORIA:** Significa que los servicios médicos se rinden como paciente externo no hospitalizado. El servicio incluye atención médico, pruebas de laboratorio y Rayos X o cualquier otro servicio médico cubierto bajo la Póliza.

**COASEGURO:** Significa el porcentaje de los gastos elegibles en que participará el Asegurado en su riesgo, o en el de sus Familiares Dependiente Aseguradas, conforme lo establecido en esta Póliza.

**CONDICIÓN PRE-EXISTENTE:** Enfermedad, maternidad, lesión, condición o síntoma, como más adelante se describe, la cual existía antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, o de la fecha de ingreso de un Familiar Dependiente elegible, si dicho ingreso ocurre después de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

1. Enfermedad, lesión o condición por la cual la persona cubierta: a) tuvo advertencia médica o consultó a un médico, b) recibió tratamiento médico, servicios o suministros, c) se ha hecho o se le recomendaron exámenes de diagnóstico, drogas o medicinas recetadas o recomendadas; o.
2. La presencia de síntomas los cuales causarían a una persona prudente, a asistir a un médico para diagnóstico, cuidado y tratamiento.

**CUARTO SEMI-PRIVADO:** Habitación en un hospital con por lo menos 2 camas.

**DEDUCIBLE:** Cantidad de gastos elegibles que está obligado a pagar el Asegurado durante cada año calendario antes de que algún gasto elegible sea pagado bajo esta

Póliza. El deducible no es reembolsado por la Compañía.

**EDAD:** La edad en el último cumpleaños.

**EMERGENCIA MÉDICA:** Agravamiento inesperado de una condición médica, manifestada por síntomas de tal severidad que el dejar de proveer la atención médica necesaria pudiera resultar en: poner en serio peligro la salud del asegurado; o poner en serio deterioro las funciones corporales; o poner en seria disfunción cualquier órgano o parte del cuerpo.

**ENFERMEDAD CÓNGÉNITA:** Enfermedad o trastorno existente en o desde el nacimiento, que haya sido o no diagnosticada en ese momento, o que haya sido diagnosticada o tratada durante el crecimiento y proceso del desarrollo hasta la adultez.

**ENFERMEDAD INFECCIOSA:** Enfermedad contagiosa causada por parásitos, bacterias, protozoos, hongos o virus.

**ENFERMEDAD O TRASTORNO MENTAL:** Psiconeurosis, psicosis o desorden de la personalidad como se define en el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. Se incluye el abuso de sustancias químicas, incluyendo el alcohol.

**Psiconeurosis:** Es un desorden mental o de comportamiento, de mediana a moderada severidad; anteriormente clasificado como una forma de neurosis, incluyendo histeria y neurastenia.

**Psicosis:** Desorden mental que causa una fuerte distorsión o desorganización de la capacidad mental del individuo o persona, el cual afecta la capacidad de reconocer la realidad, comunicarse, y relacionarse con los demás hasta el punto que interfiere con la capacidad de lidiar con las demandas comunes del diario vivir.

**Desorden de la personalidad:** Definición general, para el conjunto de desórdenes en el comportamiento, que se caracterizan usualmente por patrones de mala adaptación fuertemente arraigados persistiendo para toda la vida, con alteración de la conducta, estilo de vida, y ajuste social, los cuales son diferentes de los síntomas que se presentan en la psicosis y en la psiconeurosis.

**ENFERMERA:** Enfermera titulada, práctica o vocacional, debidamente autorizada y que no es ni el Asegurado Principal, ni alguno de sus Familiares Dependientes, ni algún Pariente Cercano del Asegurado Principal.

**EXPERIMENTAL:** Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o período de hospitalización, (o parte de un período de hospitalización), que:

- a) No ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional, compuesta por: la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO), La Organización Panamericana de la Salud (OPS/PAHO), y la Administración de Drogas y Alimentos, (FDA), por sus siglas en inglés, de los Estados Unidos de América.
- b) Se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

**FAMILIAR(ES) DEPENDIENTE(S):** Se considerará(n) como familiar(es) Dependiente (s).

- a. El cónyuge legítimo, o en su defecto, la persona que viviendo en calidad de cónyuge permanente del Asegurado Principal, esté registrado como tal en la Compañía y que conviva con el Asegurado Principal en el mismo domicilio. El cónyuge debe tener menos de 65 años de edad en el momento de entrar en la póliza;
- b. Los hijos naturales, hijastros o hijos legalmente adoptados, siempre que sean mayores de diez días de nacidos y menores de diecinueve años. Cualquiera de los antes mencionados deben ser solteros, vivir en la misma residencia del Asegurado Principal y depender económicamente de éste;
- c. Los hijos descritos en el inciso anterior, solteros de diecinueve años o más, que vivan con el Asegurado Principal, que dependan económicamente de él y que se encuentren estudiando. El Asegurado Principal debe presentar certificación a la Compañía de la calidad de estudiante de sus hijos. El amparo, en estos casos, se extiende hasta el cumplimiento de los veinticinco años de edad;
- d. Los padres del Asegurado Principal menores de cincuenta y cinco años de edad, siempre que el Asegurado principal sea soltero y conviva con sus padres en la misma residencia. Los mismos deberán solicitar la cobertura en la fecha efectiva de seguro del Asegurado Principal y en todo momento estarán sujetos a las normas de selección de riesgo de la Compañía.

Los familiares dependientes inscritos serán considerados como Asegurados.

**GASTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:** Cargo u honorario determinado por la Compañía que se establece como el cargo u honorario que proveedores de los mismos servicios, tratamiento o suministros cargan o cobran a las personas que

residen en la misma comunidad, por tratamientos de lesiones o enfermedades similares a las que presente el Asegurado en su naturaleza y complejidad.

**HOSPITAL, CENTRO HOSPITALARIO O CLÍNICA:** Establecimiento que reúne las condiciones para atender a paciente que está legalmente autorizado para prestar los servicios que le son propios.

**LÍMITE MÁXIMO VITALICIO:** Cantidad total pagadera con respecto a un Asegurado. Esta cantidad será por toda la vigencia de la póliza o durante la vida del Asegurado, lo que primero cese.

**MÉDICO:** Persona legalmente autorizada a ejercer la medicina.

**PARINTE CERCANO:** El cónyuge del Asegurado Principal, hijo natural, adoptivo o hijastro; hermano o hermana y padres del Asegurado Principal o de su cónyuge.

**PARTICIPACIÓN MÁXIMA DEL ASEGURADO:** Máximo de gastos elegibles anuales incurridos por el Asegurado que coasegura por su propia cuenta. El deducible no es considerado bajo este renglón. Esta frase también es conocida como Límite de Coaseguro.

**RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS:** Agrupación de todos los Proveedores de Servicios Médicos que se han comprometido a prestarle servicios al Asegurado a cambio de un honorario establecido entre ellos y la Compañía, quienes han sido contratados, de manera directa o indirecta, por la Compañía Administradora de Reclamos (T.P.A.) y que conforman su listado de afiliados con esta condición. Se incluyen en esta Red a los **Hospitales Selectos** que por su alta calidad de servicios y preferencia de los asegurados les ofrecen mayores ventajas. (Ver Cuadro de Seguros adjunto a estas Condiciones Generales).

**SOLICITUD DE SEGURO:** Formulario que deberá completarse para solicitar cobertura bajo la Póliza.

**TARIFA DE CUARTO SEMI-PRIVADO:** Significa el cargo diario más común por un cuarto hospitalario ocupado por dos o más personas. Si el hospital donde el Asegurado se encuentra recluido no ofrece cuartos semi-privados, se considerará como tarifa de cuarto semi-privado el ochenta por ciento de la tarifa del cuarto privado de menor costo.

## **CLÁUSULA 2ª**

### **CONTRATO INDIVISIBLE**

La solicitud de Seguro, la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales y todos los Anexos y Endosos constituyen el contrato indivisible entre las partes.

### **CLÁUSULA 3 a.** **ELEGIBILIDAD**

Para ser elegible para los beneficios el Asegurado Principal tiene que:

1. Ser menor de 65 años de edad en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza;
2. Residir en América Latina, con excepción de los Estados Unidos de América, Canadá, Islas Vírgenes (USA) y Puerto Rico;
3. No trabajar de manera permanente o temporal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá;
4. En caso de tener domicilio legal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá; debe por lo menos, residir nueve meses del año fuera de estos países.

Para ser elegibles para los beneficios de la Póliza, los familiares Dependiente tiene que:

1. Satisfacer la definición de Familiar Dependiente, tal como se estipula en la Cláusula 1<sup>a</sup>. Definiciones;
2. Residir en América Latina, con excepción de los Estados Unidos de América, Canadá, Islas Vírgenes (USA) y Puerto Rico;
3. No trabajar de manera permanente o temporal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá;
4. En caso de tener domicilio legal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá; debe por lo menos, residir nueve meses del año fuera de estos países. Los familiares Dependiente que estén registrados como estudiantes con la Compañía, no tienen que cumplir con el que cumplir con el requisito de residencia.

### **CLÁUSULA 4<sup>a</sup>** **DECLARACIONES INEXACTA DE LA EDAD**

Si se determina de que existe una declaración inexacta de la edad de los Asegurados:

1. Si la inexactitud tiene efecto en las primas, un ajuste de primas será hecho;  
y
2. La edad correcta determinará si los Asegurados tiene derecho a estar cubiertos bajo la Póliza.

#### **CLÁUSULA 5ª** **DURACIÓN DE LA PÓLIZA.**

Esta Póliza tiene duración de doce meses y pueden ser renovada por un período de la misma duración al pagarse la prima de renovación

#### **CLÁUSULA 6ª** **INICIACIÓN DEL SEGURO**

El seguro concedido bajo esta Póliza entra en vigor a las 12:01 a.m. del día de inicio de vigencia, consignada en la Carátula de esta Póliza.

Cualquier ingreso a la Póliza de Familiares Dependientes solicitado con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia tendrá efecto a partir de la fecha de aceptación de la Compañía. La aceptación será comunicada por escrito.

Si en la fecha de iniciación del seguro un Solicitante se encuentra hospitalizado, la Compañía no tendrá ninguna responsabilidad por los gastos incurridos relacionados a la causa de la hospitalización, y el ingreso a la Póliza será determinado por la Compañía.

#### **CLÁUSULA 7ª** **TERMINACIÓN DEL SEGURO**

Los Beneficios proporcionales por esta Póliza terminan a las 12:01 a.m. en la primera de las siguientes fechas:

1. El último día del año de contrato, o porción del año de contrato (si el modo de pago de las primas es otro que no sea anula), por el cual las primas han sido pagadas en su totalidad, si el pago de las primas para el siguiente año, o porción de año, no es recibido durante el Período de Gracia;
2. El último día del año de contrato en el que el Asegurado Principal, o alguno de sus Dependientes Elegibles dejan de calificar como elegibles, tal como se estipula en esta Póliza,
3. El último día del año de contrato en el que el Asegurado Principal cumple 100 años de edad;
4. En lo que se refiere a Dependientes Elegibles, el día en que los Beneficios del Asegurado principal terminan;
5. En lo que se refiere a un hijo dependiente, el último día del año de contrato en que dicho hijo dependiente se ha casado, está trabajando en un empleo regular, cumple los diecinueve años de edad, o cumple los veinticinco años de edad, si es un estudiante;

6. En lo que se refiere a cónyuges, el último día del año de contrato durante el cual se ha dictado la sentencia de divorcio;
7. En lo que se refiere a Dependientes Elegibles, el último día del año de contrato, durante el cual el Asegurado Principal fallece;
8. En lo que se refiere a todos los Asegurados cubiertos bajo la Póliza, el último día del mes en que la Compañía es informada de que el Asegurado Principal ya no reside en América Latina.

#### **CLÁUSULA 8 a.** **DECLARACIONES FALSAS E INEXACTAS**

La Compañía puede terminar la cobertura de un Asegurado por medio de aviso escrito a él, debido a declaraciones falsas en los formularios de suscripción, o por dolo para obtener cobertura o tratar de obtenerla. La terminación será efectiva desde la fecha de inicio de vigencia del Seguro: La Compañía reembolsará la prima pagada, menos el valor de cualquier Beneficio pagado. Si el valor de los Beneficios pagados excede el valor de la prima, el Asegurado reembolsará tal exceso a la Compañía.

#### **CLÁUSULA 9 a.** **PRIMAS**

Las primas pagaderas por la cobertura que se extiende bajo esta Póliza son por el término de un año. Las primas se ajustarán en la renovación y estarán basadas en las edades de los Asegurados y el nivel de primas en vigor para ese año: Las primas le serán reembolsadas al Asegurado Principal, si él decide, dentro de los primeros diez días después de haber recibido la póliza, cancelar la Póliza. Si esta Póliza es cancelada debido a que el Asegurado, o alguno de sus Dependientes elegibles cambia su residencia a un país o territorio en el cual las coberturas no pueden ser otorgadas, y si dicho cambio de residencia ocurre durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado Principal tiene derecho a recibir la porción de la prima no devengada durante dicho período de vigencia.

#### **CLÁUSULA 10 a.** **PERÍODO DE GRACIA**

Después del pago de la primera prima, un período de gracia de treinta días será otorgado para el pago de las primas subsiguientes. Si al expirar el período de gracia, la prima vencida no es pagada, la Compañía cancelará la Póliza en la fecha de vencimiento en que debió pagarse la prima.

#### **CLÁUSULA 11 a.** **REHABILITACIÓN**

Si esta Póliza es terminada por la falta de pago de las primas, el Asegurado Principal puede someter a la Compañía un formulario de rehabilitación, dentro de los sesenta días de la fecha de terminación, solicitando que la Póliza sea rehabilitada. Este formulario de rehabilitación puede ser aceptado o negado. Si el formulario es

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

aprobado, los beneficios serán rehabilitados en la fecha de vencimiento de las primas, siempre y cuando dichas primas hayan sido pagadas. Los Beneficios rehabilitados solamente cubrirán Accidente sufridos después de la fecha de rehabilitación y enfermedades que se iniciaron diez días después de dicha fecha. En todos los otros aspectos, el Asegurado tendrán todos los derechos que concedía la Póliza antes de la fecha de vencimiento de las primas.

#### **CLÁUSULA 12 a. CAMBIOS A LA PÓLIZA**

La Póliza no podrá ser modificada, excepto por un Representante de la Compañía. Para que una modificación sea válida, tendrá que ser hecha por medio de Anexo o Endoso Emitido y firmado por un Representante de la Compañía. Ningún agente o cualquier otra persona puede efectuar cambio alguno a la Póliza, ni puede renunciar a alguna de sus estipulaciones.

Cualquier cambio que realice la Compañía, en las estipulaciones de esta Póliza, incluyendo cualquier aumento o disminución en las primas, deberá ser notificado por escrito al Asegurado y/o a su corredor o agente, con un mínimo de treinta días de anticipación a la fecha efectiva del cambio, el cual entrará en vigor en la misma fecha en que se inicia la vigencia para el nuevo período de la Póliza. Si el cambio propuesto no es aceptado por el Asegurado, dicho Asegurado deberá notificarlo por escrito a la compañía, antes de la fecha de inicio de la vigencia; y la Compañía procederá a no renovar el contrato.

#### **CLÁUSULA 13 a. DEDUCIBLE**

El Deducible se aplica a los Gastos Elegibles incurridos por los Asegurados durante cada año calendario. Los siguientes gastos no pueden ser utilizados para satisfacer el Deducible: (a) cargos en exceso de los Gastos Razonables y Acostumbrados; (b) cargos para tratamientos, suministros o servicios que no están cubiertos bajo esta Póliza; (c) cargos en exceso de las limitaciones de los beneficios (por ejemplo, número de días, meses, consultas o cantidades monetarias); (d) cualquier penalidad impuesta por no cumplir con los Requisitos para Ingresar a un Hospital.

#### **CLÁUSULA 14 a. REQUISITOS PARA INGRESAR A UN HOSPITAL**

Si un Asegurado necesita ser hospitalizado en los Estados Unidos de América, (incluyendo Puerto Rico); dicho Asegurado, o su representante, debe comunicarse con la Compañía revisora de servicios médicos, llamando al número de teléfono correspondiente que aparece en la Tarjeta de Identificación. La notificación debe ser efectuada de la siguiente manera:

- a) Con anticipación a un ingreso que no sea de emergencia
- b) Dentro de las veinticuatro horas siguientes a un ingreso de emergencia.

La comunicación con la compañía revisora no garantiza el pago de algún servicio prestado. Cualquier pago por servicios prestados estará sujeto a todos los términos y condiciones de la Póliza.

La decisión final de cómo cualquier servicio deberá ser prestado recaerá sobre el Asegurado y el Médico. Si un Asegurado decide ingresar a un Hospital en los Estados Unidos de América (Incluyendo Puerto Rico), sin antes comunicarse con la compañía revisora, sus beneficios serán reducidos, tal como se indica en el Cuadro de Seguros.

La compañía revisora pudiera sugerir tratamientos alternos o el uso de servicios o suministros no cubiertos bajo la Póliza. Cuando ésto ocurra, sujeto a la aprobación de la Compañía, los gastos incurridos de esa manera estarían cubiertos en las mismas bases de los cuidados y tratamientos que sustituyen.

#### **CLÁUSULA 15 a. NOTIFICACIÓN DE RECLAMOS**

Todo reclamo debe ser notificado por escrito a la Compañía, dentro de los siguientes treinta días después de la ocurrencia del siniestro; o tan pronto como sea razonablemente posible. La Compañía no negará o reducirá el reclamo, si se demuestra que la notificación escrita no pudo ser dada dentro del tiempo establecido, y que en efecto, fue notificada, tan pronto como fue razonablemente posible. La notificación debe indicar el nombre del Asegurado Principal, el número de la Póliza, el nombre de la persona quien incurrió en el gasto, la naturaleza y el monto del mismo.

#### **CLÁUSULA 16 a. FORMULARIO DE RECLAMACIÓN**

Al recibir notificación de un reclamo, la Compañía proveerá el formulario para cumplir con el requisito de notificación escrita de un reclamo. Si los formularios no son enviados dentro de quince días, el reclamante puede cumplir con los requisitos de notificación escrita, enviando pruebas por escrito, dentro del período de tiempo indicado en esta Póliza, sobre ocurrencia, naturaleza y monto del siniestro.

#### **CLÁUSULA 17 a. LIMITACIÓN DE TIEMPO PARA SOMETER RECLAMOS**

Los reclamos deben ser recibidos por la Compañía dentro de los seis meses siguientes a la fecha en que los servicios fueron recibidos o los suministros adquiridos. La Compañía no aceptará prueba de una pérdida o notificación de un reclamo después de transcurridos seis meses de la fecha en que los servicios fueron prestados o los suministros adquiridos.

### **CLÁUSULA 18 a. PAGO DE BENEFICIOS**

Una vez que la Compañía reciba apropiada y aceptable prueba de un siniestro, la Compañía: a) pagará los correspondientes Beneficios bajo esta Póliza; o b) notificará al reclamante, por escrito, de los motivos para no pagar los Beneficios; o c) notificará al reclamante, por escrito, que documentación adicional es necesaria antes de poder revisar y/o pagar el reclamo bajo los términos de esta Póliza.

### **CLÁUSULA 19 a. PERÍODO DE ESPERA**

Durante los primeros cuatro meses de vigencia sólo se cubrirán gastos ocasionados por accidente y/o enfermedades infecciosas, siempre y cuando sean sufridas o contraídas después de la fecha de inicio de la vigencia.

### **CLÁUSULA 20 a. CÓMO SE PAGARÁN LOS BENEFICIOS CUBIERTOS**

Los Beneficios descritos en esta póliza serán pagaderos al presentarse pruebas fehacientes de los gastos elegibles incurridos por los Asegurados.

Los Beneficios Cubiertos serán pagaderos aplicando el porcentaje de reembolso y hasta el máximo indicados en el Cuadro de Seguros, después de que el Deducible sea satisfecho. Los beneficios están sujetos a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza. En ausencia de prueba fehaciente, cuando un solo cargo es hecho por una serie de servicios, cada servicio se calculará de manera proporcional sobre el total del cargo. La fecha en que un servicio es recibido o un suministro es comprado, será considerada como la fecha de ocurrencia de Beneficio prestado.

### **CLAUSULA 21 a. NIVEL DE REEMBOLSO**

Todos los pagos efectuados por la Compañía estarán basados en Gastos Razonables y Acostumbrados, como se definen en la sección de Definiciones de esta Póliza. No se pagaran beneficios en exceso de Gastos Razonables y Acostumbrados por tratamientos, servicios, o suministros cubiertos bajo esta Póliza.

### **CLAUSULA 22 a. MÉTODO DE PAGO**

La Compañía pagará directamente en dólares de los Estados Unidos de América a aquellos hospitales que acepten pagos directos. Cualquier otro cargo será pagado sujeto a presentación del formulario de reclamación anexando pruebas fehacientes de los servicios recibidos.

**CLAUSULA 23<sup>a</sup>.**  
**MONEDA Y TASA DE CAMBIO**

Los pagos a efectuarse bajo esta Póliza serán hechos en dólares de los Estados Unidos de América. Cualquier factura elegible presentada en moneda diferente a dólares, será pagada en dólares utilizando el promedio de la tasa de cambio en vigor durante el mes en que los servicios fueron prestados o los suministros fueron adquiridos.

**CLAUSULA 24<sup>a</sup>.**  
**PERMISO PARA REVISAR REGISTROS MEDICOS**

Todos los Asegurados cubiertos bajo esta Póliza autorizarán a cualquier Hospital, Médico, o cualquier otra institución o persona que le preste algún servicio o provea algún suministro, a que le envíen a la Compañía cualquier registro o documentación necesaria para el proceso de algún reclamo. Cualquier costo incurrido en la obtención de este tipo de información correrá por cuenta de la Compañía.

**CLAUSULA 25<sup>a</sup>.**  
**DERECHO A REHUSAR CESIONES DE PAGOS**

La Compañía se reserva el derecho de efectuar pagos directamente al Asegurado Principal y a rehusar cesiones de pagos a terceros.

**CLAUSULA 26<sup>a</sup>.**  
**DERECHO A EXAMEN**

La Compañía, a su propio costo, tiene el derecho de examinar, por medio de un Médico designado por ella, a un Asegurado que tenga un reclamo pendiente, donde y cuantas veces sea razonablemente posible.

**CLAUSULA 27<sup>a</sup>.**  
**ACCION LEGAL**

Ninguna acción legal podrá ser presentada contra la Compañía para lograr el pago de una reclamación a menos que haya transcurrido un periodo mayor de 30 días, contados a partir de la fecha en que la prueba de reclamación ha sido suministrada de acuerdo con los requisitos de la Póliza. Todas las acciones que deriven de un contrato de seguro, prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que le dio origen.

**CLAUSULA 28<sup>a</sup>.**  
**SUBROGACION**

La Compañía tiene el derecho de subrogación de los derechos de los Asegurados, incluyendo el derecho de interponer una demanda judicial en nombre del Asegurado, por gastos médicos que la Compañía haya pagado, cuando el Asegurado tiene derecho a recuperar dichos gastos de parte de otra persona responsable, incluyendo seguros de responsabilidad civil, o cualquier persona o entidad que hayan causado el

Accidente o necesidad del cuidado, pero excluyendo a un asegurador de gastos médicos de una Póliza emitida a nombre del Asegurado.

Todos los Asegurados cooperaran con la Compañía en sus esfuerzos para obtener el reembolso. Incluyendo el proporcionar a la Compañía con cuanta información sea necesaria para obtener dicho reembolso y/o de completar cualquier formulario de consentimiento, renuncia, cesión, o cualquier otro documento que sea requerido por la Compañía para obtener el reembolso.

El Asegurado no tomara acción alguna que pueda perjudicar los derechos e intereses de la Compañía bajo esta Póliza.

#### **CLAUSULA 29<sup>a</sup>. DERECHO DE RECUPERACION**

La Compañía tiene el derecho de recuperar pagos en exceso efectuados a, o en beneficio de, un Asegurado como Beneficios bajo esta Póliza. Si un Asegurado tiene el derecho a un pago o reembolso de parte de terceros como resultado de acción o reclamo legal, y dicha acción o reclamo:

- A. Se debe o tiene relación con un Accidente o Enfermedad; y
- B. Los Beneficios han sido pagados bajo esta Póliza por el Accidente o Enfermedad;

La Compañía tiene el derecho de recibir reembolso de cualquier pago que efectúe dicha tercera persona, ya sea por decreto, transacción, o cualquier otra acción, pero no excediendo la menor:

- A. La cantidad total de Beneficiarios pagados por el Accidente o Enfermedad; y
- B. La cantidad recibida por el Asegurado por el Accidente o Enfermedad, menos los costos legales incurridos para obtener el pago.

El Asegurado no tomara acción alguna que perjudique el derecho de la Compañía a recuperar, y ejecutará y proporcionará cualquier documento o información que la Compañía pudiese requerir.

#### **CLAUSULA 30<sup>a</sup>. CONCURRENCIA DE COBERTURAS**

Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el que el asegurado pudiera estar cubierto. Cuando algún asegurado este cubierto también por otra(s) póliza(s) que tengan (n) las mismas coberturas que las del presente contrato, los beneficios del mismo se reducirán a una cantidad igual al complemento que resulte para que el pago total por las indemnizaciones conjuntas sea igual al 100 % de los beneficios aquí estipulados.

**CLAUSULA 31<sup>a</sup>.**  
**ACCIONES U OMISIONES DE TERCERAS PERSONAS**

La Compañía no asume responsabilidad por las acciones u omisiones de algún Hospital, Médico, o cualquier otra tercera persona.

**CLAUSULA 32<sup>a</sup>.**  
**ERROR ADMINISTRATIVO**

Error(es) administrativo(s), o demora(s) en establecer los registros por parte de la Compañía: a) no ocasionarán negación para otorgar el seguro que hubiera sido otorgado en la ausencia de los errores o demoras; b) no extenderán el periodo de cobertura que hubiera terminado; y c) estarán sujetos a los ajustes de primas, si ello fueran necesarios.

**CLAUSULA 33<sup>a</sup>.**  
**NOTIFICACIONES**

Todas las notificaciones requeridas por esta Póliza serán dadas por esta póliza serán dadas por escrito. Si la notificación es para el Asegurado, ésta será enviada al asegurado y/o a su corredor o agente; y si debe ser dada a la Compañía, debe ser enviada a su oficina principal.

**CLAUSULA 34<sup>a</sup>.**  
**ARBITRAJE**

Las partes contratantes convienen que cualquier conflicto, disputa o reclamación que surja de o se relacione con la aplicación, interpretación o cumplimiento del presente contrato deberá ser resuelto mediante el procedimiento de arbitraje, de conformidad con el Reglamento de Conciliación y Arbitraje del Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Guatemala, cuyas decisiones las partes aceptan desde ya que serán irrevocables. Al surgir cualquier conflicto, disputa o reclamación, las partes autorizan que la Junta Directiva del Centro nombre al (o los) árbitros (s), de conformidad con su Reglamento. El laudo arbitral será directamente ejecutable ante el Tribunal competente.

**CLAUSULA 35<sup>a</sup>.**  
**BENEFICIOS CUBIERTOS** (ver sumas aseguradas, deducibles, porcentajes de reembolso y límites de coaseguro en el Cuadro de Seguros adjunto a estas Condiciones Generales).

**(1) Servicios de Hospital**

Los Beneficiarios Cubiertos están limitados a:

**a. Reclusión en Hospital**

- Cargos por cuarto y alimentación en base de la tarifa de Habitación Semi-Privada en el extranjero. Para hospitalizaciones en el país de residencia la base de reembolso es en base a una habitación privada hasta un máximo de US\$125 diarios.

- Si un Hospital en el extranjero no posee habitaciones semi-privadas, el máximo pagadero por concepto de cuarto y alimentos será el ochenta por ciento de la tarifa más baja que tenga el Hospital por una habitación privada.
- Unidad de Cuidados Intensivos y otras unidades de cuidados especializados hasta por un máximo de tres veces al cargo de cuatro y alimentación.
- Otros servicios de hospital y suministros (excepto artículos personales o de comodidad) incluyendo, pero no limitados a: cuidados de enfermera, terapia de inhalación, física u ocupacional (mientras el Asegurado se encuentra interno), quirófano, sala de recuperación, suministros médicos y quirúrgicos, exámenes diagnósticos de laboratorios y rayos-x, electrocardiogramas, electroencefalogramas, oxígeno y su administración, soluciones intravenosas e inyecciones.

#### **b. Cirugía Ambulatoria**

Cuando un Asegurado se somete a un procedimiento quirúrgico que no requiere hospitalización, los honorarios quirúrgicos y demás servicios relacionados con la cirugía, serán reembolsados al mismo nivel como si el Asegurado hubiera sido internado.

#### **(2) Servicios Médicos**

**a. Visitas en el consultorio, excepto en el país de residencia donde se excluye**

**b. Visita en el Hospital,** limitada a una visita por día de hospitalización. No se pagaran visitas relacionadas a un procedimiento quirúrgico o a fisioterapia.

**c. Cirugía,** los beneficios cubiertos incluyen los cargos de procedimientos quirúrgicos necesarios, incluyendo, pero no limitados a , tratamiento de fracturas y dislocaciones de huesos y operaciones necesarias para el tratamiento o diagnóstico de una enfermedad que involucre incisiones o situación de una herida, siempre y cuando el procedimiento involucrado esté:

1. Cubierto bajo la póliza: y
2. Sea hecho en un Hospital, consultorio médico o en un centro de cirugía ambulatoria.

Un beneficio por separado es pagadero por cada procedimiento quirúrgico efectuado, excepto procedimientos múltiples que son efectuados durante la misma sesión quirúrgica o a través de las mismas incisiones, los cuales son únicamente pagaderos por el procedimiento que provea el mayor reembolso bajo la Póliza.

Los beneficios por cirugía(s) reconstructiva(s) solo serán pagaderos si dicha cirugía(s):

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

- 1) **Medicamento necesaria.** Medicamento necesaria significa que un trasplante, tratamiento, servicio, suministro, equipo, medicamento o estancia en el hospital, centro de trasplante o asistencial:

1º Es apropiado y esencial para los diagnósticos y tratamiento de la enfermedad de una persona asegurada.

2º No excede en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.

3º Ha sido prescrito por un Médico.

4º Es consiente en las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en los Estados unidos de América; o por la comunidad médica del país donde se presta el Servicio o tratamiento; y

- 2) Debido al tratamiento de una enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.

d. **Cirujano Asistente.** En el caso de necesidad médica, y previa autorización de la Compañía, se podrán reconocer los honorarios de un cirujano asistente. Dichos honorarios estarán limitados a Gastos Razonables y Acostumbrados.

e. **Anestesiólogo.** Los Beneficios Cubiertos están limitados a los Gastos Razonables y Acostumbrados por los servicios prestados por un anestesiólogo durante un procedimiento quirúrgico cubierto bajo esta Póliza.

f. **Anestesiólogo Asistente.** En el caso de necesidad médica, y previa autorización de la Compañía, se podrán reconocer los honorarios de un anestesiólogo asistente. Dichos honorarios estarán limitados a Gastos Razonables y Acostumbrados.

**(3) Trasplante**

Solamente se cubrirán los siguientes trasplantes:

- i) Corazón
- j) Corazón/pulmón
- k) Hígado
- l) Páncreas
- m) Riñón
- n) Medula ósea
- o) Córnea
- p) Pulmón

El beneficio de Trasplante está sujeto a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza. Adicionalmente, dicho beneficio está sujeto a las siguientes exclusiones:

Ningún beneficio es pagadero por tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro:

- a) Suministrado como resultado de, o de alguna manera relacionado con un trasplante que no este específicamente indicado aquí; o que no ha sido previamente aprobado por la Compañía;
- b) Que sea considerado Experimental (como se define en esta Póliza) o electivo;
- c) Suministrado cuando tratamientos o procedimientos alternos, igualmente, efectivos para tratar la condición o enfermedad que causa el trasplante, estén disponibles;
- d) Suministrado como resultado de un trasplante en el cual el Asegurado recibe un equipo artificial o aparatos designados para reemplazar los órganos humanos o si el órgano donado proviene de un animal; o
- e) Suministrado como un segundo trasplante a un trasplante inicial que fue suministrado antes de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza y el cual no tuvo éxito.

Los gastos de materiales y servicios no específicamente excluidos quedarán cubiertos si:

- a. Se incurren durante el proceso para la adquisición del órgano, médula ósea o córnea obtenido(a) de un donante fallecido con el propósito de efectuar el trasplante. Se incluyen los gastos relacionados por extirpación, preservación y transporte de un órgano, médula ósea o córnea que se intente trasplantar a un Asegurado.
- b. Se incurren en un donante vivo durante el proceso de extirpación de un órgano, médula ósea o córnea con el propósito de efectuar el trasplante a un Asegurado. Además, cubre los gastos que se incurran por:
  1. Investigación de donantes potenciales,
  2. Servicios prestados al donante en un hospital o centro de trasplante, donde las condiciones de la Póliza con respecto a honorarios, servicios, materiales y/o equipos máximos aplicarán, siempre que sean requeridos durante el proceso de extirpación del órgano o tejido que se va trasplantar.

1. Se incurren en el cultivo de la médula con relación al trasplante practicado a un Asegurado.

Todo trasplante se deberá realizar en un Hospital especializado, que sea reconocido y aceptado por el Consejo de las Organizaciones Profesionales que estén reconocidas por la Comunidad Médica Internacional como centro especializado para efectuar el trasplante específico.

El beneficio Máximo para Trasplantes es de US\$250,000

#### **(4) Recetas Médicas Ambulatorias**

Los beneficios están limitados a gastos incurridos por medicamentos que:

- a. Requieren receta médica para ser obtenidos;
- b. Deben ser dispensados por un médico o un farmacéutico con las apropiadas credenciales; y
- c. Deben estar aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de Norteamérica (United States Food and Drug Administration)

Este beneficio solo aplica fuera del país de residencia.

#### **(5) Diálisis:**

Sub-límite Anual US\$25,000. Sub-Límite Máximo Vitalicio de US\$75,000.

#### **(6) Terapia Física:**

Sub-límite US\$1,000 por año calendario.

#### **(7) Ambulancia Terrestre Aérea**

1. **Ambulancia Terrestre:** Los beneficios están limitados a Gastos Razonables y Acostumbrados incurridos por los servicios profesionales de una ambulancia terrestre dentro del país donde el evento ocurra. Los Gastos Elegibles están limitados a un viaje de ida y uno de regreso al Hospital más cercano, por Asegurado, por evento.
2. **Ambulancia Aérea:** Los gastos elegibles incluyen los Gastos Razonables y Acostumbrados incurridos por un Asegurado por el transporte al Hospital o institución médica más cercana con el equipo necesario para tratar la dolencia que afecta al Asegurado. El beneficio es elegible Si: a) el Médico tratante certifica que el Asegurado requiere evacuación médica de emergencia para recibir el tratamiento requerido y que dicho tratamiento no se encuentra disponible en el área donde se encuentra el Asegurado; y b) la condición del Asegurado va a requerir un periodo de hospitalización.

Los Gastos Elegibles incluyen los costos de una ambulancia aérea, si es médicamente necesaria, y;

- a) El viaje en aeronave comercial (por ejemplo, en camilla acompañado por un médico) no es posible; y
- b) La incapacidad requiere los servicios especiales que se encuentran a bordo de una ambulancia aérea:
  1. Operada por un reconocido operador de ambulancias aéreas;
  2. Con equipos y suministros médicos especiales; y
  3. Con personal médico calificado

El beneficio máximo pagadero se indica en el Cuadro de Seguros

Este beneficio es pagado por reembolso.

#### **CLÁUSULA 36ª. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**

No se pagarán beneficios bajo esta Póliza por gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros, debidos o relacionados con:

1. Exámenes médicos de rutina, estudios diagnósticos que son parte de un examen médico de rutina, incluyendo, pero no limitado a, exámenes pediátricos a recién nacidos, vacunas, la emisión de Pólizas de seguro y dictámenes médicos, y exámenes o evaluaciones de dependencia física, mental o química con el propósito de obtener o continuar un empleo, un seguro, licencia, admisión escolar o para participación en eventos deportivos, o la evaluación y tratamiento de incapacidades del aprendizaje.
2. Exámenes rutinarios de la vista, incluyendo refacción ocular y la habilitación de lentes (incluyendo lentes de contacto) y exámenes rutinarios del oído, incluyendo la habilitación de audífonos.
3. Tratamientos podiátricos, incluyendo pero no limitados a, el tratamiento de pies planos, callos, juanetes o uñas de pie; padecimientos sintomáticos de los pies; desórdenes congénitos de los pies; zapatos ortopédicos o cualquier otro equipo de soporte tal como soporte de arcos de pie; o cualquier otro servicio o suministro preventivo.
4. Tratamientos o prevenciones dentales o tratamiento o cirugía dental o de las encías relacionadas o no con alguna condición de las mandíbulas, excepto cuando se trate de la reparación o reemplazo de un diente sano natural que ha sido dañado en un accidente sufrido mientras el Asegurado se encuentra cubierto bajo esta Póliza.

5. Servicios o suministros médicos o dentales para el tratamiento de problemas articulares de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a, el tratamiento del síndrome temporomandibular, cráneo-mandibular o cualquier otro desorden de la articulación que une la mandíbula al cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación;
6. Defectos congénitos y anomalías o condiciones asociadas con el nacimiento.
7. Un Accidente o Enfermedad

(a) Atendido(a) por cualquier Ley de Seguro Social, o por cualquier otra legislación o plan de beneficios similar emitido por una entidad gubernamental, o por cualquier otro organismo oficial que tenga la requerida jurisdicción para promulgar tal legislación.

No obstante lo anterior, en el caso que después de haberse efectuado el pago total de beneficios pagaderos bajo la Ley de Seguro Social, u otra legislación similar, quedase sin pagar algún balance, gasto o porción de gastos cubiertos bajo esta Póliza por concepto de tal Enfermedad o Accidente, tal balance, gasto o porción de gastos se considerará como pagadero bajo la misma, de acuerdo con el porcentaje y hasta el límite de beneficios estipulados bajo la Póliza quedando sujeto a todos los términos y condiciones de la misma.

- (b) Por daños causados a sí mismo, ya sea en estado de locura o cordura;
- (c) Por guerra, declarado o no, actos de terrorismo o violencia civil, actos cometidos durante la suspensión de las garantías constitucionales dirigidos contra entidades gubernamentales o civiles;
- (d) Por participar en motín, huelga, tumulto, rebelión militar o popular, revolución o disturbio público;
- (e) Por participar en actos ilícitos, asaltos, felonías, incluyendo pero no limitado a, riñas iniciadas por el Asegurado; o
- (f) Producto de la influencia total o parcial, de alcohol o estupefacientes o cualquier otra droga que no sea bajo receta y cuidado médico. Además, ningún beneficio será pagadero por algún Accidente o Enfermedad contraído(a) mientras el Asegurado se encuentra bajo la influencia, total o parcial, de drogas recetadas por un Médico para el tratamiento de dependencia química o alcohólica;

8. Tratamientos para la cura de la adicción a las drogas o alcoholismo, incluyendo sus complicaciones e incluyendo, pero no limitado a exámenes, consultas y tratamientos efectuados por un médico psiquiatra o servicios prestados para el tratamiento de las complicaciones derivadas de la adicción a las drogas o el alcohol;

9. Tratamientos para la cura de enfermedades mentales o desórdenes nerviosos, así como cualquier complicación derivada de los mismos, o a consecuencia

de los efectos negativos resultados de medicinas tomadas para tratar enfermedades mentales o desórdenes nerviosos.

10. Tratamientos para el manejo de la maternidad.
11. Gastos en exceso del Máximo Vitalicio como se estipula en el Cuadro de Seguros, o gastos en exceso de cualquier otro máximo estipulado en dicho Cuadro;
12. Tratamientos, servicios, o suministros que:
  - a. No sean Médicamente Necesarios para el tratamiento o diagnóstico de un Accidente o Enfermedad, aunque ellos sean recetados, recomendados, o aprobados por un Médico o Dentista;
  - b. Sean de naturaleza experimental o investigativa o que sean afectados de manera no aceptada por la comunidad médica.
  - c. Sean prestados por un Pariente Cercano, o prestados por una persona que reside en la residencia del Asegurado, o que fueron prestados en una institución que sea propiedad de un Pariente Cercano del Asegurado.
  - d. Sean suministrados para el tratamiento de complicaciones de Accidentes o Enfermedades no cubiertas por esta Póliza;
  - e. Sean prestados por parientes Cercanos del Asegurado durante un período de hospitalización del Asegurado;
  - f. Sean prestados antes de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, o después de la fecha de terminación de la Póliza, no importando si el Accidente o la Enfermedad ocurrió o fue diagnosticado durante el período de vigencia de la Póliza.
  - g. Sean prestados para el tratamiento de cualquier condición relacionado con el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirido (SIDA), Complejo Relacionado con SIDA (CRS) o cualquier enfermedad venérea o sexualmente transmitida, o cualquier tratamiento de la enfermedad de Chagas o sus complicaciones.
  - h. Sean prestados para el tratamiento de alguna condición que ha sido específicamente excluida por la Compañía por medio de anexo o endoso, incluyendo complicaciones de dichas condiciones excluidas;
  - i. Sean prestados para el tratamiento de abortos electivos;
13. Terapia recreacional o educacional;
14. Las siguientes drogas, medicinas y suministros aunque sean recetadas por un Médico:

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

- a. Experimentales o investigativas;
  - b. Vitaminas, suplementos dietéticos, depresivos del apetito, regeneradores de cabellos, medicinas para la ayuda de la regeneración de la piel, ayudas de embellecimiento o de salud, Nyastin, Minoxidil o chicles de nicotina;
  - c. Medicinas, drogas o suministros que no requieran receta médica;
  - d. Mecanismos o medicinas anticonceptivas, excepto cuando son Médicamente Necesarias en el tratamiento de una condición médica; o
  - e. Medicinas recetadas para condiciones que no son médicas o medicinas que son recetadas para el tratamiento de condiciones no cubiertas por esta Póliza;
15. Gastos los cuales:
- a. Exceden el Gasto Razonable y Acostumbrado de un servicio o suministro;
  - b. No hubieran sido incurridos en la ausencia de seguro;
  - c. No requieren responsabilidad legal por parte del Asegurado; o
  - d. Son por servicios o suministros no cubiertos bajo esta Póliza;
16. Los siguientes procedimiento quirúrgicos y sus servicios y suministros relacionados incluyendo, pero no limitados a, estadías hospitalarias, medicinas y exámenes diagnósticos de laboratorios y rayos – x:
- a. cirugía electiva, cosmética o plástica, y sus tratamientos relacionados, para reparar o modificar una estructura corporal saludable con el propósito de mejorar la apariencia o la psique del Asegurado, ya sea por causas psicológicas o emotivas, excepto cuando son requeridas como resultado directo de un Accidente o Enfermedad contraídos después de la fecha efectiva de la cobertura bajo esta póliza;
  - b. Keratotomía radial o cirugía ocular con el propósito de corregir errores de refracción;
  - c. procedimiento de trasplantes de órganos, excepto como se describen en la sección de beneficios de esta póliza;
  - d. cambios de género sexual, o mejorías en la función sexual, incluyendo pero no limitada a, prótesis penil e impotencia sexual, o cualquier tratamiento (quirúrgico o no) para corregir disfunciones sexuales;
  - e. reversión de procedimientos de esterilización sexual, o por cualquier tipo de control del embarazo; o

- f. inseminación artificial, fertilización in vitro o in vivo, o cualquier servicio similar o procedimientos para causar el embarazo, o cualquier tratamiento (quirúrgicos o no) contra la infertilidad;
- 17. Visita a la sala de emergencias de un Hospital por un Accidente o enfermedad que no es considerado de emergencia;
- 18. Tratamiento quiroprácticos de desórdenes de la espina dorsal o el esqueleto incluyendo terapia física y manipulación de huesos, articulaciones tejidos;
- 19. Prótesis, o el uso de aparatos correctivos o implementos médicos que no sean Médicamente Necesarios;
- 20. La práctica o participación en eventos deportivos profesionales, en carreras o eventos de velocidad, buceo acuático o paracaidismo, escala de montañas (cuando se requiere el uso de sogas o guías), aviación (excepto cuando se viaja como pasajero en una aeronave comercial), deportes invernales competitivos, carreras de caballos, motociclismo, ski acuático, o participación en otros deportes o entretenimientos peligrosos los cuales pudieran poner la vida del Asegurado en peligro, ya sea por irresponsabilidad, falta de conocimiento o habilidad y otras condiciones agravantes;
- 21. Gastos de hospitalización por enfermedad que se inicien en un viernes, sábado, o domingo, a no ser que:
  - a. el Médico tratante certifique de que es Médicamente Necesario;
  - b. dicha estadía que se inicia en un fin de semana sea debido a un procedimiento quirúrgico que va a ser efectuado al día siguiente de la admisión hospitalaria;
- 22. Programas de aumento de peso, servicios o suministros relacionados con programas de suplementos o aumentos de comidas, a no ser que sean necesarios para mantener la vida de un paciente en estado crítico;
- 23. Pérdida de peso, control de peso, o cualquier otro servicio o suministros relacionado con el tratamiento de obesidad, ya sea por medio de dietas, ejercicios, inyección de líquidos, o el uso de algún medicamento o cirugía de cualquier índole.
- 24. Cuidados de custodia y cuidados de salud a domicilio, incluyendo, pero no limitado a, cuidados de largo plazo o cuidados de mantenimiento o terapia para condiciones crónicas ; servicios, suministros y tratamiento efectuados en sanatorios, instituciones de cura o cuidado de custodia, instituciones o centros de rehabilitación, instituciones o centros de tratamiento para cuidados geriátricos, o instituciones que no son consideradas como hospitales, tal como se definen en esta Póliza, incluyendo pero no limitado a, instituciones de cuidado a largo plazo e hidroclínicas;

25. Artículos personales y de comodidad, tales como radios, televisores, servicios de barbería o peluquería; alquiler o compra de aires acondicionados, humidificadores, vaporizadores, equipo de ejercicio, o equipos similares;
26. Cualquier gasto incurrido en la compra o alquiler de equipos médicos duraderos, tales como silla de ruedas, camas de hospital, aspiradores y cualquier otro equipo semejante, aun cuando sean recetados por un Medico.
27. Tratamientos de Accidentes o Enfermedades en las que el Asegurado no se encuentre bajo en cuidado de un Médico, o que no sean autorizadas por un Medico;
28. Gastos Elegibles presentados a la Compañía después de seis meses o más, en que fueron desembolsados.
29. Tratamientos, servicios, suministros prestados en :
  - a) países, o
  - b) por, o para el beneficio de personas y/o compañías sujetos a restricciones comerciales, penales económicas, transacciones financieras, regulaciones, o embargos impuestos por el gobierno de los Estados Unidos de América.

## CUADRO DE SEGUROS WORLDWIDE SELECT PLAN

LOS BENEFICIOS BAJO ESTA PÓLIZA ESTÁN SUJETOS A LO SIGUIENTE:  
MONEDA US\$

### I. CONDICIONES GENERALES ADJUNTAS

II. LÍMITE MÁXIMO POR PERSONA, AÑO 2,000,000  
CALENDARIO:

SUBLÍMITES:

BENEFICIO DE MATERNIDAD	7,500 (USA)		
POR CADA MATERNIDAD	3,000 (PAISES DE RESIDENCIA)		
COBERTURA CONGÉNITA VITALICIA	250,000		
TRANSPLANTE	350,000		
MÁXIMO DÍALISIS CALENDARIO ANUAL FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA	100,000		
MÁXIMO DIÁLISIS CALENDARIO ANUAL (PAÍS DE RESIDENCIA)	SIN LIMITE		
MÁXIMO POR TERAPIA FÍSICA CALENDARIO ANUAL FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA	50,000		
MÁXIMO POR TERAPIA FÍSICA CALENDARIO ANUAL (PAÍS DE RESIDENCIA)	SIN LÍMITE		

### III. SE APLICARÁN LOS BENEFICIOS SIGUIENTES PARA GASTOS ELEGIBLES INCURRIDOS EN EL PAÍS DE RESIDENCIA:

DEDUCIBLE POR CALENDARIO ANUAL	0
PORCENTAJE DE REEMBOLSO	90%
COBERTURA ÚNICAMENTE EN HOSPITALIZACIÓN	

### IV. SE APLICARÁN LOS BENEFICIOS SIGUIENTES PARA GASTOS ELEGIBLES INCURRIDOS EN HOSPITALES SELECTOS

DEDUCIBLE POR CALENDARIO ANUAL (POR PERSONA)	Se consignará el deducible escogido
NO EXITE COASEGURO	100%

V. SE APLICARÁN LOS BENEFICIOS SIGUIENTES PARA GASTOS ELEGIBLES INCURRIDOS DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES

DEDUCIBLE POR CALENDARIO ANUAL (POR PERSONA)	Se consignará el deducible escogido
PORCENTAJE DE REEMBOLSO	90%
LÍMITE DE COASEGURO AÑO CALENDARIO (POR PERSONA)	2,500
(DESPUÉS DE SATISFACER EL DEDUCIBLE)	

VI. SE APLICARÁN LOS BENEFICIOS SIGUIENTES PARA GASTOS ELEGIBLES INCURRIDOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

DEDUCIBLE POR CALENDARIO ANUAL (POR PERSONA)	Se consignará el deducible escogido
PORCENTAJE DE REEMBOLSO	70%
LÍMITE DE COASEGURO ( POR PERSONA)	7,500
(DESPUÉS DE SATISFACER EL DEDUCIBLE)	

VII. MÁXIMO PARA EL TRANSPORTE DE EMERGENCIA, AL CUAL SE HACE REFERENCIA EN EL ADITAMENTO ESTIPULADO PARA TRANSPORTE AÉREO DE EMERGENCIA.

GASTO MÁXIMO REEMBOLSABLE PARA LA TRANSPORTACIÓN A:

HOSPITALES DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES	25,000
TODOS LOS DEMAS HOSPITALES QUE NO ESTEN EN EL PAÍS DE RESIDENCIA	7,500

## SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES WORLDWIDE SELECT PLAN CONDICIONES GENERALES

### CLÁUSULA 1<sup>a</sup>. DEFINICIONES

Ciertas palabras y/o frases usadas en esta Póliza se definen a continuación. Otras palabras y/o frases son definidas cuando son usadas.

**En esta Póliza, el uso del género masculino automáticamente implica al género femenino, a no ser que el texto indique lo contrario.**

**ACCIDENTE:** La acción externa, violenta, fortuita, repentina, imprevista, e independiente de la voluntad del Asegurado que cause a éste lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico.

**ASEGURADO:** Es la persona a quien se le ha emitido la Póliza. Esta persona también es referida como el Asegurado Principal.

**BASE AMBULATORIA:** Significa que los servicios médicos se rinden como paciente externo no hospitalizado. El servicio incluye atención médica, pruebas de laboratorio y Rayos X o cualquier otro servicio médico cubierto bajo la Póliza.

**COASEGURO:** Significa el porcentaje de los gastos elegibles en que participará el Asegurado en su riesgo, o en el de sus Familiares Dependientes Asegurados, conforme lo establecido en esta póliza.

**CONDICIÓN PRE-EXISTENTE:** Enfermedad, maternidad, lesión, condición o síntoma, como más adelante se describe, la cual existía antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, o de la fecha de ingreso de un familiar Dependiente elegible, si dicho ingreso ocurre después de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

1. Enfermedad, lesión o condición por la cual la persona cubierta: a) tuvo advertencia médica o consultó a un médico, b) recibió tratamiento médico, servicios o suministros, c) se ha hecho o se le recomendaron exámenes de diagnóstico, drogas o medicinas recetadas o recomendadas; o.
2. La presencia de síntomas los cuales causarían a una persona prudente, a asistir a un médico para diagnóstico, cuidado y tratamiento.

**CUARTO SEMI-PRIVADO:** Habitación en un hospital con por lo menos 2 camas.

**DEDUCIBLE:** Cantidad de gastos elegibles que está obligado a pagar el Asegurado durante cada año calendario antes de que algún gasto elegible sea pagado bajo esta

Póliza. El deducible no es reembolsado por la Compañía.

**EDAD:** La edad en el último cumpleaños.

**EMERGENCIA MÉDICA:** Agravamiento inesperado de una condición médica, manifestada por síntomas de tal severidad que el dejar de proveer la atención médica necesaria pudiera resultar en: poner en serio peligro la salud del asegurado; o poner en serio deterioro las funciones corporales; o poner en seria disfunción cualquier órgano o parte del cuerpo.

**ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Enfermedad o trastorno existente en o desde el nacimiento, que haya sido o no diagnosticada en ese momento, o que haya sido diagnosticada o tratada durante el crecimiento y proceso del desarrollo hasta la adultez.

**ENFERMEDAD INFECCIOSA:** Enfermedad contagiosa causada por parásitos, bacterias, protozoos, hongos o virus.

**ENFERMEDAD O TRASTORNO MENTAL:** Psiconeurosis, psicosis o desorden de la personalidad como se define en el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. Se incluye el abuso de sustancia químicas, incluyendo el alcohol.

**Psiconeurosis:** Es un desorden mental o de comportamiento, de mediana a moderada severidad; anteriormente clasificado como una forma de neurosis, incluyendo histeria y neurastenia.

**Psicosis:** Desorden mental que causa una fuerte distorsión o desorganización de la capacidad mental del individuo o persona, el cual afecta la capacidad de reconocer la realidad, comunicarse, y relacionarse con los demás hasta el punto que interfiere con la capacidad de lidiar con las demandas comunes del diario vivir.

**Desorden de la personalidad:** Definición general, para el conjunto de desórdenes en el comportamiento, que se caracterizan usualmente por patrones de mala adaptación fuertemente arraigados persistiendo para toda la vida, con alteración de la conducta, estilo de vida, y ajuste social, los cuales son diferentes de los síntomas que se presentan en la psicosis y en la psiconeurosis.

**ENFERMERA:** Enfermera titulada, práctica o vacacional, debidamente autorizada y que no es ni el Asegurado Principal, ni alguno de sus familiares Dependientes, ni algún Pariente Cercano del Asegurado Principal.

**EXPERIMENTAL:** Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o período de hospitalización, (o parte de un período de hospitalización), que:

- a. No ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional, compuesta por: la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO), La Organización Panamericana de la Salud (OPS/PAHO), y la Administración de Drogas y Alimentos, (FDA), por sus siglas en inglés, de los Estados Unidos de América.
- b. Se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

**FAMILIAR(ES) DEPENDIENTE(S):** Se considerará(n) como familiar(es) Dependiente (s).

- a. El cónyuge legítimo, o en su defecto, la persona que viviendo en calidad de cónyuge permanente del Asegurado Principal, esté registrado como tal en la Compañía y que conviva con el Asegurado principal en el mismo domicilio. El cónyuge debe tener menos de 65 años de edad en el momento de entrar en la póliza;
- b. Los hijos naturales, hijastros o hijos legalmente adoptados, siempre que sean mayores de diez días de nacidos y menores de diecinueve años. Cualquiera de los antes mencionados deben ser solteros, vivir en la misma residencia del Asegurado Principal y depender económicamente de éste;
- c. Los hijos descritos en el inciso anterior, solteros de diecinueve años o más, que vivan con el Asegurado Principal, que dependan económicamente de él y que se encuentren estudiando. El Asegurado Principal debe presentar certificación a la Compañía de la calidad de estudiante de sus hijos. El amparo, en estos casos, se extiende hasta el cumplimiento de los veinticinco años de edad;
- d. Los padres del Asegurado Principal menores de cincuenta y cinco años de edad, siempre que el Asegurado principal sea soltero y conviva con sus padres en la misma residencia. Los mismos deberán solicitar la cobertura en la fecha efectiva de seguro del Asegurado Principal y en todo momento estarán sujetos a las normas de selección de riesgo de la Compañía.

Los familiares dependientes inscritos serán considerados como Asegurados.

**GASTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:** Cargo u honorario determinado por la Compañía que se establece como el cargo u honorario que proveedores de los mismos servicios, tratamiento o suministros cargan o cobran a las personas que residen en la misma comunidad, por tratamientos de lesiones o enfermedades similares a las que presente el Asegurado en su naturaleza y complejidad.

**HOSPITAL, CENTRO HOSPITALARIO O CLÍNICA:** Establecimiento que reúne las condiciones para atender a paciente que está legalmente autorizado para prestar los servicios que le son propios.

**LÍMITE MÁXIMO VITALICIO:** Cantidad total pagadera con respecto a un Asegurado. Esta cantidad será por toda la vigencia de la póliza o durante la vida del Asegurado, lo que primero cese.

**MÉDICO:** Persona legalmente autorizada a ejercer la medicina.

**PARIENTE CERCANO:** El cónyuge del Asegurado Principal, hijo natural, adoptivo o hijastro; hermano o hermana y padres del Asegurado Principal o de su cónyuge.

**PARTICIPACIÓN MÁXIMA DEL ASEGURADO:** Máximo de gastos elegibles anuales incurridos por el Asegurado que coasegura por su propia cuenta. El deducible no es considerado bajo este renglón. Esta frase también es conocida como Límite de Coaseguro.

**RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS:** Agrupación de todos los Proveedores de Servicios Médicos que se han comprometido a prestarle servicios al Asegurado a cambio de un honorario establecido entre ellos y la Compañía, quienes han sido contratados, de manera directa o indirecta, por la Compañía Administradora de Reclamos (T.P.A.) y que conforman su listado de afiliados con esta condición. Se incluyen en esta Red a los **Hospitales Selectos** que por su alta calidad de servicios y preferencia de los asegurados les ofrecen mayores ventajas. (Ver Cuadro de Seguros adjunto a estas Condiciones Generales).

**SOLICITUD DE SEGURO:** Formulario que deberá completarse para solicita cobertura bajo la Póliza.

**TARIFA DE CUARTO SEMI-PRIVADO:** Significa el cargo diario más común por un cuarto hospitalario ocupado por dos o más personas. Si el hospital donde el Asegurado se encuentra incluido no ofrece cuartos semi-privados, se considerará como tarifa de cuarto semi-privado el ochenta por ciento de la tarifa del cuarto privado de menor costo.

## **CLÁUSULA 2<sup>a</sup>.**

### **CONTRATO INDIVISIBLE**

La solicitud de Seguro, la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales y todos los Anexos y Endosos constituyen el contrato indivisible entre las partes.

### **CLÁUSULA 3 a.** **ELEGIBILIDAD**

Para ser elegible para los beneficios el Asegurado Principal tiene que:

1. Ser menor de 65 años de edad en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza;
2. Residir en América Latina, con excepción de los Estados Unidos de América, Canadá, Islas Vírgenes (USA) y Puerto Rico;
3. No trabajar de manera permanente o temporal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá;
4. En caso de tener domicilio legal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá; debe por lo menos, residir nueve meses del año fuera de estos países.

Para ser elegibles para los beneficios de la Póliza, los Familiares Dependiente tiene que:

1. Satisfacer la definición de Familiar Dependiente, tal como se estipula en la Cláusula 1ª. Definiciones;
2. Residir en América Latina, con excepción de los Estados Unidos de América, Canadá, Islas Vírgenes (USA) y Puerto Rico;
3. No trabajar de manera permanente o temporal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá;
4. En caso de tener domicilio legal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá; debe por lo menos, residir nueve meses del año fuera de estos países. Los Familiares Dependientes que estén registrados como estudiantes con la Compañía, no tienen que cumplir con el que cumplir con el requisito de residencia.

### **CLÁUSULA 4ª.** **DECLARACIONES INEXACTA DE LA EDAD**

Si se determina de que existe una declaración inexacta de la edad de los Asegurados:

1. Si la inexactitud tiene efecto en las primas, un ajuste de primas será hecho; y
2. La edad correcta determinará si los Asegurados tiene derecho a estar cubiertos bajo la Póliza.

## **CLÁUSULA 5ª DURACIÓN DEL SEGURO**

Esta Póliza tiene duración de doce meses y pueden ser renovada por un período de la misma duración al pagarse la prima de renovación.

## **CLÁUSULA 6ª INICIACIÓN DEL SEGURO**

El seguro concedido bajo esta Póliza entra en vigor a las 12:01 a.m. del día de inicio de vigencia, consignada en la Carátula de esta Póliza.

Cualquier ingreso a la Póliza de Familiares Dependientes solicitado con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia tendrá efecto a partir de la fecha de aceptación de la Compañía. La aceptación será comunicada por escrito.

Si en la fecha de iniciación del seguro un Solicitante se encuentra hospitalizado, la Compañía no tendrá ninguna responsabilidad por los gastos incurridos relacionados a la causa de la hospitalización, y el ingreso a la Póliza será determinado por la Compañía.

## **CLAUSULA 7 TERMINACION DEL SEGURO.**

Los Beneficios proporcionados por esta Póliza terminan a las 12:01 a.m. en la primera de las siguientes fechas:

1. El último día del año de contrato, o porción del años de contrato (si el modo de pago de las primas es otro que no sea anula), por el cual las primas han sido pagadas en su totalidad, si el pago de las primas para el siguiente año, o porción de año, no es recibido durante el Período de Gracia;
2. El último día del año de contrato en el que el Asegurado Principal, o alguno de sus Dependientes Elegibles dejan de calificar como elegibles, tal como se estipula en esta Póliza,
3. El último día del año de contrato en el que el Asegurado Principal cumple 100 años de edad;
4. En lo que se refiere a Dependientes Elegibles, el día en que los Beneficios del Asegurado principal terminan;
5. En lo que se refiere a un hijo dependiente, el último día del año de contrato en que dicho hijo dependiente se ha casado, está trabajando en un empleo regular, cumple los diecinueve años de edad, o cumple los veinticinco años de edad, si es un estudiante;
6. En lo que se refiere a cónyuges, el último día del año de contrato durante el cual se ha dictado la sentencia de divorcio;
7. En lo que se refiere a Dependientes Elegibles, el último día del año de contrato, durante el cual el Asegurado Principal fallece;

8. En lo que se refiere a todos los Asegurados cubiertos bajo la Póliza, el último día del mes en que la Compañía es informada de que el Asegurado Principal ya no reside en América Latina.

#### **CLÁUSULA 8 a.** **DECLARACIONES FALSAS E INEXACTAS**

La Compañía puede terminar la cobertura de un Asegurado por medio de aviso escrito a él, debido a declaraciones falsas en los formularios de suscripción, o por dolo para obtener cobertura o tratar de obtenerla. La terminación será efectiva desde la fecha de inicio de vigencia del Seguro: La Compañía reembolsará la prima pagada, menos el valor de cualquier Beneficio pagado. Si el valor de los Beneficios pagados excede el valor de la prima, el Asegurado reembolsará tal exceso a la Compañía.

#### **CLÁUSULA 9 a.** **PRIMAS**

Las primas pagaderas por la cobertura que se extiende bajo esta Póliza son por el término de un año. Las primas se ajustarán en la renovación y estarán basadas en las edades de los Asegurados y el nivel de primas en vigor para ese año: Las primas le serán reembolsadas al Asegurado Principal, si él decide, dentro de los primeros diez días después de haber recibido la Póliza, cancelar la póliza. Si esta Póliza es cancelada debido a que el Asegurado, o alguno de sus Dependientes elegibles cambia su residencia a un país o territorio en el cual las coberturas no pueden ser otorgadas, y si dicho cambio de residencia ocurre durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado Principal tiene derecho a recibir la porción de la prima no devengada durante dicho período de vigencia.

#### **CLÁUSULA 10 a.** **PERÍODO DE GRACIA**

Después del pago de la primera prima, un período de gracia de treinta días será otorgado para el pago de las primas subsiguientes. Si al expirar el período de gracia, la prima vencida no es pagada, la Compañía cancelará la Póliza en la fecha de vencimiento en que debió pagarse la prima.

#### **CLÁUSULA 11 a.** **REHABILITACIÓN**

Si esta Póliza es terminada por la falta de pago de las primas, el Asegurado Principal puede someter a la Compañía un formulario de rehabilitación, dentro de los sesenta días de la fecha de terminación, solicitando que la Póliza sea rehabilitada. Este formulario de rehabilitación puede ser aceptado o negado. Si el formulario es aprobado, los beneficios serán rehabilitados en la fecha de vencimiento de las primas, siempre y cuando dichas primas hayan sido pagadas. Los Beneficios rehabilitados

solamente cubrirán Accidente sufridos después de la fecha de rehabilitación y enfermedades que se iniciaron diez días después de dicha fecha. En todos los otros aspectos, el Asegurado tendrán todos los derechos que concedía la Póliza antes de la fecha de vencimiento de las primas.

#### **CLÁUSULA 12 a. CAMBIOS A LA PÓLIZA**

La Póliza no podrá ser modificada, excepto por un representante de la Compañía. Para que una modificación sea válida, tendrá que ser hecha por medio de Anexo o Endoso emitido y firmado por un Representante de la Compañía. Ningún agente o cualquier otra persona puede efectuar cambio alguno a la Póliza, ni puede renunciar a laguna de sus estipulaciones.

Cualquier cambio que realice la Compañía, en las estipulaciones de esta Póliza, incluyendo cualquier aumento o disminución en las primas, deberá ser notificado por escrito al Asegurado y/o a su corredor o agente, con un mínimo de treinta días de anticipación a la fecha efectiva del cambio, el cual entrará en vigor en la misma fecha en que se inicia la vigencia para el nuevo período de la Póliza. Si el cambio propuesto no es aceptado por el Asegurado, dicho Asegurado deberá notificarlo por escrito a la Compañía, antes de la fecha de inicio de la vigencia; y la Compañía procederá a no renovar el contrato.

#### **CLÁUSULA 13 a. DEDUCIBLE**

El Deducible se aplica a los Gastos Elegibles incurridos por los Asegurados durante cada año calendario. Los siguientes gastos no pueden ser utilizados para satisfacer el Deducible: (a) cargos en exceso de los Gastos Razonables y Acostumbrados; (b) cargos para tratamientos, suministros o servicios que no están cubiertos bajo esta Póliza; (c) cargos en exceso de las limitaciones de los beneficios (por ejemplo, número de días, meses, consultas o cantidades monetarias); (d) cualquier penalidad impuesta por no cumplir con los Requisitos para Ingresar a un Hospital.

#### **CLÁUSULA 14 a. REQUISITOS PARA INGRESAR A UN HOSPITAL**

Si un Asegurado necesita ser hospitalizado en los Estados Unidos de América, (incluyendo Puerto Rico); dicho Asegurado, o su representante, debe comunicarse con la Compañía revisora de servicios médicos, llamando al número de teléfono correspondiente que aparece en la Tarjeta de Identificación. La notificación debe ser efectuada de la siguiente manera:

- a. Con anticipación a un ingreso que no sea de emergencia
- b. Dentro de las veinticuatro horas siguientes a un ingreso de emergencia.

La comunicación con la Compañía revisora no garantiza el pago de algún servicio prestado. Cualquier pago por servicios prestados estará sujeto a todos los términos y condiciones de la Póliza.

La decisión final de cómo cualquier servicio deberá ser prestado recaerá sobre el Asegurado y el Médico. Si un Asegurado decide ingresar a un Hospital en los Estados Unidos de América (incluyendo Puerto Rico), sin antes comunicarse con la compañía revisora, sus beneficios serán reducidos, tal como se indica en el Cuadro de Seguros.

La compañía revisora pudiera sugerir tratamientos alternos o el uso de servicios o suministros no cubiertos bajo la Póliza. Cuando esto ocurra, sujeto a la aprobación de la Compañía, los gastos incurridos de esa manera estarían cubiertos en las mismas bases de los cuidados y tratamientos que sustituyen.

#### **CLÁUSULA 15 a. NOTIFICACIÓN DE RECLAMOS**

Todo reclamo debe ser notificado por escrito a la Compañía, dentro de los siguientes treinta días después de la ocurrencia del siniestro; o tan pronto como sea razonablemente posible. La Compañía no negará o reducirá el reclamo, si se demuestra que la notificación escrita no pudo ser dada dentro del tiempo establecido, y que en efecto, fue notificada, tan pronto como fue razonablemente posible. La notificación debe indicar el nombre del Asegurado Principal, el número de la Póliza, el nombre de la persona quien incurrió en el gasto, la naturaleza y el monto del mismo.

#### **CLÁUSULA 16 a. FORMULARIO DE RECLAMACIÓN**

Al recibir notificación de un reclamo, la Compañía proveerá el formulario para cumplir con el requisito de notificación escrita de un reclamo. Si los formularios no son enviados dentro de quince días, el reclamante puede cumplir con los requisitos de notificación escrita, enviando pruebas por escrito, dentro del período de tiempo indicado en esta Póliza, sobre ocurrencia, naturaleza y monto del siniestro.

#### **CLÁUSULA 17 a. LIMITACIÓN DE TIEMPO PARA SOMETER RECLAMOS**

Los reclamos deben ser recibidos por la Compañía dentro de los seis meses siguientes a la fecha en que los servicios fueron recibidos o los suministros adquiridos. La Compañía no aceptará prueba de una pérdida o notificación de un reclamo después de transcurridos seis meses de la fecha en que los servicios fueron prestados o los suministros.

#### **CLÁUSULA 18 a. PAGO DE BENEFICIOS**

Una vez que la Compañía reciba apropiada y aceptable prueba de un siniestro, la Compañía: a) pagará los correspondientes Beneficios bajo esta Póliza; o b) notificará al reclamante, por escrito, de los motivos para no pagar los Beneficios; o c) notificará

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

al reclamante, por escrito, que documentación adicional es necesaria antes de poder revisar y/o pagar el reclamo bajo los términos de esta Póliza.

#### **CLÁUSULA 19 a. PERÍODO DE ESPERA**

Durante los primeros cuatro meses de vigencia sólo se cubrirán gastos ocasionados por accidente y/o enfermedades infecciosas, siempre y cuando sean sufridas o contraídas después de la fecha de inicio de la vigencia.

#### **CLÁUSULA 20 a. CÓMO SE PAGARÁN LOS BENEFICIOS CUBIERTOS**

Los Beneficios descritos en esta póliza serán pagaderos al presentarse pruebas fehacientes de los gastos elegibles incurridos por los Asegurados.

Los Beneficios Cubiertos serán pagaderos aplicando el porcentaje de reembolso y hasta el máximo indicados en el Cuadro de Seguros, después de que el Deducible sea satisfecho. Los Beneficios están sujetos a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza. En ausencia de prueba fehaciente, cuando un solo cargo es hecho por una serie de servicios, cada servicio se calculará de manera proporcional sobre el total del cargo. La fecha en que un servicio es recibido o un suministro es comprado, será considerada como la fecha de ocurrencia de Beneficio prestado.

#### **CLAUSULA 21 a. NIVEL DE REEMBOLSO**

Todos los pagos efectuados por la Compañía estarán basados en Gastos Razonables y Acostumbrados, como se definen en la sección de Definiciones de esta Póliza. No se pagarán beneficios en exceso de Gastos Razonables y Acostumbrados por tratamientos, servicios, o suministros cubiertos bajo esta Póliza.

#### **CLAUSULA 22 a. METODO DE PAGO**

La Compañía pagará directamente en dólares de los Estados Unidos de América a aquellos hospitales que acepten pagos directos. Cualquier otro cargo será pagado sujeto a presentación del formulario de reclamación anexando pruebas fehacientes de los servicios recibidos.

#### **CLAUSULA 23 a. MONEDA Y TASA DE CAMBIO**

Los pagos a efectuarse bajo esta Póliza serán hechos en dólares de los Estados Unidos de América. Cualquier factura elegible presentada en moneda diferente a dólares, será pagada en dólares utilizando el promedio de la tasa de cambio en vigor durante el mes en que los servicios fueron prestados o los suministros fueron adquiridos.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

**CLAUSULA 24 ª.**  
**PERMISO PARA REVISAR REGISTROS MEDICOS**

Todos los Asegurados cubiertos bajo esta Póliza autorizaran a cualquier Hospital, Médico, o cualquier otra institución o persona que le preste algún servicio o provea algún suministro, a que le envíen a la Compañía cualquier registro o documentación necesaria para el proceso de algún reclamo. Cualquier costo incurrido en la obtención de este tipo de información correrá por cuenta de la Compañía.

**CLAUSULA 25 ª.**  
**DERCHO A REHUSAR CESIONES DE PAGOS**

La Compañía se reserva el derecho de efectuar pagos directamente al Asegurado Principal y a rehusar cesiones de pagos a terceros.

**CLAUSULA 26 ª.**  
**DERECHO A EXAMEN**

La Compañía, a su propio costo, tiene el derecho de examinar, por medio de un Médico designado por ella, a un Asegurado que tenga un reclamo pendiente, donde y cuántas veces sea razonablemente posible.

**CLAUSULA 27 ª.**  
**ACCION LEGAL**

Ninguna acción legal podrá ser presentada contra la Compañía para lograr el pago de una reclamación a menos que haya transcurrido un periodo mayor de 30 días, contados a partir de la fecha en que la prueba de reclamación ha sido suministrada de acuerdo con los requisitos de la Póliza. Todas las acciones que deriven de un contrato de seguro, prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que le dio origen.

**CLAUSULA 28 ª.**  
**SUBROGACION**

La Compañía tiene el derecho de subrogación de los derechos de los Asegurados, incluyendo el derecho de interponer una demanda judicial en nombre del Asegurado, por gastos médicos que la Compañía haya pagado, cuando el Asegurado tiene derecho a recuperar dichos gastos de parte de otra persona responsable, incluyendo seguros de responsabilidad civil, o cualquier persona o entidad que hayan causado el Accidente o necesidad del cuidado, pero excluyendo a un asegurador de gastos médicos de una Póliza emitida a nombre del Asegurado.

Todos los Asegurados cooperaran con la Compañía en sus esfuerzos para obtener el reembolso. Incluyendo el proporcionar a la Compañía con cuanta información sea necesaria para obtener dicho reembolso y/o de completar cualquier formulario de consentimiento, renuncia, cesión, o cualquier otro documento que sea requerido por la Compañía para obtener el reembolso.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

El Asegurado no tomará acción alguna que pueda perjudicar los derechos e intereses de la Compañía bajo esta Póliza.

#### **CLAUSULA 29<sup>a</sup>. DERECHO DE RECUPERACION**

La Compañía tiene el derecho de recuperar pagos en exceso efectuados a, o en beneficio de, un Asegurado como Beneficios bajo esta Póliza. Si un Asegurado tiene el derecho a un pago o reembolso de parte de terceros como resultado de acción o reclamo legal, y dicha acción o reclamo:

- a. Se debe o tiene relación con un Accidente o Enfermedad; y
- b. Los Beneficios han sido pagados bajo esta Póliza por el Accidente o Enfermedad;

La Compañía tiene el derecho de recibir reembolso de cualquier pago que efectúe dicha tercera persona, ya sea por decreto, transacción, o cualquier otra acción, pero no excediendo la menor de:

- A. La cantidad total de Beneficiarios pagados por el Accidente o Enfermedad; y
- B. La cantidad recibida por el Asegurado por el Accidente o Enfermedad, menos los costos legales incurridos para obtener el pago.

El Asegurado no tomará acción alguna que perjudique el derecho de la Compañía a recuperar, y ejecutará y proporcionará cualquier documento o información que la Compañía pudiese requerir.

#### **CLAUSULA 30<sup>a</sup>. CONCURRENCIA DE COBERTURAS**

Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el que el asegurado pudiera estar cubierto. Cuando algún asegurado esté cubierto también por otra(s) póliza(s) que tengan (n) las mismas coberturas que las del presente contrato, los beneficios del mismo se reducirán a una cantidad igual al complemento que resulte para que el pago total por las indemnizaciones conjuntas sea igual al 100 % de los beneficios aquí estipulados.

#### **CLAUSULA 31<sup>a</sup>. ACCIONES U OMISIONES DE TERCERAS PERSONAS**

La Compañía no asume responsabilidad por las acciones u omisiones de algún Hospital, Médico, o cualquier otra tercera persona.

#### **CLAUSULA 32<sup>a</sup>. ERROR ADMINISTRATIVO**

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

Error(es) administrativo(s), o demora(s) en establecer los registros por parte de la Compañía: a) no ocasionaran negación para otorgar el seguro que hubiera sido otorgado en la ausencia de los errores o demoras; b) no extenderán el periodo de cobertura que hubiera terminado; y estarán sujetos a los ajustes de primas, si ello fueran necesarios.

### **CLAUSULA 33<sup>a</sup>. NOTIFICACIONES**

Todas las notificaciones requeridas por esta Póliza serán dadas por escrito. Si la notificación es para el Asegurado, ésta será enviada al asegurado y/o a su corredor o agente; y si debe ser dada a la Compañía, debe ser enviada a su oficina principal.

### **CLAUSULA 34<sup>a</sup>. ARBITRAJE**

Las partes contratantes convienen que cualquier conflicto, disputa o reclamación que surja de o se relacione con la aplicación, interpretación o cumplimiento del presente contrato deberá ser resuelto mediante el procedimiento de arbitraje, de conformidad con el Reglamento de Conciliación y Arbitraje del Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Guatemala, cuyas decisiones las partes aceptan desde ya que serán irrevocables. Al surgir cualquier conflicto, disputa o reclamación, las partes autorizan que la Junta Directa del Centro nombre el (o los) árbitros(s), de conformidad con su Reglamento. El laudo arbitral que se obtenga será inimpugnable por las partes y en consecuencia de ello, dicho laudo arbitral será directamente ejecutable ante el Tribunal competente.

**CLAUSULA 35<sup>a</sup>.  
BENEFICIOS CUBIERTOS** (ver sumas aseguradas, deducibles, porcentajes de reembolso y límites de coaseguro en el Cuadro de Seguros adjunto a estas Condiciones Generales).

#### **1. Servicios de Hospital**

Los Beneficiarios Cubiertos están limitados a:

##### **a. Reclusión en Hospital**

- Cargos por cuarto y alimentación en base de la tarifa de Habitación Semi-Privada en el extranjero. Para hospitalizaciones en el país de residencia la base de reembolso es en base a una habitación privada hasta un máximo de US\$125 diarios.
- Si un Hospital en el extranjero no posee habitaciones semi-privadas, el máximo pagadero por concepto de cuarto y alimentos será el ochenta por ciento de la tarifa más baja que tenga el Hospital por una habitación privada.
- Unidad de Cuidados Intensivos y otras unidades de cuidados especializados hasta por un máximo de tres veces al cargo de cuatro y alimentación.

- Otros servicios de hospital y suministros (excepto artículos personales o de comodidad) incluyendo, pero no limitados a: cuidados de enfermera, terapia de inhalación, física u ocupacional (mientras el Asegurado se encuentra interno), quirófano, sala de recuperación, suministros médicos y quirúrgicos, exámenes diagnósticos de laboratorios y rayos-x, electrocardiogramas, electroencefalogramas, oxígeno y su administración, soluciones intravenosas e inyecciones.

**b. Cirugía Ambulatoria**

Cuando un Asegurado se somete a un procedimiento quirúrgico que no requiere hospitalización, los honorarios quirúrgicos y demás servicios relacionados con la cirugía, serán reembolsados al mismo nivel como si el Asegurado hubiera sido internado.

**2. Servicios Médicos**

- a. Visitas en el consultorio, excepto en el país de residencia donde se excluye.**
- b. Visita en el Hospital,** limitada a una visita por día de hospitalización. No se pagarán visitas relacionadas a un procedimiento quirúrgico o a fisioterapia.
- c. Cirugía,** Los Beneficios Cubiertos incluyen los cargos de procedimientos quirúrgicos necesarios, incluyendo pero no limitados a, tratamiento de fracturas y dislocaciones de huesos y operaciones necesarias para el tratamiento o diagnóstico de una enfermedad que involucre incisiones o saturación de una herida, siempre y cuando el procedimiento involucrado esté:
  1. Cubierto bajo la Póliza: y
  2. Sea hecho en un Hospital, consultorio médico o en un centro de cirugía ambulatoria.

Un beneficio por separado es pagadero por cada procedimiento quirúrgico efectuado, excepto procedimientos múltiples que son efectuados durante la misma sesión quirúrgica o a través de la misma incisión, los cuales son únicamente pagaderos por el procedimiento que provea el mayor reembolso bajo la Póliza.

Los beneficios por cirugía (s) reconstructiva(s) solo serán pagaderos si dicha cirugía es:

1. **Medicamento necesaria.** Medicamento necesaria significa que un trasplante, tratamiento, servicio, suministro, equipo, medicamento o estancia en el hospital, centro de trasplante o asistencial:
  - 1º. Es apropiado y esencial para los diagnósticos y tratamiento de la enfermedad de una persona asegurada.
  - 2º. No excede en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
  - 3º. Ha sido prescrito por un Médico.

- 4º. Es consiente en las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en los Estados unidos de América; o por la comunidad médica del país donde se presta el Servicio o tratamiento; y
2. Debido al tratamiento de una enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.
- d) **Cirujano Asistente.** En el caso de necesidad médica, y previa autorización de la Compañía, se podrán reconocer los honorarios de un cirujano asistente. Dichos honorarios estarán limitados a Gastos Razonables y Acostumbrados.
  - e) **Anestesiólogo.** Los Beneficios Cubiertos están limitados a los Gastos Razonables y Acostumbrados por los servicios prestados por un anestesiólogo durante un procedimiento quirúrgico cubierto bajo esta Póliza.
  - f) **Anestesiólogo Asistente.** En el caso de necesidad médica, y previa autorización de la Compañía, se podrán reconocer los honorarios de un anestesiólogo asistente. Dichos honorarios estarán limitados a Gastos Razonables y Acostumbrados.

### **(3) Maternidad.**

Los gastos ocasionados por el embarazo de una Asegurada estarán cubiertos como si fuese una enfermedad. Los Beneficios serán pagaderos después de 10 meses de cobertura consecutiva bajo la Póliza, contados a partir del ingreso en la Póliza de la Aseguradora. Durante este periodo de 10 meses los gastos incurridos por la Aseguradora por concepto de embarazo no estarán cubiertos bajo la Póliza.

Para todos los efectos de este beneficio se incluirá bajo el término embarazo; el alumbramiento, abortos no provocados, complicaciones del embarazo, cuidados rutinarios del recién nacido (excepto los honorarios del pediatra en los Estados Unidos de América) y, en general cualquier clase de atención médica que se requiera como consecuencia del embarazo.

Las hijas dependientes de un Asegurado Principal, no estarán cubiertas bajo este Beneficio.

Los costos relacionados con el cuidado del recién nacido por concepto de servicios pediátricos incurridos en los Estados Unidos de América, serán utilizados para satisfacer el deducible del nuevo Asegurado, si este nuevo Asegurado, es inscrito como Familiar Dependiente dentro de los diez días de su nacimiento.

Sub-límite para el Beneficio de Maternidad US\$3,000 en el país de residencia. US\$7,500 en los Estados Unidos de América.

### **(4) Defectos congénitos de recién nacido.**

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

Si el beneficio de maternidad está cubierto, tal como se estipula en el inciso (3) anteriormente descrito, los defectos congénitos del recién nacido estarán cubiertos hasta un máximo de US\$250,000.

**(5) Trasplante**

Solamente se cubrirán los siguientes trasplantes:

- q) Corazón
- r) Corazón/pulmón
- s) Hígado
- t) Páncreas
- u) Riñón
- v) Médula ósea
- w) Córnea
- x) Pulmón

El beneficio de Trasplante está sujeto a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza. Adicionalmente, dicho beneficio está sujeto a las siguientes exclusiones:

Ningún beneficio es pagadero por tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro:

- a. Suministrado como resultado de, o de alguna manera relacionado con un trasplante que no esté específicamente indicado aquí; o que no ha sido previamente aprobado por la Compañía;
- b. Que sea considerado Experimental (como se define en esta póliza) o electivo;
- c. Suministrado cuando tratamientos o procedimientos alternos, igualmente, efectivos para tratar la condición o enfermedad que causa el trasplante, estén disponibles;
- d. Suministrado como resultado de un trasplante en el cual el Asegurado recibe un equipo artificial o aparatos designados para reemplazar los órganos humanos o si el órgano donado proviene de un animal; o
- e. Suministrado como un segundo trasplante a un trasplante inicial que fue suministrado antes de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza y el cual no tuvo éxito.

Los gastos materiales y servicios no específicamente excluidos quedaran cubierto si:

- a. Se incurren durante el proceso para la adquisición del órgano, médula ósea o córnea obtenido(a) de un donante fallecido con el propósito de efectuar el trasplante. Se incluyen los gastos relacionados por la extirpación, preservación y transporte de un órgano, médula ósea o córnea que se intente trasplantar a un Asegurado.

- b. Se incurren en un donante vivo durante el proceso de extirpación de un órgano, médula ósea o cornea con el propósito de efectuar el trasplante a un Asegurado. Además, cubre los gastos que se incurran por:
  - 1. Investigación de donantes potenciales,
  - 2. Servicios prestados al donante en un hospital o centro de trasplante, donde las condiciones de la Póliza con respecto a honorarios, servicios, materiales y/o equipos máximos aplicaran, siempre que sean requeridos durante el proceso de extirpación del órgano o tejido que se va a trasplantar.
- c. Se incurren en el cultivo de la médula con relación al trasplante practicado a un Asegurado.

Todo trasplante se deberá realizar en un Hospital especializado, que sea reconocido y aceptado por el Consejo de las Organizaciones Profesionales que estén reconocidas por la Comunidad Médica Internacional como centro especializado para efectuar el trasplante específico.

El beneficio Máximo para Trasplantes es de US\$350,000.

**(6) Receta Médicas Ambulatorias**

Los beneficios están limitados a gastos incurridos por medicamentos que:

- a) Requieren receta médica para ser obtenidos;
- b) Deben ser dispensados por un médico o un farmacéutico con las apropiadas credenciales; y
- c) Deben estar aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de Norteamérica (United States Food and Drug Administration)

Este beneficio solo aplica fuera del país de residencia.

**(7) Diálisis:**

Sub límite Anual US\$100,000 fuera del país de residencia. Sin límite en el país de residencia.

**(8) Terapia física;**

Sub –límite US\$50,000 por año calendario, fuera del país de residencia. Sin límite en el país de residencia.

**(9) Ambulancia Terrestre y Aérea**

- 1. **Ambulancia Terrestre:** Los beneficios están limitados a Gastos Razonables y Acostumbrados incurridos por los servicios profesionales de una ambulancia terrestre dentro del país donde el evento ocurra. Los Gastos Elegibles están limitados a un viaje de ida y uno de regreso al Hospital más cercano, por Asegurado, por evento.
- 2. **Ambulancia Aérea:** Los gastos elegibles incluyen los Gastos Razonables y Acostumbrados incurridos por un Asegurado por el

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

transporte al Hospital o institución médica más cercana con el equipo necesario para tratar la dolencia que afecta al Asegurado. El beneficio es elegible si: (a) el Médico tratante certifica que el Asegurado requiere evacuación médica de emergencia para recibir el tratamiento requerido, y que dicho tratamiento no se encuentra disponible en el área donde se encuentra el Asegurado; y (b) la condición del Asegurado va a requerir un periodo de hospitalización.

Los Gastos Elegibles incluyen los costos de una ambulancia aérea, si es medicamente necesaria, y:

- a. El viaje en una aeronave comercial ( por ejemplo, en camilla acompañado por un médico) no es posible; y
- b. La incapacidad requiere los servicios especiales que se encuentran a bordo de una ambulancia aérea:
  1. Operada por un reconocido operador de ambulancias aéreas;
  2. Con equipos y suministros médicos especiales; y
  3. Con personal médico calificado.

El beneficio máximo pagadero se indica en el Cuadro de Seguros. Este beneficio es pagado por reembolso.

### **CLAUSULA 36<sup>a</sup>. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**

No se pagarán beneficios bajo esta Póliza por gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros, debidos o relacionados con:

1. Exámenes médicos de rutina, estudios diagnósticos que son parte de un examen médico de rutina, incluyendo, pero no limitado a, exámenes pediátricos a recién nacidos, vacunas, la emisión de Pólizas de seguro y dictámenes médicos, y exámenes o evaluaciones de dependencia física, mental o química con el propósito de obtener o continuar un empleo, un seguro, licencia, admisión escolar o para participación en eventos deportivos, o la evaluación y tratamiento de incapacidades del aprendizaje.
2. Exámenes rutinarios de la vista, incluyendo refracción ocular y la rehabilitación de lentes (incluyendo lentes de contacto) y exámenes rutinarios del oído, incluyendo la rehabilitación de audífonos.
3. Tratamientos pediátricos, incluyendo pero no limitados a, el tratamiento de pies planos, callos, juanetes o uñas de pie; padecimientos sintomáticos de los pies; desordenes o congénitos de los pies; zapatos ortopédicos o cualquier otro equipo de soporte tal como soporte de arcos de pie; o cualquier otro servicio o suministro preventivo.

4. Tratamientos o prevenciones dentales o tratamiento o cirugía dental o de las encías relacionadas o no con alguna condición de las mandíbulas, excepto cuando se trate de la reparación o reemplazo de un diente sano natural que ha sido dañado en un accidente sufrido mientras el Asegurado se encuentra cubierto bajo esta Póliza.
5. Servicios o suministros médicos o dentales para el tratamiento de problemas articulares de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a, el tratamiento del síndrome temporomandibular, cráneo-mandibular o cualquier otro desorden de la articulación que une la mandíbula al cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.
6. Defectos congénitos y anomalías o condiciones asociadas con el nacimiento, sin embargo, en casos de defectos o anomalías congénitas que se presentan en un recién nacido cuya madre está cubierta con el Beneficio de Maternidad, dichos defectos o anomalías están cubiertas hasta un máximo de US\$250,000

7. Un Accidente o Enfermedad

- a) Atendido (a) por cualquier Ley de Seguro Social, o por cualquier otra legislación o plan de beneficios similar emitido por una entidad gubernamental, o por cualquier otro organismo oficial que tenga la requerida jurisdicción para promulgar tal legislación.

No obstante lo anterior, en caso que después de haberse efectuado el pago total de los beneficios pagaderos bajo la Ley de Seguro Social, u otra legislación similar, quedase sin pagar algún balance, gasto o porción de gastos cubierto bajo esta Póliza por concepto de tal Enfermedad o Accidente, tal balance, gasto o porción de gastos se considerará como pagadero bajo la misma, de acuerdo con el porcentaje y hasta el límite de beneficios estipulados bajo la Póliza quedando sujeto a todos los términos y condiciones de la misma.

- b) Por daños causados a así mismo, ya sea en estado de locura o cordura;
- c) Por guerra, declarado o no, actos de terrorismo o violencia civil, actos cometidos durante la suspensión de las garantías constitucionales dirigidos contra entidades gubernamentales o civiles;
- d) Por participar en motín, huelga, tumulto, rebelión militar o popular, revolución o disturbio público;
- e) Por participar en actos ilícitos, asaltos, felonías, incluyendo pero no limitado a, riñas iniciadas por el Asegurado; o
- f) Producto de la influencia total o parcial, de alcohol o estupefacientes o cualquier otra droga que no sea bajo receta y cuidado médico.

Además, ningún beneficio será pagadero por algún Accidente o Enfermedad contraído(a) mientras el Asegurado se encuentra bajo la influencia, total o parcial, de drogas recetadas por un Médico para el tratamiento de dependencia química o alcohólica;

8. Tratamientos para la cura de la adicción a las drogas o alcoholismo, incluyendo sus complicaciones e incluyendo, pero no limitado a exámenes, consultas y tratamientos efectuados por un médico psiquiatra o servicios prestados para el tratamiento de las complicaciones derivadas de la adicción a las drogas o el alcohol;
9. Tratamiento para la cura de enfermedades mentales o desórdenes nerviosos, así como cualquier complicación derivada de los mismos, o a consecuencia de los efectos negativos resultado de medicinas tomadas para tratar enfermedades mentales o desórdenes nerviosos.
10. Tratamientos para el manejo de la maternidad, si dichos tratamientos:
  - a. Son efectuados dentro de los primeros diez meses de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, o
  - b. Son incurridos por una hija del Asegurado Principal, no importando la fecha en que fueron incurridos.
11. Gastos en exceso del Máximo Vitalicio como se estipula en el Cuadro de Seguros, o gastos en exceso de cualquier otro máximo estipulado en dicho Cuadro;
12. Tratamientos, servicios, o suministros que:
  - a. No sean Medicamentos Necesarios para el tratamiento o diagnóstico de un Accidente o Enfermedad, aunque ellos sean recetados, recomendados, o aprobados por un Médico o Dentista;
  - b. Sean de naturaleza experimental o investigativa o que sean efectuados de manera no aceptada por la comunidad médica;
  - c. Sean prestados por un Pariente Cercano, o prestados por una persona que reside en la residencia del Asegurado, o que fueron prestados en una institución que sea propiedad de un Pariente Cercano del Asegurado;
  - d. Sean suministrados para el tratamiento de complicaciones de Accidentes o Enfermedades no cubiertas por esta Póliza.
  - e. Sean prestados por parientes Cercanos del Asegurado durante un periodo de hospitalización del Asegurado;
  - f. Sean prestados antes de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, o después de la fecha de terminación de la Póliza, no

importando si el Accidente o la Enfermedad ocurrió o fue diagnosticado durante el periodo de vigencia de la Póliza.

- g.** Sean prestados para el tratamiento de cualquier condición relacionado con el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirido (SIDA), Complejo Relacionado con el SIDA (CRS) o cualquier enfermedad venérea o sexualmente transmitida, o cualquier tratamiento de la enfermedad de Chagas o sus complicaciones;
- h.** Sean prestados para el tratamiento de alguna condición que ha sido específicamente excluida por la Compañía por medio de anexo o endoso, incluyendo complicaciones de dicha condiciones excluidas.

**13.** Terapia recreacional o educacional;

**14.** Las siguientes drogas, medicinas y suministros aunque sean recetadas por un Médico:

- a) Experimentales o investigativas;
- b) Vitaminas, suplementos dietéticos, depresivos del apetito, regeneradores de cabellos, medicinas para la ayuda de las regeneración de la piel, ayudas de embellecimiento o de salud, Nyastin, Minoxidil o chicles de nicotina;
- c) Medicinas, drogas o suministros que no requieren receta médica;
- d) Mecanismos o medicinas anticonceptivas, excepto cuando son Medicamento Necesarias en el tratamiento de una condición médica; o
- e) Medicinas recetadas para condiciones que no son médicas o medicinas que son recetadas para tratamiento de condiciones no cubiertas por esta Póliza;

**15.** Gastos los cuales:

- a) Exceden el Gasto Razonable y Acostumbrado de un servicio o suministro;
- b) No hubieran sido incurrido en la ausencia de seguro;
- c) No requieren responsabilidad legal por parte del Asegurado; o
- d) Son por servicios o suministros no cubiertos bajo esta Póliza;

**16.** Los siguientes procedimientos quirúrgicos y sus servicios y suministro relacionados incluyendo, pero no limitados a, estadías hospitalarias, medicinas y exámenes diagnósticos de laboratorios y rayos-x:

- a) Cirugía electiva, cosmética o plástica, y sus tratamiento relacionados, para reparar o modificar una estructura corporal saludable con el propósito de mejorar la apariencia o la psique de Asegurado, ya sea por causas psicológicas o emotivas, excepto cuando son requeridas como resultado directo de un Accidente o Enfermedad contraídos después de la fecha efectiva de la cobertura bajo esta Póliza;
  - b) Keratotomía radial o cirugía ocular con el propósito de corregir errores de refracción;
  - c) Procedimientos de trasplantes de órganos, excepto como se describen en la sección de beneficios de esta Póliza.
  - d) Cambios de género sexual, o mejorías en la función sexual, incluyendo pero no limitada a, prótesis penil e impotencia sexual, o cualquier tratamiento (quirúrgico o no) para corregir disfunciones sexuales;
  - e) Reversión de procedimientos de esterilización sexual, o por cualquier tipo de control de embarazo; o
  - f) Inseminación artificial, fertilización in vitro o in vivo, o cualquier servicio similar o procedimiento para causar el embarazo, o cualquier tratamiento (quirúrgico o no) contra la infertilidad;
- 17.** Visita a la sala de emergencias de un Hospital por un Accidente o Enfermedad que no es considerado de emergencia;
- 18.** Tratamientos quiroprácticos de desórdenes de la espina dorsal o el esqueleto incluyendo terapia física y manipulación de huesos, articulaciones y tejidos;
- 19.** Prótesis, o el uso de aparatos correctivos o implementos médicos que no sean Medicamento Necesarios;
- 20.** La práctica o participación en eventos deportivos profesionales, en carreras o eventos de velocidad, buceo acuático o paracaidismo, escala de montañas (cuando se requiere el uso de sogas o guías), aviación (excepto cuando se viaja como pasajero en una aeronave comercial), deportes invernales competitivos, carreras de caballos, motociclismo, ski acuático, o participación en otros deportes o entretenimientos peligrosos los cuales pudieran poner la vida del Asegurado en peligro, ya sea por irresponsabilidad, falta de conocimiento o habilidad y otras condiciones agravantes;
- 21.** Gastos de hospitalización por enfermedad que se inicien en un viernes, sábado, o domingo, a no ser que :
- A. El médico tratante certifique de que es Medicamento Necesario;

- B. Dicha estadía que se inicia en un fin de semana sea debido a un procedimiento quirúrgico que va a ser efectuado al día siguiente de la admisión hospitalaria;
- 22.** Programas de aumento de peso, servicios o suministros relacionados con programas o suplementos o aumentos de comidas, a no ser que sean necesarios para mantener la vida en un paciente en estado crítico.
  - 23.** Pérdida de peso, control de peso, o cualquier otro servicio o suministro relacionado con el tratamiento de obesidad, ya sea por medio de dietas, ejercicios, inyección de líquidos, o el uso de algún medicamento o cirugía de cualquier índole;
  - 24.** Cuidados de custodia y cuidados de salud a domicilio, incluyendo, pero no limitado a, cuidados de largo plazo o cuidados de mantenimiento o terapia para condiciones crónicas; servicios, suministros y tratamientos efectuados en sanatorios, instituciones de cura o cuidado de custodia, instituciones o centros rehabilitación, instituciones de tratamientos para cuidados geriátricos, o instituciones que no son consideradas como hospitales, tal como se definen en esta Póliza, incluyendo pero no limitado a, instituciones de cuidado a largo plazo e hidroclínicas;
  - 25.** Artículos personales y de comodidad, tales como radios, televisores, servicios de barbería o peluquería; alquiler o compra de aires acondicionados, humidificadores, vaporizadores, equipo de ejercicio, o equipos similares;
  - 26.** Cualquier gasto incurrido en la compra o alquiler de equipos médicos duraderos, tales como silla de ruedas, camas de hospital, respiradores, y cualquier otro equipo semejante, aun cuando sea recetados por un Médico;
  - 27.** Tratamientos de Accidente o Enfermedades en las que el Asegurado no se encuentre bajo el cuidado de un Médico, o que no sean autorizadas por un Médico;
  - 28.** Gastos elegibles presentados a la Compañía después de seis meses o más, en que fueron desembolsados;
  - 29.** Tratamientos, servicios, suministros prestados en:
    - a) Países, o
    - b) Por, o para el beneficio de personas y /o compañías

Sujetos a restricciones comerciales, penalidades económicas, transacciones financieras, regulaciones, o embargos impuestos por el gobierno de los Estados Unidos de América.

**CUADRO DE SEGUROS WORLDWIDE PLUS PLAN  
LOS BENEFICIOS BAJO ESTA PÓLIZA ESTÁN SUJETOS A LOS SIGUIENTE:  
MONEDA US\$**

<b>I. CONDICIONES GENERALES ADJUNTAS</b>	
<b>II. LIMITE MÁXIMO VITALICIO POR ASEGURADO:</b>	
HASTA LA EDAD DE 80 AÑOS	2, 000,000
DE 80 AÑOS HASTA EDAD 100	250,000
 <b>SUBLIMITES:</b>	
<b>MATERNIDAD</b>	
POR CADA MATERNIDAD	5,000(USA) 2,000(PAIS DE RESIDIR)
COBERTURA CONGÉNITA VITALICIA	25,000
TRASPLANTE	250,000
MAXIMO DIÁLISIS: CALENDARIO ANUAL	25,000
MAXIMO POR DIÁLISIS VITALICIO	75,000
MAXIMO POR TERAPIA FÍSICA: CALENDARIO ANUAL	1,000
 <b>III. SE APLICARÁN LOS BENEFICIOS SIGUIENTES PARA GASTOS ELEGIBLES INCURRIDOS EN EL PAÍS DE RESIDENCIA:</b>	
DEDUCIBLE POR CALENDARIO ANUAL (POR PERSONA)	0
PORCENTAJE DE REEMBOLSO COBER UNICAMENTE EN HOSPITALIZACIÓN	90%
 <b>IV. SE APLICARÁN LOS BENEFICIOS SIGUIENTES PARA GASTOS ELEGIBLES INCURRIDOS EN HOSPITALES SELECTOS</b>	
DEDUCIBLE POR CALENDARIO ANUAL (POR PERSONA)	SE CONSIGNARA EL  DEDUCIBLE ESCOGIDO
PORCENTAJE DE REEMBOLSO NO EXISTE COASEGURO	100%
 <b>V. SE APLICARÁN LOS BENEFICIOS SIGUIENTES PARA GASTOS ELEGIBLE INCURRIDOS DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES.</b>	
DEDUCIBLE POR CALENDARIOS ANUAL (POR PESONA)	SE CONSIGNARA EL  DEDUCIBLE ESCOGIDO
PORCENTAJE DE REEMBOLSO	90%

**LIMITE DE COASEGURO AÑO CALENDARIO  
(POR PERSONA)  
(DESPUES DE SATISFACER EL DEDUCIBLE) 2,500**

**VI. SE APLICARÁN LOS BENEFICIOS SIGUIENTES PARA GASTOS ELEGIBLES INCURRIDOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES.**

**DEDUCIBLE POR CALENDARIO ANUAL SE CONSIGNARA EL  
(POR PERSONA) DEDUCIBLE ESCOGIDO**

**PORCENTAJE DE REEMBOLSO 70%**

**LIMITE DE COASEGURO AÑO CALENDARIO  
(POR PERSONA)  
(DESPUES DE SATISFACER EL DEDUCIBLE) 7,500**

**VII. MAXIMO PARA EL TRASPORTE AÉREO DE EMERGENCIA, AL CUAL SE HACE REFERENCIA EN EL ADITAMENTO ESTIPULADO PARA TRANSPORTE AÉREO DE EMERGENCIA.**

**GASTO MÁXIMO REEMBOLSABLE PARA LA TRANSPORTACIÓN A:**

**HOSPITALES DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES 25,000**

**TODOS LOS DEMÁS HOSPITALES QUE NO SEA EL PAIS DE RESIDENCIA**

**7,500**

## SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES WORLDWIDE SELECT PLAN CONDICIONES GENERALES

### CLÁUSULA 1<sup>a</sup>. DEFINICIONES

Ciertas palabras y/o frases usadas en esta Póliza se definen a continuación. Otras palabras y/o frases son definidas cuando son usadas.

**En esta Póliza, el uso del género masculino automáticamente implica al género femenino, a no ser que el texto indique lo contrario.**

**ACCIDENTE:** La acción externa, violenta, fortuita, repentina, imprevista, e independiente de la voluntad del Asegurado que cause a éste lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico.

**ASEGURADO:** Es la persona a quien se le ha emitido la Póliza. Esta persona también es referida como el Asegurado Principal.

**BASE AMBULATORIA:** Significa que los servicios médicos se rinden como paciente externo no hospitalizado. El servicio incluye atención médica, pruebas de laboratorio y Rayos X o cualquier otro servicio médico cubierto bajo la Póliza.

**COASEGURO:** Significa el porcentaje de los gastos elegibles en que participará el Asegurado en su riesgo, o en el de sus Familiares Dependientes Asegurados, conforme lo establecido en esta póliza.

**CONDICIÓN PRE-EXISTENTE:** Enfermedad, maternidad, lesión, condición o síntoma, como más adelante se describe, la cual existía antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, o de la fecha de ingreso de un Familiar Dependiente elegible, si dicho ingreso ocurre después de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

1. Enfermedad, lesión o condición por la cual la persona cubierta: a) tuvo advertencia médica o consultó a un médico, b) recibió tratamiento médico, servicios o suministros, c) se ha hecho o se le recomendaron exámenes de diagnóstico, drogas o medicinas recetadas o recomendadas; o.
2. La presencia de síntomas los cuales causarían a una persona prudente, a asistir a un médico para diagnóstico, cuidado y tratamiento.

**CUARTO SEMI-PRIVADO:** Habitación en un hospital con por lo menos 2 camas.

**DEDUCIBLE:** Cantidad de gastos elegibles que está obligado a pagar el Asegurado durante cada año calendario antes de que algún gasto elegible sea pagado bajo esta Póliza. El deducible no es reembolsado por la Compañía.

**EDAD:** La edad en el último cumpleaños.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

**EMERGENCIA MÉDICA:** Agravamiento inesperado de una condición médica, manifestada por síntomas de tal severidad que el dejar de proveer la atención médica necesaria pudiera resultar en: poner en serio peligro la salud del asegurado; o poner en serio deterioro las funciones corporales; o poner en seria disfunción cualquier órgano o parte del cuerpo.

**ENFERMEDAD CONGÉNITA:** Enfermedad o trastorno existente en o desde el nacimiento, que haya sido o no diagnosticada en ese momento, o que haya sido diagnosticada o tratada durante el crecimiento y proceso del desarrollo hasta la adultez.

**ENFERMEDAD INFECCIOSA:** Enfermedad contagiosa causada por parásitos, bacterias, protozoos, hongos o virus.

**ENFERMEDAD O TRASTORNO MENTAL:** Psiconeurosis, psicosis o desorden de la personalidad como se define en el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. Se incluye el abuso de sustancia químicas, incluyendo el alcohol.

Psiconeurosis: Es un desorden mental o de comportamiento, de mediana a moderada severidad; anteriormente clasificado como una forma de neurosis, incluyendo histeria y neurastenia.

Psicosis: Desorden mental que causa una fuerte distorsión o desorganización de la capacidad mental del individuo o persona, el cual afecta la capacidad de reconocer la realidad, comunicarse, y relacionarse con los demás hasta el punto que interfiere con la capacidad de lidiar con las demandas comunes del diario vivir.

Desorden de la personalidad: Definición general, para el conjunto de desórdenes en el comportamiento, que se caracterizan usualmente por patrones de mala adaptación fuertemente arraigados persistiendo para toda la vida, con alteración de la conducta, estilo de vida, y ajuste social, los cuales son diferentes de los síntomas que se presentan en la psicosis y en la psiconeurosis.

**ENFERMERA:** Enfermera titulada, práctica o vacacional, debidamente autorizada y que no es ni el Asegurado Principal, ni alguno de sus familiares Dependientes, ni algún Pariente Cercano del Asegurado Principal.

**EXPERIMENTAL:** Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o período de hospitalización, (o parte de un período de hospitalización), que:

- a. No ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional,

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

compuesta por: la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO), La Organización Panamericana de la Salud (OPS/PAHO), y la Administración de Drogas y Alimentos, (FDA), por sus siglas en inglés, de los Estados Unidos de América.

- b. Se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

**FAMILIAR(ES) DEPENDIENTE(S):** Se considerará(n) como familiar(es) Dependiente (s).

- a. El cónyuge legítimo, o en su defecto, la persona que viviendo en calidad de cónyuge permanente del Asegurado Principal, esté registrado como tal en la Compañía y que conviva con el Asegurado Principal en el mismo domicilio. El cónyuge debe tener menos de 65 años de edad en el momento de entrar en la Póliza;
- b. Los hijos naturales, hijastros o hijos legalmente adoptados, siempre que sean mayores de diez días de nacidos y menores de diecinueve años. Cualquiera de los antes mencionados deben ser solteros, vivir en la misma residencia del Asegurado Principal y depender económicamente de éste;
- c. Los hijos descritos en el inciso anterior, solteros de diecinueve años o más, que vivan con el Asegurado Principal, que dependan económicamente de él y que se encuentren estudiando. El Asegurado Principal debe presentar certificación a la Compañía de la calidad de estudiante de sus hijos. El amparo, en estos casos, se extiende hasta el cumplimiento de los veinticinco años de edad;
- d. Los padres del Asegurado Principal menores de cincuenta y cinco años de edad, siempre que el Asegurado principal sea soltero y conviva con sus padres en la misma residencia. Los mismos deberán solicitar la cobertura en la fecha efectiva de seguro del Asegurado Principal y en todo momento estarán sujetos a las normas de selección de riesgo de la Compañía.

Los familiares dependientes inscritos serán considerados como Asegurados.

**GASTO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:** Cargo u honorario determinado por la Compañía que se establece como el cargo u honorario que proveedores de los mismos servicios, tratamiento o suministros cargan o cobran a las personas que residen en la misma comunidad, por tratamientos de lesiones o enfermedades similares a las que presente el Asegurado en su naturaleza y complejidad.

**HOSPITAL, CENTRO HOSPITALARIO O CLÍNICA:** Establecimiento que reúne las condiciones para atender a paciente que está legalmente autorizado para prestar los servicios que le son propios.

**LÍMITE MÁXIMO VITALICIO:** Cantidad total pagadera con respecto a un Asegurado. Esta cantidad será por toda la vigencia de la póliza o durante la vida del Asegurado, lo que primero cese.

**MÉDICO:** Persona legalmente autorizada a ejercer la medicina.

**PARIENTE CERCANO:** El cónyuge del Asegurado Principal, hijo natural, adoptivo o hijastro; hermano o hermana y padres del Asegurado Principal o de su cónyuge.

**PARTICIPACIÓN MÁXIMA DEL ASEGURADO:** Máximo de gastos elegibles anuales incurridos por el Asegurado que coasegura por su propia cuenta. El deducible no es considerado bajo este renglón. Esta frase también es conocida como Límite de Coaseguro.

**RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS:** Agrupación de todos los Proveedores de Servicios Médicos que se han comprometido a prestarle servicios al Asegurado a cambio de un honorario establecido entre ellos y la Compañía, quienes han sido contratados, de manera directa o indirecta, por la Compañía Administradora de Reclamos (T.P.A.) y que conforman su listado de afiliados con esta condición. Se incluyen en esta Red a los **Hospitales Selectos** que por su alta calidad de servicios y preferencia de los asegurados les ofrecen mayores ventajas. (Ver Cuadro de Seguros adjunto a estas Condiciones Generales).

**SOLICITUD DE SEGURO:** Formulario que deberá completarse para solicitar cobertura bajo la póliza.

**TARIFA DE CUARTO SEMI-PRIVADO:** Significa el cargo diario más común por un cuarto hospitalario ocupado por dos o más personas. Si el hospital donde el Asegurado se encuentra incluido no ofrece cuartos semi-privados, se considerará como tarifa de cuarto semi-privado el ochenta por ciento de la tarifa del cuarto privado de menor costo.

## **CLÁUSULA 2<sup>a</sup>**

### **CONTRATO INDIVISIBLE**

La solicitud de Seguro, la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales y todos los Anexos y Endosos constituyen el contrato indivisible entre las partes.

## **CLÁUSULA 3<sup>a</sup>**

### **ELEGIBILIDAD**

Para ser elegible para los beneficios el Asegurado Principal tiene que:

1. Ser menor de 65 años de edad en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza;

2. Residir en América Latina, con excepción de los Estados Unidos de América, Canadá, Islas Vírgenes (USA) y Puerto Rico;
3. No trabajar de manera permanente o temporal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá;
4. En caso de tener domicilio legal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá; debe por lo menos, residir nueve mese del año fuera de estos países.

Para ser elegibles para los beneficios de la Póliza, los familiares Dependiente tiene que:

1. Satisfacer la definición de Familiar Dependiente, tal como se estipula en la Cláusula 1<sup>a</sup> Definiciones;
2. Residir en América Latina, con excepción de los Estados Unidos de América, Canadá, Islas Vírgenes (USA) y Puerto Rico;
3. No trabajar de manera permanente o temporal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá;
4. En caso de tener domicilio legal en los Estados Unidos de América, incluyendo Puerto Rico e Islas Vírgenes (USA), o en Canadá; debe por lo menos, residir nueve meses del año fuera de estos países. Los familiares Dependiente que estén registrados como estudiantes con la Compañía, no tienen que cumplir con el que cumplir con el requisito de residencia.

#### **CLÁUSULA 4<sup>a</sup>** **DECLARACIONES INEXACTA DE LA EDAD**

Si se determina de que existe una declaración inexacta de la edad de los Asegurados:

1. Si la inexactitud tiene efecto en las primas, un ajuste de primas será hecho; y
2. La edad correcta determinará si los Asegurados tiene derecho a estar cubiertos bajo la póliza.

#### **CLÁUSULA 5<sup>a</sup>** **DURACIÓN DEL SEGURO**

Esta Póliza tiene duración de doce meses y pueden ser renovada por un período de la misma duración al pagarse la prima de renovación

### **CLÁUSULA 6<sup>a</sup> INICIACIÓN DEL SEGURO**

El seguro concedido bajo esta Póliza entra en vigor a las 12:01 a.m. del día de inicio de vigencia, consignada en la Carátula de esta Póliza.

Cualquier ingreso a la Póliza de Familiares Dependientes solicitado con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia tendrá efecto a partir de la fecha de aceptación de la Compañía. La aceptación será comunicada por escrito.

Si en la fecha de iniciación del seguro un Solicitante se encuentra hospitalizado, la Compañía no tendrán ninguna responsabilidad por los gastos incurridos relacionados a la causa de la hospitalización, y el ingreso a la Póliza será determinado por la Compañía.

### **CLAUSULA 7 TERMINACION DEL SEGURO.**

Los Beneficios proporcionados por esta Póliza terminan a las 12:01 a.m. en la primera de las siguientes fechas:

1. El último día del año de contrato, o porción del años de contrato (si el modo de pago de las primas es otro que no sea anual), por el cual las primas han sido pagadas en su totalidad, si el pago de las primas para el siguiente año, o porción de año, no es recibido durante el Período de Gracia;
2. El último día del año de contrato en el que el Asegurado Principal, o alguno de sus Dependientes Elegibles dejan de calificar como elegibles, tal como se estipula en esta Póliza,
3. El último día del año de contrato en el que el Asegurado Principal cumple 100 años de edad;
4. En lo que se refiere a Dependientes Elegibles, el día en que los Beneficios del Asegurado principal terminan;
5. En lo que se refiere a un hijo dependiente, el último día del año de contrato en que dicho hijo dependiente se ha casado, está trabajando en un empleo regular, cumple los diecinueve años de edad, o cumple los veinticinco años de edad, si es un estudiante;
6. En lo que se refiere a cónyuges, el último día del año de contrato durante el cual se ha dictado la sentencia de divorcio;
7. En lo que se refiere a Dependientes Elegibles, el último día del año de contrato, durante el cual el Asegurado Principal fallece;
8. En lo que se refiere a todos los Asegurados cubiertos bajo la Póliza, el último día del mes en que la Compañía es informada de que el Asegurado Principal ya no reside en América Latina.

### **CLÁUSULA 8 a.**

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

## **DECLARACIONES FALSAS E INEXACTAS**

La Compañía puede terminar la cobertura de un Asegurado por medio de aviso escrito a él, debido a declaraciones falsas en los formularios de suscripción, o por dolo para obtener cobertura o tratar de obtenerla. La terminación será efectiva desde la fecha de inicio de vigencia del Seguro: La Compañía reembolsará la prima pagada, menos el valor de cualquier Beneficio pagado. Si el valor de los Beneficios pagados excede el valor de la prima, el Asegurado reembolsará tal exceso a la Compañía.

### **CLÁUSULA 9 a. PRIMAS**

Las primas pagaderas por la cobertura que se extiende bajo esta Póliza son por el término de un año. Las primas se ajustarán en la renovación y estarán basadas en las edades de los Asegurados y el nivel de primas en vigor para ese año: Las primas le serán reembolsadas al Asegurado Principal, si él decide, dentro de los primeros diez días después de haber recibido la Póliza, cancelar la Póliza. Si esta Póliza es cancelada debido a que el Asegurado, o alguno de sus Dependientes elegibles cambia su residencia a un país o territorio en el cual las coberturas no pueden ser otorgadas, y si dicho cambio de residencia ocurre durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado Principal tiene derecho a recibir la porción de la prima no devengada durante dicho período de vigencia.

### **CLÁUSULA 10 a. PERÍODO DE GRACIA**

Después del pago de la primera prima, un período de gracia de treinta días será otorgado para el pago de las primas subsiguientes. Si al expirar el período de gracia, la prima vencida no es pagada, la Compañía cancelará la Póliza en la fecha de vencimiento en que debió pagarse la prima.

### **CLÁUSULA 11 a. REHABILITACIÓN**

Si esta Póliza es terminada por la falta de pago de las primas, el Asegurado Principal puede someter a la Compañía un formulario de rehabilitación, dentro de los sesenta días de la fecha de terminación, solicitando que la Póliza sea rehabilitada. Este formulario de rehabilitación puede ser aceptado o negado. Si el formulario es aprobado, los beneficios serán rehabilitados en la fecha de vencimiento de las primas, siempre y cuando dichas primas hayan sido pagadas. Los Beneficios rehabilitados solamente cubrirán Accidente sufridos después de la fecha de rehabilitación y enfermedades que se iniciaron diez días después de dicha fecha. En todos los otros aspectos, el Asegurado tendrán todos los derechos que concedía la Póliza antes de la fecha de vencimiento de las primas.

## **CLÁUSULA 12 a.** **CAMBIOS A LA PÓLIZA**

La Póliza no podrá ser modificada, excepto por un Representante de la Compañía. Para que una modificación sea válida, tendrá que ser hecha por medio de Anexo o Endoso emitido y firmado por un Representante de la Compañía. Ningún agente o cualquier otra persona puede efectuar cambio alguno a la Póliza, ni puede renunciar a alguna de sus estipulaciones.

Cualquier cambio que realice la Compañía, en las estipulaciones de esta Póliza, incluyendo cualquier aumento o disminución en las primas, deberá ser notificado por escrito al Asegurado y/o a su corredor o agente, con un mínimo de treinta días de anticipación a la fecha efectiva del cambio, el cual entrará en vigor en la misma fecha en que se inicia la vigencia para el nuevo período de la Póliza. Si el cambio propuesto no es aceptado por el Asegurado, dicho Asegurado deberá notificarlo por escrito a la Compañía, antes de la fecha de inicio de la vigencia; y la Compañía procederá a no renovar el contrato.

## **CLÁUSULA 13 a.** **DEDUCIBLE**

El Deducible se aplica a los Gastos Elegibles incurridos por los Asegurados durante cada año calendario. Los siguientes gastos no pueden ser utilizados para satisfacer el Deducible: (a) cargos en exceso de los Gastos Razonables y Acostumbrados; (b) cargos para tratamientos, suministros o servicios que no están cubiertos bajo esta Póliza; (c) cargos en exceso de las limitaciones de los beneficios (por ejemplo, número de días, meses, consultas o cantidades monetarias); (d) cualquier penalidad impuesta por no cumplir con los Requisitos para Ingresar a un Hospital.

## **CLÁUSULA 14 a.** **REQUISITOS PARA INGRESAR A UN HOSPITAL**

Si un Asegurado necesita ser hospitalizado en los Estados Unidos de América, (incluyendo Puerto Rico); dicho Asegurado, o su representante, debe comunicarse con la Compañía revisora de servicios médicos, llamando al número telefónica correspondiente que aparece en la Tarjeta de Identificación. La notificación debe ser efectuada de la siguiente manera:

- a) Con anticipación a un ingreso que no sea de emergencia
- b) Dentro de las veinticuatro horas siguientes a un ingreso de emergencia.

La comunicación con la Compañía revisora no garantiza el pago de algún servicio prestado. Cualquier pago por servicios prestados estará sujeto a todos los términos y condiciones de la Póliza.

La decisión final de cómo cualquier servicio deberá ser prestado recaerá sobre el Asegurado y el Médico. Si un Asegurado decide ingresar a un Hospital en los Estados

Unidos de América (incluyendo Puerto Rico<sup>9</sup>, sin antes comunicarse con la compañía revisora, sus beneficios serán reducidos, tal como se indica en el Cuadro de Seguros.

La compañía revisora pudiera sugerir tratamientos alternos o el uso de servicios o suministros no cubiertos bajo la Póliza. Cuando ésto ocurra, sujeto a la aprobación de la Compañía, los gastos incurridos de esa manera estarían cubiertos en las mismas bases de los cuidados y tratamientos que sustituyen.

#### **CLÁUSULA 15 a. NOTIFICACIÓN DE RECLAMOS**

Todo reclamo debe ser notificado por escrito a la Compañía, dentro de los siguientes treinta días después de la ocurrencia del siniestro; o tan pronto como sea razonablemente posible. La Compañía no negará o reducirá el reclamo, si se demuestra que la notificación escrita no pudo ser dada dentro del tiempo establecido, y que en efecto, fue notificada, tan pronto como fue razonablemente posible. La notificación debe indicar el nombre del Asegurado Principal, el número de la Póliza, el nombre de la persona quien incurrió en el gasto, la naturaleza y el monto del mismo.

#### **CLÁUSULA 16 a. FORMULARIO DE RECLAMACIÓN**

Al recibir notificación de un reclamo, la Compañía proveerá el formulario para cumplir con el requisito de notificación escrita de un reclamo. Si los formularios no son enviados dentro de quince días, el reclamante puede cumplir con los requisitos de notificación escrita, enviando pruebas por escrito, dentro del período de tiempo indicado en esta Póliza, sobre ocurrencia, naturaleza y monto del siniestro.

#### **CLÁUSULA 17 a. LIMITACIÓN DE TIEMPO PARA SOMETER RECLAMOS**

Los reclamos deben ser recibidos por la Compañía dentro de los seis meses siguientes a la fecha en que los servicios fueron recibidos o los suministros adquiridos. La Compañía no aceptará prueba de una pérdida o notificación de un reclamo después de transcurridos seis meses de la fecha en que los servicios fueron prestados o los suministros adquiridos.

#### **CLÁUSULA 18 a. PAGO DE BENEFICIOS**

Una vez que la Compañía reciba apropiada y aceptable prueba de un siniestro, la Compañía: a) pagará los correspondientes Beneficios bajo esta Póliza; o b) notificará al reclamante, por escrito, de los motivos para no pagar los Beneficios; o c) notificará al reclamante, por escrito, qué documentación adicional es necesaria antes de poder revisar y/o pagar el reclamo bajo los términos de esta Póliza.

#### **CLÁUSULA 19 a. PERÍODO DE ESPERA**

Durante los primeros cuatro meses de vigencia sólo se cubrirán gastos ocasionados por accidente y/o enfermedades infecciosas, siempre y cuando sean sufridas o contraídas después de la fecha de inicio de la vigencia.

#### **CLÁUSULA 20 a. CÓMO SE PAGARÁN LOS BENEFICIOS CUBIERTOS**

Los Beneficios descritos en esta póliza serán pagaderos al presentarse pruebas fehacientes de los gastos elegibles incurridos por los Asegurados.

Los Beneficios Cubiertos serán pagaderos aplicando el porcentaje de reembolso y hasta el máximo indicados en el Cuadro de Seguros, después de que el Deducible sea satisfecho. Los beneficios están sujetos a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza. En ausencia de prueba fehaciente, cuando un solo cargo es hecho por una serie de servicios, cada servicio se calculará de manera proporcional sobre el total del cargo. La fecha en que un servicio es recibido o un suministro es comprado, será considerada como la fecha de ocurrencia del Beneficio prestado.

#### **CLAUSULA 21 a. NIVEL DE REEMBOLSO**

Todos los pagos efectuados por la Compañía estarán basados en Gastos Razonables y Acostumbrados, como se definen en la sección de Definiciones de esta Póliza. No se pagarán beneficios en exceso de Gastos Razonables y Acostumbrados por tratamientos, servicios, o suministros cubiertos bajo esta Póliza.

#### **CLAUSULA 22 a. METODO DE PAGO**

La Compañía pagará directamente en dólares de los Estados Unidos de América a aquellos hospitales que acepten pagos directos. Cualquier otro cargo será pagado sujeto a presentación del formulario de reclamación anexando pruebas fehacientes de los servicios recibidos.

#### **CLAUSULA 23 a. MONEDA Y TASA DE CAMBIO**

Los pagos a efectuarse bajo esta Póliza serán hechos en dólares de los Estados Unidos de América. Cualquier factura elegible presentada en moneda diferente a dólares, será pagada en dólares utilizando el promedio de la tasa de cambio en vigor durante el mes en que los servicios fueron prestados o los suministros fueron adquiridos.

#### **CLAUSULA 24 a. PERMISO PARA REVISAR REGISTROS MEDICOS**

Todos los Asegurados cubiertos bajo esta Póliza autorizaran a cualquier Hospital, Medico, o cualquier otra institución o persona que le preste algún servicio o provea

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

algún suministro, a que le envíen a la Compañía cualquier registro o documentación necesaria para el proceso de algún reclamo. Cualquier costo incurrido en la obtención de este tipo de información correrá por cuenta de la Compañía.

**CLAUSULA 25<sup>a</sup>.**  
**DERCHO A REHUSAR CESIONES DE PAGOS**

La Compañía se reserva el derecho de efectuar pagos directamente al Asegurado Principal y a rehusar cesiones de pagos a terceros.

**CLAUSULA 26<sup>a</sup>.**  
**DERECHO A EXAMEN**

La Compañía, a su propio costo, tiene el derecho de examinar, por medio de un Médico designado por ella, a un Asegurado que tenga un reclamo pendiente, donde y cuantas veces sea razonablemente posible.

**CLAUSULA 27<sup>a</sup>.**  
**ACCION LEGAL**

Ninguna acción legal podrá ser presentada contra la Compañía para lograr el pago de una reclamación a menos que haya transcurrido un periodo mayor de 30 días, contados a partir de la fecha en que la prueba de reclamación ha sido suministrada de acuerdo con los requisitos de la Póliza. Todas las acciones que deriven de un contrato de seguro, prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que le dio origen.

**CLAUSULA 28<sup>a</sup>.**  
**SUBROGACION**

La Compañía tiene el derecho de subrogación de los derechos de los Asegurados, incluyendo el derecho de interponer una demanda judicial en nombre del Asegurado, por gastos médicos que la Compañía haya pagado, cuando el Asegurado tiene derecho a recuperar dichos gastos de parte de otra persona responsable, incluyendo seguros de responsabilidad civil, o cualquier persona o entidad que hayan causado el Accidente o necesidad del cuidado, pero excluyendo a un asegurador de gastos médicos de una Póliza emitida a nombre del Asegurado.

Todos los Asegurados cooperaran con la Compañía en sus esfuerzos para obtener el reembolso. Incluyendo el proporcionar a la Compañía con cuanta información sea necesaria para obtener dicho reembolso y/o de completar cualquier formulario de consentimiento, renuncia, cesión, o cualquier otro documento que sea requerido por la Compañía para obtener el reembolso.

El Asegurado no tomara acción alguna que pueda perjudicar los derechos e intereses de la Compañía bajo esta Póliza.

**CLAUSULA 29<sup>a</sup>.**

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

## **DERECHO DE RECUPERACION**

La Compañía tiene el derecho de recuperar pagos en exceso efectuados a, o en beneficio de, un Asegurado como Beneficios bajo esta Póliza. Si un Asegurado tiene el derecho a un pago o reembolso de parte de terceros como resultado de acción o reclamo legal, y dicha acción o reclamo:

- a. Se debe o tiene relación con un Accidente o Enfermedad; y
- b. Los Beneficios han sido pagados bajo esta Póliza por el Accidente o Enfermedad;

La Compañía tiene el derecho de recibir reembolso de cualquier pago que efectúe dicha tercera persona, ya sea por decreto, transacción, o cualquier otra acción, pero no excediendo la menor de:

- a. La cantidad total de Beneficiarios pagados por el Accidente o Enfermedad; y
- b. La cantidad recibida por el Asegurado por el Accidente o Enfermedad, menos los costos legales incurridos para obtener el pago.

El Asegurado no tomará acción alguna que perjudique el derecho de la Compañía a recuperar, y ejecutará y proporcionará cualquier documento o información que la Compañía pudiese requerir.

## **CLAUSULA 30<sup>a</sup>. CONCURRENCIA DE COBERTURAS**

Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el que el asegurado pudiera estar cubierto. Cuando algún asegurado esté cubierto también por otra(s) póliza(s) que tengan (n) las mismas coberturas que las del presente contrato, los beneficios del mismo se reducirán a una cantidad igual al complemento que resulte para que el pago total por las indemnizaciones conjuntas sea igual al 100 % de los beneficios aquí estipulados.

## **CLAUSULA 31<sup>a</sup>. ACCIONES U OMISIONES DE TERCERAS PERSONAS**

La Compañía no asume responsabilidad por las acciones u omisiones de algún Hospital, Médico, o cualquier otra tercera persona.

## **CLAUSULA 32<sup>a</sup>. ERROR ADMINISTRATIVO**

Error(es) administrativo(s), o demora(s) en establecer los registros por parte de la Compañía: a) no ocasionarán negación para otorgar el seguro que hubiera sido otorgado en la ausencia de los errores o demoras; b) no extenderán el periodo de cobertura que hubiera terminado; y estarán sujetos a los ajustes de primas, si ello fueran necesarios.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

### **CLAUSULA 33<sup>a</sup>. NOTIFICACIONES**

Todas las notificaciones requeridas por esta Póliza serán dadas por escrito. Si la notificación es para el Asegurado, ésta será enviada al asegurado y/o a su corredor o agente; y si debe ser dada a la Compañía, debe ser enviada a su oficina principal.

### **CLAUSULA 34<sup>a</sup>. ARBITRAJE**

Las partes contratantes convienen que cualquier conflicto, disputa o reclamación que surja de o se relacione con la aplicación, interpretación o cumplimiento del presente contrato deberá ser resuelto mediante el procedimiento de arbitraje, de conformidad con el Reglamento de Conciliación y Arbitraje del Centro de Arbitraje y Conciliación de la Cámara de Comercio de Guatemala, cuyas decisiones las partes aceptan desde ya que serán irrevocables. Al surgir cualquier conflicto, disputa o reclamación, las partes autorizan que la Junta Directa del Centro nombre el (o los) árbitros(s), de conformidad con su Reglamento. El laudo arbitral que se obtenga será inimpugnable por las partes y en consecuencia de ello, dicho laudo arbitral será directamente ejecutable ante el Tribunal competente.

**CLAUSULA 35<sup>a</sup>.  
BENEFICIOS CUBIERTOS** (ver sumas aseguradas, deducibles, porcentajes de reembolso y límites de coaseguro en el Cuadro de Seguros adjunto a estas Condiciones Generales).

#### **1. Servicios de Hospital**

Los Beneficiarios Cubiertos están limitados a:

##### **a. Reclusión en Hospital**

- Cargos por cuarto y alimentación en base de la tarifa de Habitación Semi-Privada en el extranjero. Para hospitalizaciones en el país de residencia la base de reembolso es en base a una habitación privada hasta un máximo de US\$125 diarios.
- Si un Hospital en el extranjero no posee habitaciones semi-privadas, el máximo pagadero por concepto de cuarto y alimentos será el ochenta por ciento de la tarifa más baja que tenga el Hospital por una habitación privada.
- Unidad de Cuidados Intensivos y otras unidades de cuidados especializados hasta por un máximo de tres veces al cargo de cuatro y alimentación.
- Otros servicios de hospital y suministros (excepto artículos personales o de comodidad) incluyendo, pero no limitados a: cuidados de enfermera, terapia de inhalación, física u ocupacional (mientras el Asegurado se encuentra interno), quirófano, sala de recuperación, suministros médicos y quirúrgicos, exámenes diagnósticos de laboratorios y rayos-

x, electrocardiogramas, electroencefalogramas, oxígeno y su administración, soluciones intravenosas e inyecciones.

**b. Cirugía Ambulatoria**

Cuando un Asegurado se somete a un procedimiento quirúrgico que no requiere hospitalización, los honorarios quirúrgicos y demás servicios relacionados con la cirugía, serán reembolsados al mismo nivel como si el Asegurado hubiera sido internado.

**2. Servicios Médicos**

**a. Visitas en el consultorio, excepto en el país de residencia donde se excluye.**

**b. Visita en el Hospital,** limitada a una visita por día de hospitalización. No se pagarán visitas relacionadas a un procedimiento quirúrgico o a fisioterapia.

**c. Cirugía,** Los Beneficios Cubiertos incluyen los cargos de procedimientos quirúrgicos necesarios, incluyendo pero no limitados a, tratamiento de fracturas y dislocaciones de huesos y operaciones necesarias para el tratamiento o diagnóstico de una enfermedad que involucre incisiones o saturación de una herida, siempre y cuando el procedimiento involucrado esté:

1. Cubierto bajo la póliza: y
2. Sea hecho en un Hospital, consultorio médico o en un centro de cirugía ambulatoria.

Un beneficio por separado es pagadero por cada procedimiento quirúrgico efectuado, excepto procedimientos múltiples que son efectuados durante la misma sesión quirúrgica o a través de la misma incisión, los cuales son únicamente pagaderos por el procedimiento que provea el mayor reembolso bajo la Póliza.

Los beneficios por cirugía (s) reconstructiva(s) solo serán pagaderos si dicha cirugías:

1. Médicamente necesaria. Medicamente necesaria significa que un trasplante, tratamiento, servicio, suministro, equipo, medicamento o estancia en el hospital, centro de trasplante o asistencial:

1º. Es apropiado y esencial para los diagnósticos y tratamiento de la enfermedad de una persona asegurada.

2º. No excede en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.

3º. Ha sido prescrito por un Médico.

4º. Es consiente en las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en los Estados Unidos de América; o por la comunidad médica del país donde se presta el Servicio o tratamiento; y

2. Debido al tratamiento de una enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza.

**d) Cirujano Asistente.** En el caso de necesidad médica, y previa autorización de la Compañía, se podrán reconocer los honorarios de un cirujano

asistente. Dichos honorarios estarán limitados a Gastos Razonables y Acostumbrados.

- e) **Anestesiólogo.** Los Beneficios Cubiertos están limitados a los Gastos Razonables y Acostumbrados por los servicios prestados por un anestesiólogo durante un procedimiento quirúrgico cubierto bajo esta Póliza.
- f) **Anestesiólogo Asistente.** En el caso de necesidad médica, y previa autorización de la Compañía, se podrán reconocer los honorarios de un anestesiólogo asistente. Dichos honorarios estarán limitados a Gastos Razonables y Acostumbrados.

### **(3) Maternidad.**

Los gastos ocasionados por el embarazo de una Asegurada estarán cubiertos como si fuese una enfermedad. Los Beneficios serán pagaderos después de 10 meses de cobertura consecutiva bajo la Póliza, contados a partir del ingreso en la Póliza de la Aseguradora. Durante este periodo de 10 meses los gastos incurridos por la Aseguradora por concepto de embarazo no estarán cubiertos bajo la Póliza.

Para todos los efectos de este beneficio se incluirá bajo el término embarazo; el alumbramiento, abortos no provocados, complicaciones del embarazo, cuidados rutinarios del recién nacido (excepto los honorarios del pediatra en los Estados Unidos de América) y, en general cualquier clase de atención médica que se requiera como consecuencia del embarazo.

Las hijas dependientes de un Asegurado Principal, no estarán cubiertas bajo este Beneficio.

Los costos relacionados con el cuidado del recién nacido por concepto de servicios pediátricos incurridos en los Estados Unidos de América, serán utilizados para satisfacer el deducible del nuevo Asegurado, si este nuevo Asegurado es inscrito como Familiar Dependiente dentro de los diez días de su nacimiento.

Sub-límite para el Beneficio de Maternidad US\$2,000 en el país de residencia. US\$5,000 en los Estados Unidos de América.

### **(4) Defectos congénitos de recién nacido.**

Si el beneficio de maternidad está cubierto, tal como se estipula en el inciso (3) anteriormente descrito, los defectos congénitos del recién nacido estarán cubiertos hasta un máximo de US\$250,000.

### **(5) Trasplante**

Solamente se cubrirán los siguientes trasplantes:

- a) Corazón
- b) Corazón/pulmón

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

- c) Hígado
- d) Páncreas
- e) Riñón
- f) Médula ósea
- g) Córnea
- h) Pulmón

El beneficio de Trasplante está sujeto a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza. Adicionalmente, dicho beneficio está sujeto a las siguientes exclusiones:

Ningún beneficio es pagadero por tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro:

- a. Suministrado como resultado de, o de alguna manera relacionado con un trasplante que no esté específicamente indicado aquí; o que no ha sido previamente aprobado por la Compañía;
- b. Que sea considerado Experimental (como se define en esta póliza) o electivo;
- c. Suministrado cuando tratamientos o procedimientos alternos, igualmente, efectivos para tratar la condición o enfermedad que causa el trasplante, estén disponibles;
- d. Suministrado como resultado de un trasplante en el cual el Asegurado recibe un equipo artificial o aparatos designados para reemplazar los órganos humanos o si el órgano donado proviene de un animal; o
- e. Suministrado como un segundo trasplante a un trasplante inicial que fue suministrado antes de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza y el cual no tuvo éxito.

Los gastos materiales y servicios no específicamente excluidos quedaran cubierto si:

- a. Se incurren durante el proceso para la adquisición del órgano, médula ósea o córnea obtenido(a) de un donante fallecido con el propósito de efectuar el trasplante. Se incluyen los gastos relacionados por la extirpación, preservación y transporte de un órgano, médula ósea o córnea que se intente trasplantar a un Asegurado.
- b. Se incurren en un donante vivo durante el proceso de extirpación de un órgano, médula ósea o córnea con el propósito de efectuar el trasplante a un Asegurado. Además, cubre los gastos que se incurran por:
  - 1. Investigación de donantes potenciales,
  - 2. Servicios prestados al donante en un hospital o centro de trasplante, donde las condiciones de la Póliza con respecto a honorarios, servicios, materiales y/o equipos máximos aplicarán, siempre que sean requeridos durante el proceso de extirpación del órgano o tejido que se va a trasplantar.

- c. Se incurren en el cultivo de la médula con relación al trasplante practicado a un Asegurado.

Todo trasplante se deberá realizar en un Hospital especializado, que sea reconocido y aceptado por el Consejo de las Organizaciones Profesionales que estén reconocidas por la Comunidad Médica Internacional como centro especializado para efectuar el trasplante específico.

El beneficio Máximo para Trasplantes es de US\$250,000.

#### **(6) Receta Médicas Ambulatorias**

Los beneficios están limitados a gastos incurridos por medicamentos que:

- a) Requieren receta médica para ser obtenidos;
- b) Deben ser dispensados por un médico o un farmacéutico con las apropiadas credenciales; y
- c) Deben estar aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de Norteamérica (United States Food and Drug Administration)

Este beneficio solo aplica fuera del país de residencia.

#### **(7) Diálisis:**

Sub límite Anual US\$25,000. Sub-límite Máximo Vitalicio de US\$75,000.

#### **(8) Terapia física;**

Sub –límite US\$1,000 por año calendario.

#### **(9) Ambulancia Terrestre y Aérea**

1. **Ambulancia Terrestre:** Los Beneficios están limitados a Gastos Razonables y Acostumbrados incurridos por los servicios profesionales de una ambulancia terrestre dentro del país donde el evento ocurra. Los Gastos Elegibles están limitados a un viaje de ida y uno de regreso al Hospital más cercano, por Asegurado, por evento.
2. **Ambulancia Aérea:** Los gastos elegibles incluyen los Gastos Razonables y Acostumbrados incurridos por un Asegurado por el transporte al Hospital o institución médica más cercana con el equipo necesario para tratar la dolencia que afecta al Asegurado. El beneficio es elegible si: (a) el Médico tratante certifica que el Asegurado requiere evacuación médica de emergencia para recibir el tratamiento requerido, y que dicho tratamiento no se encuentra disponible en el área donde se encuentra el Asegurado; y (b) la condición del Asegurado va a requerir un periodo de hospitalización.

Los Gastos Elegibles incluyen los costos de una ambulancia aérea, si es medicamente necesaria, y:

- a. El viaje en una aeronave comercial ( por ejemplo, en camilla acompañado por un médico) no es posible; y
- b. La incapacidad requiere los servicios especiales que se encuentran a bordo de una ambulancia aérea:
  1. Operada por un reconocido operador de ambulancias aéreas;
  2. Con equipos y suministros médicos especiales; y
  3. Con personal médico calificado.

El beneficio máximo pagadero se indica en el Cuadro de Seguros.  
Este beneficio es pagado por reembolso.

### **CLAUSULA 36<sup>a</sup>. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES**

No se pagarán beneficios bajo esta Póliza por gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros, debidos o relacionados con:

1. Exámenes médicos de rutina, estudios diagnósticos que son parte de un examen médico de rutina, incluyendo, pero no limitado a, exámenes pediátricos a recién nacidos, vacunas, la emisión de Pólizas de seguro y dictámenes médicos, y exámenes o evaluaciones de dependencia física, mental o química con el propósito de obtener o continuar un empleo, un seguro, licencia, admisión escolar o para participación en eventos deportivos, o la evaluación y tratamiento de incapacidades del aprendizaje.
2. Exámenes rutinarios de la vista, incluyendo refracción ocular y la rehabilitación de lentes (incluyendo lentes de contacto) y exámenes rutinarios del oído, incluyendo la rehabilitación de audífonos.
3. Tratamientos pediátricos, incluyendo pero no limitados a, el tratamiento de pies planos, callos, juanetes o uñas de pie; padecimientos sintomáticos de los pies; desórdenes congénitos de los pies; zapatos ortopédicos o cualquier otro equipo de soporte tal como soporte de arcos de pie; o cualquier otro servicio o suministro preventivo.
4. Tratamientos o prevenciones dentales o tratamiento o cirugía dental o de las encías relacionadas o no con alguna condición de las mandíbulas, excepto cuando se trate de la reparación o reemplazo de un diente sano natural que ha sido dañado en un accidente sufrido mientras el Asegurado se encuentra cubierto bajo esta Póliza.
5. Servicios o suministros médicos o dentales para el tratamiento de problemas articulares de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a, el tratamiento del síndrome temporomandibular, cráneo-mandibular o cualquier otro desorden de la articulación que una mandíbula al cráneo

y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.

6. Defectos congénitos y anomalías o condiciones asociadas con el nacimiento, sin embargo, en casos de defectos o anomalías congénitas que se presentan en un recién nacido cuya madre está cubierta con el Beneficio de Maternidad, dichos defectos o anomalías están cubiertas hasta un máximo de US\$25,000

7. Un Accidente o Enfermedad

- a) Atendido (a) por cualquier Ley de Seguro Social, o por cualquier otra legislación o plan de beneficios similar emitido por una entidad gubernamental, o por cualquier otro organismo oficial que tenga la requerida jurisdicción para promulgar tal legislación.

No obstante lo anterior, en el caso que después de haberse efectuado el pago total de los beneficios pagaderos bajo la Ley de Seguro Social, u otra legislación similar, quedase sin pagar algún balance, gasto o porción de gastos cubierto bajo esta Póliza por concepto de tal Enfermedad o Accidente, tal balance, gasto o porción de gastos se considerará como pagadero bajo la misma, de acuerdo con el porcentaje y hasta el límite de beneficios estipulados bajo la Póliza quedando sujeto a todos los términos y condiciones de la misma.

- b) Por daños causados a sí mismo, ya sea en estado de locura o cordura;
  - c) Por guerra, declarado o no, actos de terrorismo o violencia civil, actos cometidos durante la suspensión de las garantías constitucionales dirigidos contra entidades gubernamentales o civiles;
  - d) Por participar en motín, huelga, tumulto, rebelión militar o popular, revolución o disturbio público;
  - e) Por participar en actos ilícitos, asaltos, felonías, incluyendo pero no limitado a, riñas iniciadas por el Asegurado; o
  - f) Producto de la influencia total o parcial, de alcohol o estupefacientes o cualquier otra droga que no sea bajo receta y cuidado médico. Además, ningún beneficio será pagadero por algún Accidente o Enfermedad contraído(a) mientras el Asegurado se encuentra bajo la influencia, total o parcial, de drogas recetadas por un Médico para el tratamiento de dependencia química o alcohólica;
8. Tratamientos para la cura de la adicción a las drogas o alcoholismo, incluyendo sus complicaciones e incluyendo, pero no limitado a exámenes, consultas y tratamientos efectuados por un médico psiquiatra o servicios prestados para el tratamiento de las complicaciones derivadas de la adicción a las drogas o el alcohol;

9. Tratamiento para la cura de enfermedades mentales o desórdenes nerviosos, así como cualquier complicación derivada de los mismos, o a consecuencia de los efectos negativos resultado de medicinas tomadas para tratar enfermedades mentales o desórdenes nerviosos.
10. Tratamientos para el manejo de la maternidad, si dichos tratamientos;
  - a. Son efectuados dentro de los primeros diez meses de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza , o
  - b. Son incurridos por una hija del Asegurado Principal, no importando la fecha en que fueron incurridos.
11. Gastos en exceso del Máximo Vitalicio como se estipula en el Cuadro de Seguros, o gastos en exceso de cualquier otro máximo estipulado en dicho Cuadro.
12. Tratamientos, servicios, o suministros que:
  - a. No sean Medicamento Necesarios para el tratamiento o diagnóstico de un Accidente o Enfermedad, aunque ellos sean recetados, recomendados, o aprobados por un Médico o Dentista;
  - b. Sean de naturaleza experimental o investigativa o que sean efectuados de manera no aceptada por la comunidad médica;
  - c. Sean prestados por un Pariente Cercano, o prestados por una persona que reside en la residencia del Asegurado, o que fueron prestados en una institución que sea propiedad de un Pariente Cercano del Asegurado;
  - d. Sean suministrados para el tratamiento de complicaciones de Accidentes o Enfermedades no cubiertas por esta Póliza.
  - e. Sean prestados por parientes Cercanos del Asegurado durante un periodo de hospitalización del Asegurado;
  - f. Sean prestados antes de la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, o después de la fecha de terminación de la Póliza, no importando si el Accidente o la Enfermedad ocurrió o fue diagnosticado durante el periodo de vigencia de la Póliza.
  - g. Sean prestados para el tratamiento de cualquier condición relacionado con el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirido (SIDA), Complejo Relacionado con el SIDA (CRS) o cualquier enfermedad venérea o sexualmente transmitida , o cualquier tratamiento de la enfermedad de Chagas o sus complicaciones;
  - h. Sean prestados para el tratamiento de alguna condición que ha sido específicamente excluida por la Compañía por medio de anexo o endoso, incluyendo complicaciones de dicha condiciones excluidas.

13. Terapia recreacional o educacional;
14. Las siguientes drogas, medicinas y suministros aunque sean recetadas por un Médico:
  - a) Experimentales o investigativas;
  - b) Vitaminas, suplementos dietéticos, depresivos del apetito, regeneradores de cabellos, medicinas para la ayuda de las regeneración de la piel, ayudas de embellecimiento o de salud, Nystatin, Minoxidil o chicles de nicotina;
  - c) Medicinas, drogas o suministros que no requieren receta médica;
  - d) Mecanismos o medicinas anticonceptivas, excepto cuando son Medicamente Necesarias en el tratamiento de una condición médica; o
  - e) Medicinas recetadas para condiciones que no son médicas o medicinas que son recetadas para tratamiento de condiciones no cubiertas por esta Póliza;
15. Gastos los cuales:
  - a) Exceden el Gasto Razonable y Acostumbrado de un servicio o suministro;
  - b) No hubieran sido incurrido en la ausencia de seguro;
  - c) No requieren responsabilidad legal por parte del Asegurado; o
  - d) Son por servicios o suministros no cubiertos bajo esta Póliza;
16. Los siguientes procedimientos quirúrgicos y sus servicios y suministro relacionados incluyendo, pero no limitados a, estadías hospitalarias, medicinas y exámenes diagnósticos de laboratorios y rayos-x:
  - a) Cirugía electiva, cosmética o plástica, y sus tratamiento relacionados, para reparar o modificar una estructura corporal saludable con el propósito de mejorar la apariencia o la psique de Asegurado, ya sea por causas psicológicas o emotivas, excepto cuando son requeridas como resultado directo de un Accidento o Enfermedad contraídos después de la fecha efectiva de la cobertura bajo esta Póliza;
  - b) Keratotomía radial o cirugía ocular con el propósito de corregir errores de refracción;
  - c) Procedimientos de trasplantes de órganos, excepto como se describen en la sección de beneficios de esta Póliza.

- d) Cambios de género sexual, o mejorías en la función sexual, incluyendo pero no limitada a , prótesis penil e impotencia sexual, o cualquier tratamiento (quirúrgico o no) para corregir disfunciones sexuales;
  - e) Reversión de procedimientos de esterilización sexual, o por cualquier tipo de control de embarazo; o
  - f) Inseminación artificial, fertilización in vitro o in vivo, o cualquier servicio similar o procedimiento para causar el embarazo, o cualquier tratamiento (quirúrgico o no) contra la infertilidad;
- 17.** Visita a la sala de emergencias de un Hospital por un Accidente o enfermedad que no es considerado de emergencia;
- 18.** Tratamientos quiroprácticos de desórdenes de la espina dorsal o el esqueleto incluyendo terapia física y manipulación de huesos, articulaciones y tejidos;
- 19.** Prótesis, o el uso de aparatos correctivos o implementos médicos que no sean Medicamento Necesarios;
- 20.** La práctica o participación en eventos deportivos profesionales, en carreras o eventos de velocidad, buceo acuático o paracaidismo, escala de montañas (cuando se requiere el uso de sogas o guías), aviación (excepto cuando se viaja como pasajero en una aeronave comercial), deportes invernales competitivos, carreras de caballos, motociclismo, ski acuático, o participación en otros deportes o entretenimientos peligrosos los cuales pudieran poner la vida del Asegurado en peligro, ya sea por irresponsabilidad, falta de conocimiento o habilidad y otras condiciones agravantes;
- 21.** Gastos de hospitalización por enfermedad que se inicien en un viernes, sábado, o domingo, a no ser que :
- A. El médico tratante certifique de que es Medicamento Necesario;
  - B. Dicha estadía que se inicia en un fin de semana sea debido a un procedimiento quirúrgico que va a ser efectuado al día siguiente de la admisión hospitalaria;
- 22.** Programas de aumento de peso, servicios o suministros relacionados con programas o suplementos o aumentos de comidas, a no ser que sean necesarios para mantener la vida en un paciente en estado crítico.
- 23.** Pérdida de peso, control de peso, o cualquier otro servicio o suministro relacionado con el tratamiento de obesidad, ya sea por medio de dietas, ejercicios, inyección de líquidos, o el uso de algún medicamento o cirugía de cualquier índole;
- 24.** Cuidados de custodia y cuidados de salud a domicilio, incluyendo, pero no limitado a , cuidados de largo plazo o cuidados de mantenimiento o

terapia para condiciones crónicas; servicios, suministros y tratamientos efectuados en sanatorios, instituciones de cura o cuidado de custodia, instituciones o centros rehabilitación, instituciones de tratamientos para cuidados geriátricos, o instituciones que no son consideradas como hospitales, tal como se definen en esta Póliza, incluyendo pero no limitado a , instituciones de cuidado a largo plazo e hidroclínicas;

25. Artículos personales y de comodidad, tales como radios, televisores, servicios de barbería o peluquería; alquiler o compra de aires acondicionados, humidificadores, vaporizadores, equipo de ejercicio, o equipos similares;
26. Cualquier gasto incurrido en la compra o alquiler de equipos médicos duraderos, tales como silla de ruedas camas de hospital, respiradores, y cualquier otro equipo semejante, aun cuando sea recetados por un Médico;
27. Tratamientos de Accidente o Enfermedades en las que el Asegurado no se encuentre bajo el cuidado de un Médico, o que no sean autorizadas por un Médico;
28. Gastos elegibles presentados a la Compañía después de seis meses o más, en que fueron desembolsados;
29. Tratamientos, servicios, suministros prestados en :
  - a) Países, o
  - b) Por, o para el beneficio de personas y /o compañías

Sujetos a restricciones comerciales, penalidades económicas, transacciones financieras, regulaciones, o embargos impuestos por el gobierno de los Estados Unidos de América.



Diagonal 6, 10-26 Zona 10  
9º. Nivel, Guatemala, C.A

**FORMATO DE LA TRAJETA DE  
IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO**

**Aseguradora de los Trabajadores S.A**

Insured:

Pollicy Number:

To confirm eligibility, please call in the United States 1-877-688-8821/outside United States (305) 821-8430.

Pre-certification ins required opn all scheduled hospital admissiions and within 24 hours of an emergency admission.

The named insured, if approved by us, are insured under a plan of benefits wich cover medical expenses around the world benefit payment in dollars.

All benefit payments area subject to the terms and conditions of the policy issued to the insured.

Authorization is required form emergency evacuation.

Call MedFlight International around then World 1-800-974-3775/outside United States (713) 641-1911

**Quality Health Management, LLC.**

**15450 New Barn Road, Suite 312 Miami**

**Lakes, Florida 33014.**

This Card is property of ASEGURADORA DE LOS TRABAJADORES, and must be returned upon request.



Diagonal 6, 10-26 Zona 10  
9º. Nivel, Guatemala, C.A

SOLICITUD DE REHABILITACIÓN (CONTINUIDAD DE COBERTURA)

**SEGUROS DE GASTOS MEDICOS MAYORES**

Nombre del Plan: \_\_\_\_\_

**Información del Solicitante**

Apellidos	Nombre	Teléfono
_____	_____	_____
DPI/ Pasaporte No. _____	Lugar y Fecha de Nacimiento. _____	
		Día      Mes      Año
Masculino _____ Femenino _____	Estatura _____ Peso _____	Forma de pago _____
		Anual    Semestral
Dirección de Residencia y No. De teléfono	Dirección Comercial y No. De teléfono	
_____	_____	
_____	_____	

**INFORMACION DEPENDIENTES**

Nombre y Apellidos	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Estatura	Peso	Parentesco
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

**TIPO DE COBERTURAS**

Por este medio solicito la rehabilitación de cobertura del Seguro de Gastos Médicos Mayores para lo cual hago contar que desde el año \_\_\_\_\_ estuve asegurado bajo Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores No. \_\_\_\_\_

A continuación notifico los padecimientos sufridos desde la fecha de suscripción de mi póliza anterior a la fecha de hoy: (en caso de no haber sufrido padecimientos poner ninguno)

Nombre del Paciente	Padecimiento/ Diagnostico	Medico Tratante (Dirección/Teléfono)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

**NOTA: PARA AQUELLAS SOLICITUDES EN QUE SE DECLARÓ NO HABER SUFRIDO PADECIMIENTOS, EL SOLICITANTE CERTIFICA QUE SUS CONDICIONES DE SALUD NO HAN TENIDO VARIACIONES DESDE LA FECHA EN QUE LLENO LA SOLICITUD ORIGINAL DE LA PÓLIZA**

Queda entendido y convenido que:

(A) Aseguradora de los Trabajadores, S.A (de aquí en adelante "La Compañía), se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier Solicitud de Rehabilitación, La cobertura

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.

provista por la Compañía, de acuerdo a lo estipulado en la CLÁUSULA 11ª.  
REHABILITACION.

- (B) Usted está de acuerdo aún todas las respuestas mencionadas en esta Solicitud y en la Solicitud de Seguro original, son completas y verdaderas según su conocimiento y entender. Si la compañía acepta esta Solicitud de Rehabilitación, y luego descubre que hay respuesta (s) falsa(s) en la Solicitud de Seguro y/o en esta Solicitud de Rehabilitación, el Contrato podrá ser dado por terminado por la Compañía.
- (C) Con presentar una fotocopia o el original de esta solicitud, autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica u otra entidad, agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada médicamente para proveer a la Compañía la información que ésta requiera, incluyendo registros respecto a consejos, cuidado(s) o tratamiento(s) proporcionado(s) a mi y/o a mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.

---

**Lugar y Fecha**

---

**Firma del Solicitante**

---

**Nombre del agente**

### SOLICITUD DE CAMBIO DE PLAN Y/O DEDUCIBLE

<b>NÚMEROD DE PÓLIZA:</b>	<b>ASEGURADO :</b>
---------------------------	--------------------

**1) CAMBIO A UN DEDUCIBLE MAYOR**

- US\$1,000 A US\$2,500
- US\$2,500 A US\$5,000

**2) CAMBIO A UN PLAN DE MENOR COBERTURA**

- DE WORLDWILD SELECT A WORLDWIDE PLUS
- DE WORLDWILD SELECT A PREFERRED PLUS
- De WORLDWILD SELECT A EXCLUSIVE PLUS
- De WORLDWILD PLUS A PREFERRED PLUS
- De WORLDWILD PLUS A EXCLUSIVE PLUS
- De WORLDWILD PLUS A EXCLUSIVE PLUS

**FIRMA REQUERIDA PARA PROCESAR ESTA SOLICITUD**

\_\_\_\_\_

Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_

Fecha

**3) CAMBIO A UN DEDUCIBLE MENOR**

- US\$2,500 A US\$1,000
- US\$5,000 A US\$2,500

**4) CAMBIO A UN PLAN DE MAYOR COBERTURA**

- DE EXCLUSIVE PLUS A PREFERRED PLUS
- DE EXCLUSIVE PLUS A WORLDWILD PLUS
- DE EXCLUSIVE PLUS A WORLDWIDE SELECT
- DE PREFERRED PLUS A WORLDWIDE PLUS
- DE PREFERRED PLUS A WORLDWIDE SELECT
- DE WORLDWIDE PLUS A WORLDWIDE SELECT

**FIRMA REQUERIDA PARA PROVESAR ESTA SOLICITUD**

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL ASEGURADO

\_\_\_\_\_

FECHA

**CERTIFICO QUE MIS CONDICIONES DE SALUD NO HAN TENIDO  
VARIACIONES DESDE LA FECHA EN QUE FUE LLENADA MI SOLICITUD  
ORIGINAL.**

Queda entendido y convenido que:

- A. Aseguradora de los Trabajadores, S.A. (de aquí en adelante “La Compañía”), se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier Solicitud de Cambio de Plan y/o Deducible. La cobertura entrará en vigor el primero del mes siguiente a la fecha de aprobación de la Solicitud por parte de la Compañía. La cobertura provista por La Compañía entrará en vigor hasta que la Solicitud sea recibida y aprobada por La Compañía, y será efectiva el primer día del mes siguiente a la fecha de aprobación.
- B. Usted está de acuerdo que todas las respuestas mencionadas en esta Solicitud, y en la Solicitud de Seguro original, son completas y verdaderas según su conocimiento y entender. Si hubiera alguna(s) respuesta(s) falsa(s) en cualquiera de las dos solicitudes, el Contrato podrá ser dado por terminado por La Compañía.
- C. Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud, autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica u otra entidad, agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada médicamente para proveer a La Compañía la información que ésta requiera, incluyendo registros respecto a consejos, cuidado(s) o tratamiento(s) proporcionado(s) a mí y/o a mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.

\_\_\_\_\_

Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_

Fecha



Diagonal 6, 10-26 Zona 10  
9º. Nivel, Guatemala, C.A

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE SEGURO**  
**ANTES DE COMPLETAR Y FRIMAR ESTE FORMULARIO**  
**SÍRVASE LEER SU PÓLIZA DE SEGURO**  
**ADJUNTE A ESTE FORMULARIO EL (LOS) ORIGINAL(ES) DE LA (S) FACTURAS (S) Y/O CUENTAS (S)**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y ASEGURADO		FAVOR DE CONSTESTAR TODAS LAS PREGUNTAS	
NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS DEL PACIENTE:		2. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE	
4. DIRECCIÓN DEL PACIENTE Y No DE TELÉFONO:		5. SEXO DEL PACIENTE MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	
		6. RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGURADO USTED CÒNYUGE HIJO OTRO	
FECHA EN QUE LOS SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD APARECIERON: / O FEHCA DEL ACCIDENTE		ESTABA ESTA CONDICIÓN RELACIONADA CON ENFERMEDAD: SI ACCIDENTE: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
AUTORIZO A SUMINISTRAR CUALQUIER INFORMACIÓN PARA PROCESAR ESTE RECLAMO. NOMBRE DE QUIEN LO AUTORIZA: _____		AUTORIZO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS MEDICOS AL MÉDICO O PROVEEDOR. ABAJO DESCRITOS. NOMBRE _____	
FIRMA DE QUIEN LO AUTORIZA _____ FECHA: _____		FIRMA: _____ (ASEGURADO O PERSONA QUE AUTORIZA)	
INFORMACIÓN DEL MEDICO O PROVEEDOR			
INDICE LA FECHA DE LA CONDICIÓN QUE CORRESPONDA: ENFERMEDAD (PRIMER SÍNTOMA) LESIÓN (ACCIDENTE) EMBARAZO (FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN)		FECHA EN QUE POR PRIMERA VEZ USTED FUE CONSULTADO POR ESTA CONDICIÓN.	
NOMBRE DEL MÉDICO QUE LO REFIERE		HA TENIDO EL PACIENTE PREVIAMENTE EL MISMO SINTOMA, O HA TENIDO SINTOMA SIMILARES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL LUGAR DONDE SE PRESTARON LOS SERVICIOS		PARA SERVICIOS RELACIONADOS CON HOSPITALIZACIÓN. INDIQUE LAS FECHAS DE LA MISMA FECHA DE INGRESO _____ FECHA DE ALTA _____	
DIAGNOSTICO O NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN. RELACIONE EL CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO COLUMNA "D" CON EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO Y CON EL CÓDIGO DE SERVICIÓN (1, 2, 3, ETC.)		LAS PRUEBAS DE LABORTARIOS SE HICIERON FUERA DE SU CONSULTORIO) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> HONORARIOS	

21 A FECHA DEL SERVICIO	B CÓDIGO DE SERVICIO	C. DESCRIPCIÓN COMPLETA DE LOS PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS O ASISTENCIA MÉDICA SUMINISTRADOS EN CADA FECHA INDICADA. CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO (INDÍQUELOS) (EXPLIQUE LOS SERVICIOS O CIRCUNSTANCIAS NO USUALES)	D CÓDIGO DE DIAGNOSTICO	E HONORARIOS	F NOMBRE DEL PROVEEDOR
FIRMA DEL MEDICO O PROVEEDOR		23 ACEPTO ASIGNACIÓN SI NO	24 TOTAL DE LOS HONORARIOS	25 CANTIDAD PAGADA	26 SALDO
29 No DE LA CUENTA DE SU PACIENTE		27 No DE IDENTIFICACIÓN O CÓDIGO DE RESGITRO	28 NOMBRE DEL MEDICO O ASISTENTE, DIRECCIÓN, ZONA POSTAL Y No DEL TELÉFONO		

\* PONGA LOS CÓDIGOS DE SERVICIOS

- 1- (H) – PACIENTE HOSPITALIZADO    4 – (H) – CASA DEL PACIENTE    7 – (NH)– CASA DE CONVALECIENTES    O- (OL) OTRO LUGAR  
 2- (OH) – PACIENTE NO HOSPITALIZADO    5 – CUIDADO DIURNO    8- (SNF) – ENFERMERAS ESPECIALES    A- (LJ) LABORATORIO INDEPENDIENTE  
 3- (O) – CONSULTORIO MÉDICO    6 - CUIDADO NOCTURNO    9 – ANBULANCIA    B- OTRO SERVICIO –SUMINISTRO MÉDICO / QUIRÚRGICO.

‘ESTE CONTRATO INCLUYE UN ACUERDO DE ARBITRAJE’

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 6-2006 del diez de enero de dos mil seis.