

### Solicitud para Seguro Colectivo de Gastos Médicos

Por medio de la presente solicito a **ASEGURADORA DE LOS TRABAJADORES, S.A.**, una póliza de SEGURO COLECTIVO DE VIDA DE GASTOS MÉDICOS-, para lo cual acompaño los consentimientos respectivos de los integrantes del grupo solicitante, para el grupo elegible.

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA ENTIDAD CONTRATANTE			
Nombre completo:			
Dirección:			
Documento de identificación (DPI):			
Es ciudadano o residente de EEUU:	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Es contribuyente del Impuesto de Rentas de EEUU:	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Es Persona Expuesta Políticamente -PEP-:	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tiene parentesco con una -PEP-:	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Es asociado cercano de una -PEP-:	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Datos del Contratante:	
Nombre o Razón Social:	
Dirección:	N.I.T.:
Correo Electrónico:	Teléfono:
Nombre del Grupo Asegurado:	Actividad principal de la empresa:
Vigencia	

Elegibilidad para nuevos asegurados:

- Inmediatamente, en la Fecha de Ingreso a la Entidad Contratante
- Después de \_\_\_\_\_ meses de ingreso a la Entidad Contratante
- Otra \_\_\_\_\_

Contribución para el pago de la Prima del empleado:

No  Sí  Porcentaje: \_\_\_\_\_

Inclusión de dependientes:

No  Sí

Contribución para el pago de la prima del dependiente:

No  Sí  Porcentaje: \_\_\_\_\_

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 950-2021 del 21 de julio 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

**Queda entendido y convenido que:**

Aseguradora de los Trabajadores, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

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.

Así mismo, autorizo que se envíen al correo electrónico la póliza de seguro contratada.

El Solicitante reconoce expresamente que el contrato completo de seguro, que regula las obligaciones y derechos de la Compañía, del Contratante y del Grupo Asegurado, se rige por las declaraciones del Contratante en esta Solicitud, el Consentimiento Individual de los integrantes del Grupo Asegurado, la Carátula de la Póliza, las Condiciones Particulares, las Condiciones Generales, los Certificados Individuales de Seguro, el Registro de Asegurados, endosos y los anexos a la misma; y por los principios de buena fe, equidad y lealtad que recíprocamente se guardarán las partes contratantes, y las disposiciones legales vigentes aplicables.

**NOTA:** Si la póliza y sus anexos no concordaren con la oferta, me reservo el derecho de pedir rectificación por escrito dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de recepción de la póliza, transcurrido dicho plazo sin que pida la mencionada rectificación se considerará aceptadas las estipulaciones de la póliza y sus anexos; por lo tanto, firmo el presente formulario de solicitud, en el lugar y fecha de emisión anotado arriba.

---

**Firma del Representante legal del Contratante**

## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

### CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL

Me adhiero a la solicitud y a la póliza de Seguro Colectivo de Gastos Médicos, y en consecuencia doy mi consentimiento para ser incluido en este seguro, para lo cual proporciono los datos siguientes:

DATOS PERSONALES						
Nombre completo:						
Dirección:						
Ocupación:				Correo Electrónico:		
DPI:	NIT:	Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año	Edad:	Sexo: M, F	Teléfono	
Fecha de ingreso a la empresa:						
Es ciudadano o residente de EEUU:			Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Es contribuyente del Impuesto de Rentas de EEUU:			Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Es Persona Expuesta Políticamente -PEP-:			Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Tiene parentesco con una -PEP-:			Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Es asociado cercano de una -PEP-:			Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

*Nombre completo del dependiente	Fecha de nacimiento	Parentesco

**\*Solo se consideran como Dependientes los hijos menores de 25 años y el cónyuge.**

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. sin perjuicio de las acciones legales que pudieran iniciarse, en reserva de los derechos e intereses de la Aseguradora.

Así mismo, autorizo que se envíen a mi correo electrónico las Condiciones Generales de la póliza de seguro contratada.

### Queda entendido y convenido que:

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 950-2021 del 21 de julio 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



Avenida Reforma 6-20, Zona 9 nivel 4

ASEGURADORA DE LOS TRABAJADORES, S. A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

EN FE DE LO ANTERIORMENTE EXPRESADO, firmo la presente en el lugar y fecha abajo indicados.

Lugar y fecha:

---

Firma:

---

## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

### CARÁTULA DE LA PÓLIZA

<b>Póliza No.</b>
-------------------

Contratante (nombre):			
Dirección:			
Definición del grupo elegible:			
Sede del grupo elegible:			
Normas de elegibilidad:			
Normas para determinar la suma asegurada:			
Forma de pago de la prima (en caso sea ésta fraccionada mensual, trimestral o semestralmente):		Límites de Edad:	
Fecha de Inicio de Vigencia de esta póliza: Día / Mes / Año	Prima Total:	Tipo de Moneda	Fecha de Emisión: Día / Mes / Año

ASEGURADORA DE LOS TRABAJADORES, S.A., de aquí en adelante denominada “La Aseguradora”, con domicilio en la Ciudad de Guatemala, República de Guatemala, con base y de acuerdo con las declaraciones formuladas en la solicitud presentada por el Contratante, arriba indicado, a quien se le identificará como tal en todos los documentos que forman parte de este contrato de seguro, y mediante el pago de la prima correspondiente, asegura la vida de cada uno de los integrantes del Grupo Elegible, arriba mencionado, designado en este contrato como “Grupo Asegurado”. En tal sentido, la Compañía se compromete a pagar la suma especificada, en cada uno de los certificados individuales de seguro, a los beneficiarios designados por el propio miembro asegurado o, en su defecto, a los herederos legales del mismo, contra entrega del Certificado Individual que proceda, tan pronto la Compañía reciba las pruebas fehacientes del fallecimiento de cualesquiera de los integrantes del Grupo Asegurado, de la causa que lo hubiere motivado y del derecho del beneficiario, siempre que esta póliza se encuentre en pleno vigor de conformidad con sus cláusulas. Los certificados individuales deben entregarse a cada uno de los miembros del Grupo Asegurado por la Aseguradora, por medio del contratante.

La Aseguradora ha convenido en contraer y cumplir la obligación antes dicha, en consideración al pago a su favor, de la Prima correspondiente, determinada conforme a las condiciones particulares.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 950-2021 del 21 de julio 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



Avenida Reforma 6-20, Zona 9 nivel 4

La duración de esta póliza de seguro es de un año y su vigencia cuenta a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de esta Póliza, anotada arriba, y puede renovarse mediante simple solicitud por escrito autorizada por el Contratante del Grupo Asegurado, pero ninguna renovación tendrá efecto si no consta en Endoso de Renovación extendido por la Compañía.

EN FE DE LO CUAL, se firma en la ciudad de Guatemala, República de Guatemala, a los xx días del mes xx del xx

ASEGURADORA DE LOS TRABAJADORES, S.A.

---

Gerente o Apoderado

**BENEFICIOS Y COBERTURAS:** \*Detalle.

**TARIFAS MENSUALES:** \*Detalle

**ELEGIBILIDAD:** \*Detalle

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 950-2021 del 21 de julio 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

## SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS

PÓLIZA	CERTIFICADO No.
--------	-----------------

### CERTIFICADO INDIVIDUAL

Contratante: \_\_\_\_\_

DATOS PERSONALES					
Nombre completo del asegurado:					
Dirección particular:					
Ocupación:					
DPI No.:	NIT:	Fecha de Nacimiento: Día / Mes / Año	Edad:	Sexo: M, F	Teléfono No.
DATOS DEL SEGURO SOLICITADO					
Máximo Vitalicio:					
Vigencia de este Certificado, Inicio (Día / Mes / Año):		Límites de Edad:		Fecha de Emisión (Día / Mes / Año):	
Finalización (Día / Mes / Año):					
Dependientes				Parentesco con el asegurado	Edad

**Aseguradora de los Trabajadores, S.A**, por medio de la póliza de seguro colectivo de vida a la que se adhiere este Certificado, asegura a la persona arriba mencionada, por la Suma Asegurada en este Certificado, la cual se pagará al (a los) Beneficiario(s) arriba mencionado(s), al recibir pruebas fehacientes del fallecimiento del Asegurado, conforme a los términos y Condiciones Generales de esta póliza.

A solicitud de la persona arriba mencionada, la Aseguradora de los Trabajadores, S.A, envía al correo electrónico proporcionado por la misma, las Condiciones Generales de esta póliza, en la que puede verificarse, entre otros aspectos, las obligaciones del asegurado o beneficiario en caso de siniestro y el procedimiento para el pago del reclamo.

**Cuadro de beneficios:** Detalle\*

**Red de proveedores:** Detalle\*

**Otras condiciones:** Detalle\*

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 950-2021 del 21 de julio 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

## **CONDICIONES GENERALES PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS**

### **Cláusula Primera – Beneficios**

Sujeto a los términos y condiciones de esta póliza, todo asegurado tendrá derecho a los beneficios de gastos médicos si incurre en tales gastos por atención o servicios médicos, suministrados a causa de una enfermedad o lesión accidental, cubiertos por esta póliza.

Los beneficios de reembolso de gastos médicos, tal y como se definen más adelante, consistirán en una cantidad para ese tipo de gastos en que incurra cada individuo asegurado. Tal cantidad será igual al valor de los gastos médicos menos la suma del deducible aplicable conforme las definiciones y condiciones de la póliza, multiplicado por el porcentaje de reembolso indicado en el Cuadro de Beneficios del seguro, más el excedente resultante de la aplicación del límite de coaseguro, si estuviere incluido en el Cuadro de Beneficios. La cantidad total del reembolso de los beneficios mencionados no podrá exceder el "Máximo Vitalicio" de cualquier asegurado tal y como se indica en el Cuadro de Beneficios.

No obstante lo anterior, si a consecuencia de los reclamos presentados, un asegurado o dependiente asegurado, ha recibido en beneficios al menos el 75% de su Beneficio Máximo Vitalicio indicado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, se podrá restablecer este beneficio suministrando evidencias satisfactorias de asegurabilidad, mismas que estarán sujetas a la aprobación de la Aseguradora, previo a la autorización del citado restablecimiento.

Los beneficios de reembolso de gastos médicos incluyen lo siguiente:

1. Los gastos de Hospital, considerados como razonables y acostumbrados correspondientes a cuarto y alimentación, cantidad que no debe exceder del gasto diario elegible para esta cobertura, tal y como se indica en el Cuadro de Beneficios, servicios, medicamentos y cuidados generales de enfermera, así como todos los cargos por otros servicios y medicamentos suministrados por atención médica en el hospital.
2. Honorarios médicos *y/o* quirúrgicos suministrados durante una hospitalización por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina. Cuando se trate de honorarios por medio de reembolsos convencionales, se indemnizarán los honorarios médicos y quirúrgicos de acuerdo con la especialidad del Médico *y/o* complejidad de la cirugía, con base en lo razonable y acostumbrado, incluyendo las consultas pre y post quirúrgicas. La ayudantía quirúrgica se indemnizará para cirugías que por su complejidad lo ameriten, sin exceder el 25% de lo indemnizado por honorarios quirúrgicos. Para los honorarios de anestesiología se cubrirá hasta el 40% de lo indemnizado por honorarios quirúrgicos.

Para visitas hospitalarias, se indemnizarán:

Un máximo de dos (2) visitas médicas diarias durante los primeros dos (2) días de la hospitalización.

Un máximo de una (1) visita diaria para los días siguientes.

Hasta cinco (5) interconsultas por cada médico tratante de diferente especialidad.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 950-2021 del 21 de julio 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



Atención privada suministrada por enfermeros titulados que no sean parientes cercanos del asegurado, que no vivan en la casa de dicho asegurado y que dichos servicios hayan sido recetados por el médico tratante. Esta cobertura está limitada a un máximo de 20 días por incapacidad, siempre y cuando sea estrictamente necesario a criterio de la Aseguradora, hasta el máximo establecido en el Cuadro de Beneficios.

3. Tratamientos suministrados por un radiólogo o un fisioterapeuta titulados, siempre y cuando este último no sea pariente cercano del asegurado, que no viva en la casa de dicho asegurado y que dichos servicios hayan sido recetados por el médico tratante.
4. Aplicación de anestesia suministrada por un médico o un anestesista profesional.
5. Transporte local del asegurado en servicio de ambulancia privada a un hospital equipado, como se especifica en el Cuadro de Beneficios.
6. Gastos relacionados con la remoción, preservación y transporte de órganos o tejidos que se intenten trasplantar al asegurado. En el caso de que se trate de un donante vivo, estarán cubiertos los servicios prestados al donante en un Hospital o centro de trasplante por concepto de habitación, comidas, servicio general de enfermería y servicios regulares suministrados por el hospital o centro de trasplante, pruebas de laboratorio y uso de equipos y otros servicios hospitalarios, siempre y cuando sean requeridos durante el proceso de remoción del órgano o tejido y sujetos a los límites máximos establecidos en el Cuadro de Beneficios para el asegurado de la presente póliza.
7. Honorarios por consulta externa realizada por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina, siempre y cuando la especialidad del médico corresponda a la enfermedad o lesión que padezca el asegurado.
8. Suministro de sangre o plasma, miembros y ojos artificiales, yeso tablilla, braguero, muletas, oxígeno y alquiler del equipo necesario para su aplicación, alquiler de silla de ruedas o cama especial de hospital, alquiler de pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria, drogas o medicinas recetadas por un médico y que sean proporcionadas en farmacia autorizada.
9. Exámenes de laboratorio y radiología hechos para diagnóstico o tratamiento que hayan sido recetados por un médico.
10. Tratamientos psiquiátricos hasta el valor máximo establecido en el Cuadro de Beneficios.
11. Embarazo, incluyendo parto, aborto espontáneo u operación cesárea, hasta el valor máximo establecido en el Cuadro de Beneficios de la póliza.
12. Cobertura al recién nacido, hasta el valor máximo establecido en el Cuadro de Beneficios de la póliza, excepto lo estipulado en el inciso (9) nueve, de la Cláusula Segunda - Exclusiones.
13. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), quedará cubierto hasta un máximo porcentual del máximo vitalicio contratado, según se especifica en el Cuadro de Beneficios.

## **Cláusula Segunda – Exclusiones**

1. Tratamientos sin relación o que no se consideren necesarios para tratar una enfermedad o accidente cubiertos o que excedan los gastos razonables y acostumbrados.
2. Exámenes de la vista, habilitación de lentes, gastos médicos para corrección visual, tales como láser, queratotomías, queratoconos y cualquier otro tratamiento relacionado.
3. Gastos Médicos para la corrección auditiva, aparatos para el oído, implantes y cualquier otro tratamiento relacionado.
4. Tratamiento de alcoholismo crónico o de adicción a drogas, así como las lesiones causadas mientras el asegurado se encuentre bajo los efectos de alcohol o drogas.

5. Exámenes y tratamientos de origen dental, a menos que sean consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, en cuyo caso se cubrirán solo los tratamientos derivados de lesiones sufridas, incluyendo el reemplazo de los dientes naturales y colocación en su lugar de la mandíbula fracturada.
6. Cirugía o tratamiento de cualquier índole cuya finalidad sea estética, de embellecimiento, rejuvenecimiento, crecimiento, control de peso, calvicie o de uso cosmético en general (acné de cualquier tipo, hormonas de crecimiento), a menos que sea necesario por lesión accidental que ocurra mientras el asegurado esté cubierto bajo esta póliza y que sea proporcionado dentro de los seis meses después de tal accidente.
7. Lesión o enfermedad que resulte a consecuencia de insurrección o de guerra, declarada o no, o de participación voluntaria en motines, huelgas o conmociones civiles.
8. Tratamientos por obesidad (excepto problemas hormonales); reducción de peso, ginecomastia o mastoplastía.
9. Reembolso de gastos médicos, hospitalarios o quirúrgicos prestados al asegurado en virtud de cualquier Ley de Seguro Social u otro programa patrocinado por el Gobierno, si el asegurado, no obstante estar cubierto por esta póliza, hiciere uso de tales servicios; pero en el entendido que en cualquier momento podrá recurrir a los beneficios cubiertos por esta póliza.
10. Tratamientos suministrados al recién nacido antes o después de salir del hospital por enfermedades contraídas antes del nacimiento, condiciones congénitas anormales, y por parto prematuro, así como todas las anomalías congénitas o hereditarias.
11. Tratamientos para la infertilidad, esterilización y su reversión, impotencia sexual y disfunción eréctil, cambios de sexo y frigidez.
12. Tratamientos médicos suministrados con medicina homeopática, holística y acupuntura si no es practicada por médico colegiado.
13. Tratamientos médicos considerados experimentales.
14. Suplementos alimenticios, vitaminas, vacunas y cualquier otro tratamiento de carácter preventivo.
15. Pruebas de sensibilidad, diagnóstico y tratamiento de alergias, excepto las ocasionadas por intoxicación alimenticia, reacciones alérgicas severas, drogas prescritas o crisis asmáticas severas.
16. Cuidado quiropráctico o podológico incluyendo cuidado de los pies relacionado con callos, pies planos, arcos débiles, pies débiles, o cualquier otra dolencia de los pies y soportes de zapato de cualquier tipo.
17. Servicios de custodia, curas de reposo o de embellecimiento, períodos de cuarentena o aislamiento, o por reclusión en un centro o institución de convalecencia, hospicios, asilos, u hogares de ancianos (aun cuando tales servicios sean necesitados por el paciente. O hayan sido recetados por un médico).
18. Lesiones causadas por o como resultado de, la participación activa en cualquier hecho delictivo, riñas, disturbios callejeros, huelgas, revoluciones, insurrección, servicio militar o naval.
19. Práctica profesional o semiprofesional en deportes peligrosos (tales como, pero sin estar limitados a, conducción de motocicletas, vuelos sin motor, alpinismo, buceo, esquí, navegación en alta mar, deporte de invierno, patinaje, jockey, rugby, polo, cacería, pesca submarina y cualquier competencia de velocidad).
20. Trastornos de la conducta alimenticia (bulimia, anorexia y aquellos no especificados)
21. Problemas de crecimiento, déficit de atención y problemas de lenguaje.
22. Menopausia o climaterio y sus complicaciones tales como pero no limitado a: incendios, bochornos o sudoraciones.

23. Problemas de insomnio, ansiedad, terapia sustitutiva (hormonas orales o inyectables y parches) y los exámenes de laboratorio, rayos X y exámenes de diagnóstico para el tratamiento de los mismos..
24. Chequeos médicos generales de rutina, de cualquier especialidad médica '110 cualquier naturaleza.
25. Servicios o suministros de uso común, tales como bicicletas estacionarias, purificadores de aire y agua, aparatos para medir la presión arterial, colchones antialérgicos, almohadas ortopédicas y vaporizadores.
26. Tratamientos para la corrección de la mandíbula y cirugías maxilofaciales, cirugía ortognática para el tratamiento de las hiperplasias del maxilar superior e inferior, excepto cuando sea derivado de un accidente y sin que hayan transcurrido más de ciento ochenta días (180) de ocurrido dicho accidente.
27. Inseminación artificial o implementación de embriones in vitro.
28. Gastos ocasionados por enfermedades mentales, enfermedades de origen nervioso y trastornos funcionales derivados. Se exceptúan los beneficios de los gastos médicos mientras el asegurado se encuentra hospitalizado, y gastos de administración de terapia para tratamiento de convulsiones, ya sea que esté o no en un hospital.
29. Tratamientos suministrados que se relacionen con una enfermedad que se hubiera originado y/o diagnosticado o por la que el asegurado haya recibido tratamiento médico dentro del período de doce (12) meses inmediatamente precedentes a la fecha en que quedó asegurado. Ningún beneficio será pagado por servicios o atención médica debido a dicha condición preexistente, hasta que el individuo asegurado haya estado cubierto bajo la póliza, por un período de preexistencia que se especifique en el cuadro de beneficios.
30. Lesión causada a sí mismo, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales, siempre que, en el primer caso, dicha lesión sea voluntariamente causada.
31. Embarazo, incluyendo el parto, aborto espontáneo u operación cesárea, excepto por complicaciones que requieran operaciones ínter abdominal, o por servicios mientras esté recluida en el hospital por cualquier toxemia debida al embarazo, salvo que en el Cuadro de Beneficios se incluya la cobertura de Maternidad.
32. Cargos por transporte del paciente, que no sean los establecidos en el inciso 5, cláusula primera – Beneficios.
33. Costo de cuarto y alimentos de un miembro de la familia que esté atendiendo al paciente hospitalizado, salvo casos calificados, previa aprobación de la Aseguradora.

### **Cláusula Tercera - Condiciones y Limitaciones**

#### **I. Honorarios Médicos y Quirúrgicos:**

La Aseguradora reconocerá los honorarios por tratamientos médicos y/o quirúrgicos basados en los gastos razonables y acostumbrados.

#### **II. Segunda Opinión Médica:**

A opción de la Aseguradora, cualquier asegurado que requiera ser hospitalizado para recibir un tratamiento médico o quirúrgico que haya sido ordenado por el médico que le atiende, que no sea emergencia, deberá someterse a la evaluación de una segunda opinión médica, con cargo a la misma. antes de ser intemado en un hospital. La segunda opinión médica, será hecha por un médico de la misma espscialidad del médico que trata el asegurado, que aparece en el

listado de médicos autorizados para emitir la segunda opinión médica de un asegurado, o cualquier médico que la Aseguradora estime conveniente. La Aseguradora autorizará la hospitalización basada en la segunda opinión médica.

### **III. Precertificaciones:**

En el caso que un asegurado requiera hospitalización por un tratamiento médico o una cirugía programada, él mismo, o su representante, deberá notificar a la Aseguradora tal requerimiento antes de su admisión en el Hospital en un lapso de cinco días anteriores a la fecha. La Aseguradora determinará si la enfermedad o tratamiento del asegurado está cubierto o excluido por esta póliza. Si a consideración de la Aseguradora dicho asegurado necesitara tal hospitalización, entonces se extenderá un documento de aprobación para tal efecto. De no practicarse la precertificación por parte del asegurado como se detalla anteriormente, la Aseguradora se reserva el derecho de reducir los beneficios pagaderos o cubiertos hasta en un 30% de la cobertura, con base en lo razonable y acostumbrado, si dicha precertificación no se hizo antes de la admisión o dentro de las 48 horas siguientes a la admisión en los casos de emergencias.

### **IV. Límites de Tratamientos:**

El tratamiento ambulatorio del cáncer (quimioterapias o similares) se limita a 2 años. Tratamientos por Hemodiálisis se limitan a 2 años.

### **Cláusula Cuarta - Periodos de espera**

Para los beneficios mencionados en la Cláusula Primera, relacionados con las incapacidades que se detallan, a continuación se establecen los períodos de espera siguientes:

- a. **Maternidad:** Los gastos médicos por maternidad estarán cubiertos sujetos al límite establecido en el Cuadro de Beneficios. Este beneficio sólo será efectivo cuando el embarazo se inicie dentro de la cobertura de la póliza. El beneficio será diferido, cuando la asegurada (esposa del empleado o titular asegurada) al terminar la cobertura del seguro y/o del grupo asegurado se encuentre embarazada, siempre y cuando haya tenido una cobertura continua de por lo menos doce (12) meses bajo la presente póliza.
- b. **Trasplantes:** El período de espera es el especificado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de elegibilidad del asegurado lo que ocurra de último. Durante este período los gastos incurridos por un asegurado por concepto de trasplante, no se considerarán como gastos cubiertos para los efectos de la presente póliza. Si no existe período de espera, los gastos no serán cubiertos en el caso de ocurrir cualquiera de las condiciones siguientes:
  1. Si el diagnóstico de trasplante fue realizado por primera vez durante un período de 60 días consecutivos contados a partir del inicio de vigencia de esta póliza o de elegibilidad del asegurado, lo que ocurra de último.

2. Si el trasplante es como consecuencia de una condición preexistente en los términos definidos en esta póliza.
- c. Cálculos de vesícula y biliares, miomas y várices: El período de espera es de doce (12) meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de elegibilidad, lo que ocurra de último. Durante este período los gastos incurridos por un asegurado por cualquiera de los conceptos antes mencionados no se considerarán como gastos cubiertos para los efectos de la presente póliza.

### **Cláusula Quinta – Definiciones**

Ciertas palabras y frases, tal y como son usadas en esta póliza están definidas, en orden alfabético, a continuación. Otras palabras o frases se encuentran definidas en el lugar en donde han sido empleadas. Para efectos de la aplicación de las condiciones generales y particulares de esta póliza, se deben tomar en cuenta lo que en estas definiciones aparece, aunque en otro contexto se interprete de manera diferente.

**Aborto:** Expulsión del feto y la placenta antes de la semana 24 de gestación, independientemente de que sea espontáneo o provocado.

**Accidente:** Lesión corporal que sufra el asegurado, directa e independientemente de cualquier otra causa, por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad y de cualquier otra persona.

**Acupuntura:** Es un método terapéutico que forma parte de la medicina tradicional china. Es una técnica reservada únicamente para los médicos diplomados en Acupuntura.

**Anexos:** Todos aquellos documentos que se emiten para modificar la póliza.

**Anomalía Congénita:** Particularidad, irregularidad o estado contrario al orden natural orgánico de un individuo, producto de su formación genética y/o de su desarrollo embrionario.

**Anorexia:** Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la auto-evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso.

**Año Calendario:** Es el período comprendido entre el uno (1) de enero de cualquier año y el treinta y uno (31) de diciembre del mismo año, ambas fechas inclusive.

**Asegurado o Asegurados:** Es la persona que se encuentra cubierta por esta póliza, ya sea asegurado titular o dependiente y que se encuentran debidamente registrados en la misma.

**Asistencia médica ambulatoria:** Son los servicios médicos asistenciales que no generan

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 950-2021 del 21 de julio 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

hospitalización.

**Ayudantía Quirúrgica:** Es la participación, durante una intervención quirúrgica, de un profesional médico afín al área en la cual se realiza dicha cirugía.

**Beneficio:** Eventos cubiertos por la póliza.

**Beneficio Máximo Vitalicio:** Suma total de dinero que será pagada a un asegurado bajo esta póliza con respecto a ese asegurado, durante todas las vigencias de la póliza.

**Bulimia:** Presencia de atracones recurrentes de comida (ingesta de alimento en corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar o sensación de pérdida de control de la ingesta del alimento) y las conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de ganar peso.

**Coaseguro:** Es el porcentaje de los gastos elegibles pagable por el asegurado. Este coaseguro puede tener un límite máximo si así es contratado y consta en el Cuadro de Beneficios.

**Complicaciones de Embarazo:**

Se refiere a:

1. Parto por cesárea que no fue elegido.
2. Embarazo ectópico que ha terminado.
3. Una terminación espontánea de embarazo ocurrido durante un período de gestación en el cual no es posible un parto viable.

También se consideran complicaciones de embarazo, aquellos casos en los que el embarazo no ha terminado (por parto u otro motivo), aquellas condiciones que exigen la hospitalización y cuyos diagnósticos son distintos al embarazo pero que han sido adversamente afectados o causados por el embarazo tales como Nefritis aguda, Necrosis, Descompensación cardíaca o Aborto malogrado (feto retenido en el útero durante cuatro (4) semanas o más después de su muerte).

Las complicaciones del embarazo no incluyen inicio falso de parto, sangrado ocasional (esporádico), descanso ordenado por el médico durante el embarazo, náuseas matutinas provocadas por el embarazo, hiperémesis gravídica, preclamsia, placenta previa (relajamiento) o cualquier otra condición similar asociada con el tratamiento de un embarazo difícil pero que no constituye una complicación específica del período de gestación.

**Condición Preexistente:** Enfermedad o accidente que se originó antes de la fecha de inicio de vigencia de esta póliza o debido al cual una persona asegurada ha recibido consulta,

diagnóstico, tratamiento médico, servicio, suministro medicamento prescrito por un médico, en una fecha anterior a la fecha de su ingreso a esta póliza.

**Contratante:** es la persona individual o jurídica que celebra y mantiene un contrato de seguro colectivo con la aseguradora, con el fin de asegurar a un grupo asegurable.

**Cónyuge:** Persona con la cual se tiene establecida una unión de hecho o se ha celebrado un matrimonio.

**Deducible Individual:** Es la cantidad de gasto elegible incurrido por el asegurado y que cada asegurado está obligado a pagar cada año calendario antes de que los gastos cubiertos sean pagados bajo esta póliza. El deducible no será reembolsado por la Aseguradora.

**Deducible Catastrófico:** Es/a aplicación de un único deducible a los gastos médicos incurridos por dos o más miembros de una familia asegurada, ocasionados por la ocurrencia del mismo accidente.

**Deducible por año calendario por núcleo familiar:** Es el número máximo de deducibles que pagará el núcleo familiar asegurado, el cual se especifica en el Cuadro de Beneficios de la póliza.

**Donante:** Persona que cede un órgano aun tejido para ser recibido por otra u otras personas, el mismo donante o por un centro de trasplante.

**Emergencia Médica:** Mal funcionamiento o trastorno de un órgano del cuerpo o parte de un órgano, o de alguna de las funciones vitales de una persona, que es causado por un accidente, o por el repentino e imprevisto agravamiento de un síntoma o de una enfermedad, de naturaleza tan severa o crítica que requiere la inmediata administración de tratamiento médico en un hospital a una persona asegurada. Entre los ejemplos serios de trastornos y mal funcionamiento de órganos o de funciones vitales se encuentran, pero sin estar limitados a: Sangrados incontrolables, envenenamiento, ataques cardiacos, apoplejía, pérdida de la conciencia o de la respiración, convulsiones, hemorragias agudas al sistema circulatorio (angina, infarto, crisis hipertensiva) y del sistema respiratorio (neumonía, neumotórax, crisis asmática) gastrointestinales (gastroenteritis aguda, hemorragias, vísceras perforadas, apendicitis aguda, colecistitis aguda, obstrucción intestinal) deshidratación severa, intoxicación severa, pérdida del conocimiento, reacción alérgica severa, shock anafiláctico, litiasis renal, hematuria, retención urinaria, falla renal aguda, coma diabético, quemaduras graves y fracturas.

Se considera que una emergencia médica ha finalizado cuando, como resultado del tratamiento, servicio o suministromédica mente necesario suministrado al asegurado, los síntomas y/o la causa física que causó la emergencia médica cesa de constituir un serio trastorno o mal funcionamiento de un órgano o de una función vital de una persona, y la condición física del paciente ha sido restablecida.

**Enfermedad o Enfermedades:** Desorden o dolencia física que afecta la salud del asegurado.

**Evidencia del gasto realizado:** Es el original del recibo o factura (u otra documentación idónea que sirva como sustituto de estos, y que sea aceptable para la Aseguradora) que sirve para demostrar que un asegurado ha incurrido en gastos de hospitalización, atención médica, exámenes para diagnóstico y medicamentos, en relación con los cuales se ha establecido una reclamación para el pago de beneficios bajo esta póliza.

**Exclusión:** Toda condición, tratamiento, servicio, evento o elemento no cubierto bajo la presente póliza.

**Experimental:** Cuando un tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o período de hospitalización (o parte de un período de hospitalización):

1. No ha sido ampliamente aceptado como seguro, eficaz, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que estén reconocidas por la Organización Mundial de la Salud y/o,
2. Se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

**Gasto Razonable y acostumbrado:** Es todo cargo que cumple con los requisitos siguientes:

1. El valor que el proveedor de servicios médicos usualmente cobra o cobraría por un servicio igualo similar en el caso de que no existiera seguro.
2. No excede el cargo usual cobrado por la mayoría de los proveedores similares por el mismo o similar servicio o suministro dentro de la zona geográfica en la que fue prestado el servicio.

**Hijo o Hijos:** Son los hijos o hijas, naturales o por adopción legal, del asegurado titular, o su hijastro

o hijastra, siempre que, para su mantenimiento, dependan totalmente del asegurado titular y residan permanentemente en su domicilio.

**Homeopatía:** Método terapéutico mediante el cual se trata al enfermo con remedios que, suministrados a una persona sana en cantidades ponderadas, provocarían síntomas similares a aquellos que hay que curar.

**Hospital:** Es el sanatorio, clínica, centro asistencial y centro de servicios médicos que:

1. Tienen licencia y funcionan de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tienen su domicilio.
2. Se ocupan en primer término y por remuneración de proporcionar a los pacientes ingresados en la institución, y bajo la dirección de un grupo de médicos, tratamiento y cuidado de enfermos y accidentados.
3. Proporcionan en forma continua servicios de enfermería 24 horas al día, prestados por enfermeros graduados certificados.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 950-2021 del 21 de julio 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



4. Poseen los equipos e instalaciones necesarios para efectuar intervenciones de cirugía mayor.

En esta póliza se usa el término hospital para representar todas las instituciones arriba señaladas. El

término hospital no incluye una institución que es usada principalmente como un centro para:

1. Descanso.
2. Cuidados de custodia.
3. Cuidados de enfermería.
4. Cuidado de ancianos.
5. Tratamiento de alcoholismo, adicción a las drogas, condiciones nerviosas o condiciones mentales.

**Hospitalización:** La permanencia en un hospital, para la atención médica de una enfermedad o accidente.

**Incapacidad:** Significa una enfermedad o lesión corporal por accidente, que necesite tratamiento por un médico autorizado. Todas las enfermedades o lesiones corporales accidentales que ocurran simultáneamente o sean ocasionadas o debidas a las mismas causas o causas similares, serán consideradas como una sola incapacidad. Si una incapacidad es debida a causas que son las mismas o similares a las causas de una incapacidad anterior (incluyendo complicaciones que resultaren de ella), la incapacidad será considerada como una continuación de la incapacidad anterior, y no como una nueva y diferente incapacidad.

**Interconsulta:** Significa la consulta que se efectúa a un profesional médico de una especialidad distinta a la del médico tratante.

**Máximo Vitalicio:** Es el monto máximo contratado para cubrir todas las enfermedades o accidentes, durante la vida del asegurado y/o su permanencia en el grupo.

**Médico:** Es una persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina bajo las leyes de la jurisdicción donde ha sido prestado el servicio, y el cual se encuentra practicando dentro de los límites de cualquier autorización legal que sea pertinente.

**Medicamento necesario, Necesidad Médica:** Tratamiento, suministro, medicamento o estancia en un hospital (o parte de una estancia en un hospital) que cumple con las características siguientes:

1. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, accidente o emergencia médica de la persona asegurada.
2. No excede en alcance, duración o integridad el nivel del cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
3. Ha sido prescrito por un médico

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 950-2021 del 21 de julio 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

4. Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en Guatemala, o por el colegio médico o cualquier otra entidad reguladora del país en donde se presta el servicio o tratamiento.
5. En el caso de un paciente internado en un hospital no puede ser administrado fuera de dicha institución, sin riesgo para el paciente.

La necesidad médica es determinada por la Aseguradora basándose en la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico no es necesariamente suficiente para considerarlo médicamente necesario.

**Órgano:** Es la parte del cuerpo que ejerce una función específica.

**Operación quirúrgica:** Operación con incisión; la sutura de una herida; el tratamiento de una fractura; la reducción de una luxación, radioterapia (excluyendo terapia con isótopos radioactivos si se utiliza en lugar de la extracción quirúrgica de un tumor); electrocauterizaciones; procedimientos endoscópicos para diagnóstico o terapia; tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y las venas varicosas.

**Pago de la prima contributivo:** El pago de la prima es contributivo cuando el asegurado aporta una parte o la totalidad de la prima. La prima contributiva será pagada por el Contratante y los miembros del Grupo Asegurado en la proporción estipulada en la solicitud de seguro. **Pago de la prima no contributivo:** El pago de la prima es no contributivo cuando el Contratante aporta el total de la prima.

**País de residencia:** Es el país o la jurisdicción en, o bajo la cual, fue emitida esta póliza.

**Pariente cercano:** Son las personas comprendidas dentro del cuarto [4°) grado de consanguinidad, o segundo [2°) de afinidad, según la legislación vigente.

**Periodo de beneficios:** Es el año que comienza en la fecha de la vigencia de esta póliza, tal como está indicado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza (y cualquier renovación de la misma tal y como se establece en esta póliza). No obstante lo anterior, se considerará que con la terminación de esta póliza, termina también el período de beneficios.

**Período de hospitalización o Internación:** Es el período que comienza en la fecha de ingreso a un hospital o centro de trasplante y que termina el día en que el asegurado es dado de alta del hospital o centro de trasplante.

**Proveedores:** Es un profesional o institución que suministra asistencia a los asegurados tales como

doctores, hospitales, clínicas, etc.

**Solicitud:** Es el formulario que ha sido aprobado por la Aseguradora y que el Contratante completó y firmó con el objeto de solicitar la cobertura evidenciada en esta póliza.

**Tejido:** Es el conjunto de células similares y especializadas, las cuales están unidas para realizar una función determinada.

**Trasplante:** Es el procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, mediante el cual se trasplanta en el cuerpo de un asegurado tejido proveniente de la médula ósea facilitado por un donante o por el mismo asegurado; o cualquiera de los órganos [o parte de uno de ellos), ya hayan sido recibidos de un donante fallecido o vivo.

## **Cláusula Sexta - Elegibilidad**

### **I. Contratante Elegible**

Una persona jurídica podrá ser elegible para contratar la presente póliza, si en la fecha de la solicitud cumple con los siguientes requisitos:

- a. Se trata de una empresa o entidad constituida por razones diferentes a la de contratar un seguro colectivo o de grupo.
- b. Se dedica a una actividad o profesión que cumpla con los requisitos de selección de riesgos de la Aseguradora.
- c. Tiene la infraestructura administrativa que le permite suministrar a la Aseguradora copias de los registros de planillas y cualquier otra documentación que ésta considere necesaria para verificar la elegibilidad de sus empleados o asociados.
- d. Asimismo, serán elegibles para el seguro empresas afiliadas o asociadas al Contratante que cumplan con los incisos anteriores mediante la presentación de documentación que así lo ampare. Si en el término de vigencia de la póliza existe cierre o cese de alguna de las empresas afiliadas o asociadas, el Contratante se compromete a dar de inmediato aviso por escrito a la Aseguradora de dicho cese o término de subsidio por parte del Contratante.

### **II. Empleados Elegibles**

Serán elegibles para el presente seguro, los empleados activos que se encuentren dentro de los límites de edad establecidos en esta póliza, que sean menores de 70 años de edad y que laboren en jornada completa. Se excluyen los empleados provisionales, los que trabajen parte del tiempo laboral y los jubilados.

**Empleados activos actuales:** Serán elegibles a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

**Empleados nuevos:** Serán elegibles una vez cumplan el período de tiempo de empleo continuo y activo que se encuentra establecido en la carátula de la póliza.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 950-2021 del 21 de julio 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

En los grupos en los que el empleado no contribuye al pago de las primas, el seguro de cada empleado elegible entrará en vigor en forma inmediata en la fecha efectiva del inicio de la póliza o, en su caso, en la fecha en que el empleado inicie su relación con el contratante, de acuerdo a la fecha establecida en el cuadro de beneficios.

En los grupos en los que el empleado contribuye al pago de las primas, el seguro de cada empleado elegible entrará en vigor en la fecha de su elegibilidad si el consentimiento de su seguro lo presenta antes de la mencionada fecha. En el caso que el consentimiento de su seguro fuera presentado después de la fecha mencionada, el seguro entrará en vigor en la fecha en que sea aprobado por la Aseguradora.

Para aquellos empleados que no estén desempeñando activamente su trabajo en la fecha en que hubieren llegado a ser elegibles, serán elegibles el día de su regreso al trabajo activo.

### **III. Dependientes Elegibles**

Además de los empleados elegibles mencionados en el punto anterior, serán elegibles los familiares dependientes del empleado que cumplan con los siguientes requisitos:

- a. El cónyuge por matrimonio o unión de hecho, menor de 70 años.
- b. Hijos, hijos legalmente adoptados e hijastros, solteros que sean:
  1. Mayores de catorce días de nacidos y menores de 19 años de edad y dependientes del empleado asegurado.
  2. Mayores de 19 años de edad y menores de 25 años de edad que sean estudiantes a tiempo completo de una institución educativa debidamente acreditada, que dependan del empleado asegurado para su sostenimiento y que residan con él.

Cada empleado elegible incluido en una de las clasificaciones enumeradas en el Cuadro de Beneficios de esta póliza, tendrá derecho automática mente a un seguro para sus dependientes elegibles en la fecha de su elegibilidad, si tiene uno o más familiares dependientes, o en la fecha en que se inicie la relación de parentesco, salvo que el Contratante decida que la contratación del seguro sólo cubrirá a los empleados.

### **IV . Avisos**

El Contratante deberá avisar a la Aseguradora sobre los cambios tales como -ingresos o retiros de personal, ingresos a consecuencia de nacimientos, adopciones, cambios de estado civil o fallecimientos. Los avisos contendrán los datos generales de los empleados y dependientes tales como nombres completos, fechas de nacimientos y parentesco, dentro de los treinta y un (31) días calendario siguientes a la fecha de ocurrencia del cambio.

Pasado el plazo establecido en el párrafo anterior o para aquellos empleados que quieran reinstalar su seguro terminado al ser dados de baja de la póliza, el asegurado tendrá que

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 950-2021 del 21 de julio 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

suministrar las pruebas de asegurabilidad requeridas por la Aseguradora para el empleado elegible y/o sus dependientes elegibles sin costo para la Aseguradora. Si la Aseguradora considera que las pruebas aportadas son satisfactorias, el seguro para el empleado elegible y para cada uno de sus dependientes elegibles entrará en vigencia en la fecha en que la Aseguradora lo determine.

## **V. Registros**

El Contratante mantendrá un registro de las personas aseguradas bajo esta póliza el estableciendo por cada persona, las generales esenciales del seguro. El Contratante enviará periódicamente a la Aseguradora, en los formularios definidos para tal fin, la información referente a las personas elegibles para el seguro bajo esta póliza. Todos los registros del Contratante que puedan estar relacionados con el seguro bajo esta póliza estarán disponibles para su inspección por parte de la Aseguradora en cualquier momento en que ésta lo considere conveniente.

Cualquier error cometido al operar estos registros no invalidará aquel seguro que estuviese legalmente en vigor, ni continuará en vigor aquel seguro que legalmente hubiera terminado, pero al conocerse el error, si procediere, se hará el ajuste de prima correspondiente.

## **Cláusula Séptima – Vigencia**

La vigencia de la presente póliza inicia a las 00:00 horas de la fecha de inicio de vigencia y termina a las 24:00 horas de la fecha de terminación de vigencia establecida en la presente póliza.

## **Cláusula Octava - Renovación de la póliza**

El presente contrato de seguro se renovará anualmente en la fecha de su vencimiento, siempre y cuando éste se ajuste a las condiciones, valor asegurado y primas vigentes en la fecha de la renovación. Si alguna de las partes manifiesta su deseo de no renovar, debe hacerlo por escrito con una antelación no menor de treinta (30) días contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia.

## **Cláusula Novena: Determinación de la Prima**

La prima que debe pagarse por los beneficios proporcionados por esta póliza se determinará multiplicando el número de participantes en cada tipo de clasificación por la tarifa correspondiente. El total de las sumas así calculadas constituirán la prima.

Los ajustes a las primas que sean necesarios como consecuencia de cualquier cambio en el tipo de clasificación de un miembro asegurado surtirán efectos en la fecha del cambio, si ésta coincide con la fecha de vencimiento de las primas, si no, en la fecha del subsiguiente vencimiento de la prima.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 950-2021 del 21 de julio 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Cuando durante la vigencia de la póliza ingrese algún empleado al grupo asegurado, la Aseguradora cobrará la parte proporcional de la prima que corresponda al tiempo que faltare para cubrir el perrada asegurado. Este tiempo siempre se computará en meses completos, para lo cual se aplicará el redondeo, el cual consiste en que todo ingreso anterior al quince (15) o el mismo quince (15) del mes se tomará como que fuera el uno (1) del mismo mes y todo ingreso posterior al quince (15) se tomará como que si hubiese sido el uno (1) del mes siguiente.

Asímismo, cuando algún asegurado termine su relación laboral con el Contratante de la póliza o, se separe definitivamente del grupo asegurado, la Aseguradora reembolsará al Contratante la prorrata de la prima no devengado, siempre y cuando el asegurado o sus dependientes no hayan incurrido en ninguna reclamación. Este tiempo deberá contarse en meses completos y para el cómputo de estos, deberá hacerse el redondeo según lo establecido en el párrafo anterior.

## **Cláusula Décima - Condiciones de la Prima**

### **I. Pago de Primas**

El pago de la prima correspondiente a la vigencia contratada, deberá efectuarse en las oficinas de la Aseguradora, o a través de un cobrador autorizado, dentro del plazo de treinta (30) días contado desde la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella. Por petición escrita del Contratante podrá cambiarse la forma de pago en cualquier aniversario de póliza incluyendo los ajustes que fueran necesarios.

### **II. Período de Gracia para el pago de las primas**

Si el Contratante no notifica por escrito a la Aseguradora que este contrato ha de terminarse, se concederá un período de gracia de treinta (30) días, sin cobro de intereses para efectuar el pago de la prima, después de la fecha de terminación.

Todas las primas vencidas no pagadas, estarán sujetas a la aplicación del interés legal, como se establece en las leyes respectivas, hasta la fecha efectiva de su cancelación.

### **III. Continuidad del Seguro**

El seguro de un empleado continuará en vigor, siempre que el Contratante continúe efectuando el pago de las primas y cumpla con los requisitos de selección establecidos por la Aseguradora, según las circunstancias siguientes:

- a. Si el empleado se encuentra ausente de su trabajo ordinario debido a paro forzoso provisional, o a consecuencia de una licencia que se le hubiere concedido por un período no mayor de dos (2) meses.

- b. Si el empleado se encuentra ausente de su trabajo ordinario o se encuentra desempeñando un empleo de jornada parcial por enfermedad o lesión, durante un período no mayor de dos (2) años contados a partir de la fecha en que cesó de desempeñar su trabajo ordinario.

Sin embargo, los beneficios del seguro de cualquier empleado no continuarán en vigor más allá de la fecha en que inicie una nueva relación de trabajo con otro patrono.

### **Cláusula Décima Primera – Rehabilitación**

Si no se pagara alguna prima de renovación dentro del tiempo concedido al Contratante para su pago, la Aseguradora podrá rehabilitar la póliza cancelada por morosidad a su entera y única discreción, cumpliendo el Contratante con los requisitos siguientes:

- a. Pagar el total de las primas adeudadas a la Aseguradora.
- b. Remitir la solicitud de rehabilitación debidamente completada y firmada a la Aseguradora dentro de un plazo máximo de sesenta (60) días calendario, contados a partir de la fecha de cancelación de la póliza.
- c. Pagar la prima adicional que señale la Aseguradora para su rehabilitación.

La póliza rehabilitada solo cubrirá pérdidas resultantes de lesiones accidentales que ocurran después de la fecha de rehabilitación y pérdidas resultantes de enfermedades que puedan comenzar diez (10) días después de la rehabilitación.

En cualquier otro aspecto el Contratante y la Aseguradora tendrán los mismos derechos que tenían antes de la fecha de cancelación por morosidad, sujeto a cualquier anexo que se adjunte a la póliza como resultado de tal rehabilitación.

Cualquier prima que se acepte en relación con la rehabilitación se aplicará al período por el cual no se haya pagado prima previamente, pero nunca para un período mayor de sesenta (60) días con anterioridad a la fecha de la solicitud de rehabilitación.

### **Cláusula Décima Segunda - Coexistencia de Seguros**

El Contratante y el asegurado están obligados a declarar a la Aseguradora, al dar aviso del siniestro, todas las coberturas o seguros similares a la presente póliza que cubran al asegurado total o parcialmente contra los mismos riesgos y que estén vigentes al ocurrir el siniestro, con indicación del asegurador u otorgante y la cuantía de cada cobertura o seguro.

En caso de pluralidad o de coexistencia de coberturas o seguros, la Aseguradora pagará la indemnización en exceso de otro seguro o cobertura, siempre que el asegurado haya actuado de buena fe, y en ningún caso se indemnizará más allá del 100% de los gastos efectivamente incurridos por el asegurado.

La inobservancia de esta obligación, o la mala fe en la reclamación o comprobación del derecho de pago, causarán la pérdida del derecho a la prestación asegurada.

### **Cláusula Décima Tercera - Terminación del Seguro**

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 950-2021 del 21 de julio 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Los beneficios otorgados por la presente póliza, terminarán al ocurrir alguno de los hechos siguientes, sin perjuicio de lo establecido en los artículos 908, 909 Y 910 del Código de Comercio de Guatemala:

- a. La inexactitud o reticencia sobre los hechos o circunstancias que de haber sido conocidos por la Aseguradora le hubieren impedido de celebrar el contrato o inducido a estipular condiciones más onerosas.
- b. Por falsas o inexactas declaraciones del asegurado con relación a los hechos y circunstancias que determinan el estado su salud, efectuadas en los cuestionarios propuestos para el efecto por la Aseguradora.
- c. Por vencimiento de la vigencia de la póliza, sin haber sido renovada.
- d. Con anterioridad al vencimiento de la vigencia cuando el asegurado se desvincule del Contratante, caso en el cual éste deberá dar aviso a la Aseguradora para proceder a efectuar los ajustes de prima correspondientes.
- e. Por falta de pago de la cantidad total de la prima correspondiente en la fecha de su vencimiento, sujeto a lo que se establece en numeral 11 de la Cláusula Décima de este contrato - Período de Gracia para el pago de las primas.
- f. Cuando el Contratante y/o asegurado dejen de ser elegibles para recibir los beneficios de esta póliza, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula Sexta - de este contrato - Elegibilidad. En el caso en el que el asegurado deje de ser elegible, los beneficios de esta póliza terminarán en forma automática para él, y en la misma fecha terminarán los beneficios para sus dependientes.
- g. Cuando el Contratante solicite la terminación de esta póliza o cuando la Aseguradora informe al Contratante, con treinta (30) días de anticipación, la cancelación de la misma.
- h. En caso de fallecimiento del asegurado titular, sus dependientes asegurados bajo esta póliza, tendrán cobertura por doce (12) meses, sin costo, siempre y cuando dicho asegurado titular haya estado asegurado bajo esta póliza por un período mínimo de doce (12) meses y la misma se encuentre vigente.
- i. En cualquier aniversario de la póliza o en cualquier fecha posterior de vencimiento de primas, cuando los asegurados sean:
  1. Menos de 5.
  2. Menos del 75% de aquellos que originalmente fueron asegurados, caso en el cual la Aseguradora podrá dar por terminada esta póliza previo aviso escrito al Contratante con no menos de treinta (3D) días calendario de anticipación a la fecha en la que deba surtir efecto dicha terminación.

No será reconocido por la Aseguradora gastos médicos incurridos con posterioridad al término de la vigencia de esta póliza, excepto cuando el asegurado se haya encontrado bajo tratamiento hospitalario amparado en una fecha anterior al vencimiento, en este caso se prorrogará la cobertura hasta el egreso hospitalario, hasta la terminación de doce (12) meses consecutivos de tratamiento o hasta agotar la cobertura de la póliza, lo que suceda primero.

#### **Cláusula Décima Cuarta - Declaraciones Falsas o Inexactas**



Esta póliza ha sido emitida en consideración a las declaraciones hechas por el Contratante y los asegurados en la solicitud y consentimientos correspondientes, los cuales forman parte integrante de la póliza. En el caso de que cualquier información, diferentes a la edad del asegurado, suministrada en dicha solicitud o consentimientos sea falsa, inexacta, incompleta, engañosa o errónea, la Aseguradora tiene derecho a dar por terminado el presente contrato, pero caduca si ha estado en vigor durante dos años contados a partir de la fecha de vigencia.

Dicha cancelación se considerará efectiva inmediatamente, o retroactivamente a la fecha de inicio de vigencia de la póliza a opción de la Aseguradora. En este caso, la Aseguradora Reembolsará a prorrata cualquier prima que le haya sido pagada menos cualquier beneficio que haya sido pagado.

En caso se llegara a comprobar que para la presentación de una reclamación se utilizaron, por parte del asegurado en cualquier forma informes médicos, facturas, cuentas, recetas o certificaciones falsas o inexactas, la Aseguradora quedará completamente libre de toda obligación y el asegurado perderá todo derecho de indemnización. Así mismo, la Aseguradora se reserva el derecho de dar por terminado su seguro en forma inmediata o retroactiva mente a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura a opción de la Aseguradora. En este caso, la Aseguradora reembolsará a prorrata cualquier prima que le haya sido pagada menos cualquier beneficio que haya sido pagado.

De igual forma, la Aseguradora se reserva el derecho de proceder a través de la vía judicial o de cualquier otro proceso, contra el asegurado o sus dependientes elegibles, sucesores o cesionarios por cualquier cantidad que haya pagado, basándose en todo o en parte en una información falsa, incompleta, engañosa o errónea. El derecho de la Aseguradora de proceder en contra del asegurado o sus dependientes subsistirá por el período máximo que permita la ley, aún en el caso de que la presente póliza no se encuentre vigente.

### **Cláusula Décima Quinta – Revocación**

El presente contrato podrá ser revocado unilateralmente por la Aseguradora, mediante comunicación escrita al Contratante y/o asegurado titular a su última dirección conocida, con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación, contados a partir de la fecha de notificación; o por el Contratante en cualquier momento mediante aviso escrito dado a la Aseguradora con no menos de treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha en que deba surtir efecto dicha revocación.

En caso de revocación, la Aseguradora devolverá al asegurado la parte de la prima no devengada que haya sido pagada a la Aseguradora, o sea, la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la del vencimiento del seguro.

### **Cláusula Décima Sexta – Plazos, Deducibles y Reclamaciones**

## **I. Plazos**

El asegurado, en caso de enfermedad o accidente informará a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días calendario siguiente a la fecha en que se inicie cualquier tratamiento.

La falta de envío del aviso de siniestro o de la prueba de reclamación, dentro de los límites de tiempo estipulados anteriormente, no invalidará o reducirá la reclamación si se demuestra que no fue razonablemente posible, dar dicho aviso o prueba, y que tales se dieron tan pronto como fue razonablemente posible.

## **II. Traslado del deducible**

Si una parte, o todo el deducible individual para un año calendario de un asegurado, ha sido aplicado contra gastos médicos contraídos durante los últimos tres (3) meses de dicho año calendario, el deducible del asegurado para el siguiente año calendario, será reducido por la cantidad aplicada.

## **III. Deducible por año calendario por núcleo familiar**

El asegurado deberá pagar por año calendario, de los gastos incurridos elegibles, el valor que figura en el cuadro de beneficios, como deducible. Este es acumulable para cada núcleo familiar a través del año calendario, y la responsabilidad de la Aseguradora será solo por las sumas en exceso del deducible aplicable y conforme a las condiciones particulares de esta póliza. Aquellos gastos médicos elegibles aplicables al deducible, se recibirán para su debido registro. Una vez sea completado el deducible anual que se establece en las condiciones particulares de esta póliza, los gastos incurridos elegibles, serán reembolsados de acuerdo a estas condiciones generales de la póliza.

## **IV. Pago de la reclamación**

La Aseguradora efectuará el pago de las indemnizaciones a que haya lugar, dentro de los términos establecidos por la Ley, término que comenzará a correr a partir de la fecha en que el asegurado presente pruebas suficientes que acrediten la ocurrencia y la cuantía de su derecho para lo cual adjuntará certificado médico, historia clínica, resultado patológico si fuera el caso, factura detallando gastos clínicos y demás pagos a instituciones, médicos, paramédicos, medicamentos, laboratorios y todos aquellos que sean solicitados en la reclamación. Así mismo se aceptarán otras pruebas que demuestren el derecho al pago de los beneficios.

Si el asegurado falleciere antes de que los beneficios hubieren sido pagados en su totalidad, el saldo pendiente será pagado a los herederos legales.

El asegurado autoriza a la Aseguradora para solicitar la información que considere necesaria a cualquier hospital o institución pública o privada, centro de diagnóstico y/o médicos y/o cualquier otro proveedor de servicios médicos, con el fin de aclarar suficientemente los distintos aspectos de la reclamación. Esta información será usada exclusivamente para análisis de siniestros,

guardándose confidencialidad sobre la misma. No obstante lo anterior, podrá divulgar la información confidencial cuando sea requerida judicialmente.

El asegurado exonera a la Aseguradora de responsabilidades que pudieran derivarse de un procedimiento médico, diagnóstico o terapéutico, y en ningún caso invocará responsabilidad solidaria de la Aseguradora.

## **V. Procedimientos legales**

Ninguna acción legal podrá ser presentada contra la Aseguradora para lograr el pago de una reclamación, a menos que hayan transcurrido los plazos establecidos por las leyes para realizar dicho pago.

### **Cláusula Décima Séptima – 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, a elección del asegurado podrá ser resuelta acudiendo a los tribunales competentes o bien mediante el procedimiento de arbitraje de equidad, 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) árbitro(s), de conformidad con su Reglamento: El Laudo arbitral que se obtenga será inimpugnable y en consecuencia de ello, dicho Laudo Arbitral será directamente ejecutable ante el Tribunal competente.

### **Cláusula Décima Octava - Derecho de Subrogación**

La Aseguradora tendrá el derecho de recuperar de cualesquiera fuentes, los pagos hechos mediante esta póliza por lesiones recibidas por el asegurado o sus dependientes elegibles, que hayan sido causadas por terceras personas.

En virtud del derecho de subrogación, la Aseguradora podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones o de las aseguradoras de éstos. En igual forma lo podrá hacer del asegurado o de sus dependientes, si han recuperado ellos los pagos en violación del derecho de subrogación.

Así mismo, la Aseguradora pagará el beneficio de la póliza sujeto a que el asegurado o sus dependientes:

- a. Firmen el finiquito respectivo y subroguen en la Aseguradora todos y cada uno de los derechos que pudieran corresponderle;

- b. No hayan tomado o tomen alguna acción que pueda perjudicar los derechos subrogados; y Cooperen y asistan a la Aseguradora en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

### **Cláusula Décima Novena – Territorio**

Los beneficios otorgados por el presente contrato operan sin ninguna limitación a nivel mundial, siempre que se dé cumplimiento a las condiciones establecidas en el contrato de seguro y los beneficios correspondan a los contemplados en el mismo.

### **Cláusula Vigésima – Domicilio**

Para todos los efectos de esta póliza se fija como domicilio contractual la ciudad de Guatemala, Guatemala.

### **Cláusula Vigésima Primera – Notificaciones**

Toda notificación relacionada con cualquier aspecto contractual de esta póliza, será hecha tanto al asegurado como al contratante, por escrito, enviada a la última dirección que aparezca registrada en la póliza.

### **Cláusula Vigésima Segunda – Obligaciones del contratante**

Son obligaciones del Contratante:

- a) Pagar a la aseguradora la prima de seguro con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
- b) Recaudar de las personas del grupo asegurado la cantidad de la prima de seguro con la que contribuyen, con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
- c) Informar, por escrito a la aseguradora, adjuntado los documentos que correspondan, con relación a:
  1. El ingreso al grupo asegurado de nuevas personas y sus dependientes, adjuntando los consentimientos respectivos y demás documentación que le requiera la aseguradora.
  2. La separación definitiva de alguna persona asegurada del grupo asegurado.
  3. Cualquier situación de los asegurados que ya no se ajuste alguna de las cláusulas de la póliza, así como las agravaciones esenciales que tenga el riesgo, que sean de su conocimiento, y;
  4. La terminación de su calidad como contratante.
- d) Dar a conocer a la persona que se asegure, la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
- e) Entregar el certificado individual a cada persona del grupo asegurado y, en su caso, la constancia de contratación del seguro por el medio convenido.
- f) No efectuar cargos adicionales al asegurado sobre la prima fijada por la aseguradora.
- g) Dar a conocer a los miembros del grupo por asegurarse, la obligación de declarar su edad exacta;

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 950-2021 del 21 de julio 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

- h) Proporcionar a la Aseguradora la información que ésta requiera para verificar los datos concernientes al grupo asegurado;
- i) No ser designado beneficiario con excepción a los casos permitidos por la normativa vigente y hasta por los montos permitidos;
- j) Remitir a la Aseguradora la información y documentación que en caso de reclamo del seguro por ocurrir el siniestro le fuere entregada por el asegurado; y,
- k) No requerir a la Aseguradora el reconocimiento de retribución económica alguna salvo la que se derive por baja siniestralidad de la póliza en caso proceda y se haya convenido.

### **Cláusula Vigésima Tercera. Disposiciones Generales.**

La Aseguradora sustituirá la presente Póliza o los Certificados Individuales de Seguro por un duplicado cuando fueren extraviados, robados o gravemente deteriorados, previa solicitud escrita

del Contratante. En caso de sustitución, el Contratante pagará el valor de la nueva emisión, la que

llevará una leyenda que la identifique como tal, dejando sin efecto alguno los Certificados emitidos

anteriormente a favor de la misma persona y por concepto de este seguro.

Cualquier diferencia que surja entre El Contratante, el Asegurado, el o los Beneficiarios y la Aseguradora con motivo de la aplicación de alguna de las Cláusulas de esta Póliza será resuelta conciliatoriamente por las partes, y si ello no fuera posible, **renuncian expresamente al fuero de**

**sus respectivos domicilios y se someten expresamente a los tribunales competentes de la Ciudad**

**de Guatemala, para todo litigio proveniente de esta póliza. Queda entendido y convenido que esta**

**Póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República de Guatemala. Los derechos y**

**acciones para exigir los beneficios que concede la presente Póliza, prescriben en el término fijado por la Ley de la materia.**