

Póliza de Seguro Individual de Gastos Médicos Global

RESOLUCIÓN NO. 1999-2020



ASEGURADORA
GENERAL

RPN

RED DE
PROVEEDORES
NEGOCIADOS

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS GLOBAL

ASEGURADORA GENERAL, en adelante llamada la Compañía Aseguradora, por este medio certifica que el Asegurado Titular cuyo nombre se indica en la carátula de esta Póliza, está amparado por los beneficios que se describen en dicha carátula y en el cuadro de coberturas de la Póliza, los cuales le aplican a él y/o a sus familiares dependientes y que los mismos están sujetos a las estipulaciones enumeradas más adelante.

La Póliza se le emite al Asegurado Titular en consideración a la Solicitud de Seguro presentada a la Compañía Aseguradora y al pago de las primas que se consignan en este documento.

El seguro que acredita esta Póliza entra en vigor a partir de la fecha de vigencia indicada en la carátula.

La presente Póliza reemplaza y deja sin efecto a toda Póliza y/o anexo que se hubiere emitido anteriormente al Asegurado Titular ya nombrado.

En testimonio de lo anteriormente expuesto, la Compañía Aseguradora emite la presente Póliza en la fecha de emisión indicada en la Carátula.

ASEGURADORA GENERAL, S.A.



GERENTE O APODERADO

CONTENIDO

SECCIÓN I. CONDICIONES GENERALES

- A. Contrato Completo
- B. Estipulación Legal
- C. Plazo del Seguro
- D. Renovación
- E. Modificaciones a la Póliza
- F. Forma de Pago de las Primas
- G. Periodo de Gracia para el pago de Primas
- H. Rehabilitación
- I. La Compañía Aseguradora puede modificar las tarifas
- J. Moneda
- K. Impuestos y Gastos
- L. Aviso de Terminación anticipada y Reembolso de primas
- M. Notificaciones
- N. Prescripción
- O. Elegibilidad
- P. *Terminación del Seguro Individual*
- Q. *Omisiones o Inexactas declaraciones*
- R. *Agravación del Riesgo*
- S. *Edad*
- T. *Privilegio de Conversión*
- U. *Indisputabilidad*
- V. *Cambio de Plan*
- W. *País de Residencia*
- X. *Cambio de País de Residencia*
- Y. *Revisión de Casos*
- Z. *Subrogación*
- AA. *Arbitraje*
- BB. *Jurisdicción y Competencia*
- CC. *Confidencialidad*
- DD. *Pago de Obligaciones a los Asegurados o Beneficiarios*

SECCIÓN II. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

- A. Descripción de la Cobertura
- B. Incrementos de suma asegurada
- C. Definiciones
- D. Descripción de la cobertura de Gastos Médicos
- E. Gastos de Repatriación
- F. Pago de gastos médicos en caso de Fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente del titular
- G. Cobertura gratuita para dependientes por fallecimiento de titular
- H. Coordinación de Beneficios
- I. Obligaciones del asegurado en caso de siniestro y pago de reclamo
- J. Limitaciones de responsabilidad
- K. Exclusiones

SECCIÓN III. COBERTURA ADICIONAL DE VIDA

- A. Aplicable al asegurado titular y su cónyuge
- B. Beneficiario
- C. Reducciones de Beneficios

SECCIÓN IV. COBERTURA ADICIONAL DE PLAN DENTAL

- A. Cobertura
- B. Definiciones
- C. Cobertura y Exclusiones
- D. Coordinación de Beneficios de esta cobertura adicional
- E. Contratación del Plan Dental
- F. Período de Espera para Reclamaciones

ANEXO

CONDICIONES GENERALES ASISTENCIA DE VIAJE

PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS GLOBAL

SECCIÓN I. DE LAS CONDICIONES GENERALES

Las condiciones que se detallan en esta sección son aplicables a todos los beneficios que se enumeran en el Cuadro de Coberturas de la Póliza.

A. CONTRATO COMPLETO

Esta Póliza, la Carátula, el Cuadro de Coberturas, la solicitud, las declaraciones adicionales, las condiciones generales, las condiciones particulares y anexos que se emitan simultáneamente con la póliza o que se agreguen posteriormente, constituyen el Contrato de Seguro.

B. ESTIPULACIÓN LEGAL

El Asegurado, al recibir esta Póliza debe cerciorarse que concuerden con la Solicitud presentada a la Aseguradora, para los efectos de los primeros párrafos del artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala que dicen textualmente: “En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación. Si dentro de los quince días siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último”.

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

C. PLAZO DEL SEGURO

Durante el primer año, la póliza tendrá vigencia a partir de la fecha que se indica en la Carátula de la misma y terminará el treinta y uno de diciembre del mismo año, quedando como fecha de aniversario el 1ero de enero de cada año. A partir de la primera renovación, la póliza tendrá vigencia de un (1) año y se podrá renovar por períodos anuales mediante el pago de la prima correspondiente.

D. RENOVACIÓN

Esta Póliza podrá ser renovada automáticamente en la Fecha de Aniversario. Las condiciones que apliquen en la renovación en cuanto a tarifas, coberturas, beneficios y/u otros, serán las que la Compañía Aseguradora determine y notifique al Asegurado con por lo menos 30 días calendario previos a la fecha de terminación de la póliza. El pago de la primera prima del periodo de renovación, dará por aceptadas las condiciones de renovación por parte del Asegurado Titular y/o el solicitante.

Después del primer año de vigencia, la póliza se podrá renovar indefinidamente por períodos anuales. La aseguradora se reserva el derecho de modificar las tarifas, las coberturas, los beneficios y las condiciones generales que aplicarán durante cada renovación.

Ningún asegurado será penalizado con un cambio en beneficios o en tarifas basado en su historial de reclamos.

E. MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

Solamente el Representante Legal de la Compañía Aseguradora tendrá autoridad para cambiar, modificar o hacer alguna exención de las condiciones generales y particulares de esta Póliza y sus anexos, en cuyo caso tal acto, para ser válido, deberá constar en un anexo y contar con la firma de dicho representante.

F. FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Las primas por la cobertura de esta Póliza son por el término de un año, por lo tanto, la modalidad de pago de las mismas es anual, sin embargo, el asegurado podrá pagarlas de forma semestral, trimestral o mensual.

Las primas se pagarán por adelantado, en las oficinas de la Compañía Aseguradora o por medio de cualquiera de las formas de pago disponibles, incluyendo pero no limitadas a, tarjeta de crédito, pago en Banco, cargo automático a la cuenta del asegurado o pago por Internet, a cambio de la factura original de la Compañía Aseguradora debidamente refrendada en constancia de tal pago.

Las primas se deberán pagar en la fecha de vencimiento correspondiente, según la modalidad de pago escogida, y ningún pago de prima podrá mantener el certificado en vigor más allá de la fecha en que venza y sea pagadera la siguiente prima.

G. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

Si el Asegurado no notifica por escrito a la Compañía Aseguradora que este contrato ha de terminarse, se concederá un Período de Gracia de treinta (30) días para efectuar el pago de cada prima posterior a la primera.

Si alguna prima no se paga antes de que concluya el Período de Gracia, el contrato se dará por terminado, a partir de la fecha en que venció la primera prima no pagada, sin necesidad de aviso o declaración especial de La Compañía Aseguradora.

Durante el período de gracia, el Asegurado no podrá utilizar los servicios de Red de Proveedores, ni le serán reembolsados los reclamos que haya presentado por gastos incurridos durante dicho período, hasta que pague la prima vencida.

H. REHABILITACIÓN

Si la cobertura de esta Póliza termina debido a la falta de pago de las primas, el Asegurado podrá solicitar la rehabilitación dentro de los siguientes noventa (90) días, contados a partir de la fecha

en que termina el período de gracia, presentando para tal efecto el formulario de solicitud de Rehabilitación acompañado de la Declaración de Salud y de cualquier otro requisito de asegurabilidad que solicite la Compañía Aseguradora. La solicitud de rehabilitación podrá ser aprobada o rechazada. Si la solicitud de rehabilitación es aprobada, la cobertura será reinstalada a partir de la fecha de vencimiento de la prima no pagada, siempre y cuando las primas adeudadas sean canceladas en su totalidad. La cobertura rehabilitada únicamente aplicará para incapacidades que comiencen después de la fecha de rehabilitación.

I. LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PUEDE MODIFICAR LAS TARIFAS

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho a cambiar las tarifas, por ajustes inflacionarios, por el nivel de reclamos o por cualquier otro factor que afecte a las mismas, en cualquier fecha de aniversario, para lo cual dará aviso al asegurado con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación.

J. MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Asegurado Principal o de la Compañía Aseguradora, se efectuarán de conformidad a la moneda con la que se hubiera contratado la misma indicada en la carátula de la Póliza y/o Cuadro de Coberturas.

K. IMPUESTOS Y GASTOS

Todos los impuestos y/o gastos que afecten el pago de las primas y el reembolso y/o pago directo de los reclamos deberán ser pagados por el asegurado.

L. AVISO DE TERMINACIÓN ANTICIPADA Y REEMBOLSO DE PRIMAS

El Asegurado Principal puede cancelar esta Póliza y devolverla a la Compañía Aseguradora dentro de un período de quince (15) días calendario después de haber sido notificado de la aceptación del riesgo por parte de la Compañía Aseguradora. Si no se han hecho reclamos contra la Póliza durante dicho período, la Compañía Aseguradora reembolsará al Asegurado Titular la Prima pagada, menos los costos administrativos correspondientes, y la Póliza quedará cancelada, como si nunca hubiese sido emitida.

La prima no devengada será devuelta al Asegurado conforme las tarifas respectivas, de acuerdo a lo que establece el Artículo No. 907 del Código de Comercio de Guatemala y las disposiciones de la presente Póliza.

En ningún caso las terminaciones se realizarán de manera retroactiva.

M. NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación que se transmita entre la Compañía Aseguradora y los Asegurados deberá ser efectuada por escrito. Toda comunicación que se dirija a la Compañía Aseguradora deberá ser efectuada en sus oficinas. Los Asegurados serán notificados por los medios y en la (s) dirección (es) consignada (s) en su Solicitud de Seguro.

En caso de que cualquiera de las partes cambie su domicilio, lo notificará por escrito a las demás partes en forma oportuna, y en caso de que esta notificación no sea efectuada, se tendrá por bien hecha la comunicación que se dirija a la última dirección física, de fax o electrónica notificada.

N. PRESCRIPCIÓN

Todos los derechos y acciones que deriven de esta Póliza prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y si el Beneficiario no tiene conocimiento de su derecho, la prescripción se consumará por el transcurso de cinco (5) años, contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones de la Aseguradora, de acuerdo a lo dispuesto en los Artículos 916, 917 y 918 del Código de Comercio de Guatemala.

O. ELEGIBILIDAD

ASEGURADOS ELEGIBLES

Serán elegibles para participar en este seguro cualquier persona y sus familiares dependientes que se encuentren dentro de los límites de edad establecidos por la Compañía Aseguradora, y que presenten por medio del Solicitante una solicitud por escrito suministrando pruebas de asegurabilidad satisfactorias para la Compañía Aseguradora, sin costo alguna para ésta, y dicho seguro entrará en vigor en la fecha que la Compañía Aseguradora determine.

FAMILIARES DEPENDIENTES

Para los efectos de esta Póliza, se consideran "Familiares Dependientes":

- a) Cónyuge legítimo de un Asegurado Titular.
- b) Hijos solteros, hijastros o hijos adoptados legalmente cuyas edades no sean mayores de diecinueve (19) años y que no se encuentren asegurados para recibir los Beneficios de esta Póliza en calidad de Asegurado Titular.
- c) Los hijos recién nacidos tendrán derecho a inclusión automática al seguro a partir del día de su nacimiento, siempre que sean reportados por escrito dentro de los primeros 30 días contados desde el día de su nacimiento, y que la madre o ambos padres hayan estado asegurados bajo esta póliza durante al menos 12 meses continuos al momento del nacimiento.

En caso de que alguna de las dos condiciones anteriores no sea satisfecha, el asegurado deberá suministrar pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Compañía Aseguradora, sin costo alguno para ésta, y dicho seguro entrará en vigor en la fecha que la Compañía Aseguradora determine.

La vigencia de la cobertura del recién nacido estará sujeta al pago de la prima adicional correspondiente.

La cobertura del recién nacido por complicaciones del nacimiento, está sujeta a lo indicado en la Sección II, Cobertura de Gastos Médicos, literal D, Inciso 6e.

- d) Los hijos solteros mayores de 19 años pueden ser considerados como familiares dependientes hasta la edad de 25 años, siempre que sean estudiantes de tiempo completo en un colegio, escuela, instituto o en la universidad y que dependan del Asegurado Titular para su sostenimiento.

P. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

ASEGURADO TITULAR

El seguro de cualquier Asegurado Titular quedará cancelado y sin ninguna validez por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Después de 30 días contados desde la fecha de vencimiento de cada prima posterior a la inicial, que resultare no pagada.
- b) En la fecha en que la Compañía Aseguradora reciba aviso por escrito de la cancelación del seguro del Asegurado Titular, con por lo menos 15 días de anticipación.
- c) En la fecha de su fallecimiento.
- d) En la fecha de terminación de la póliza.
- e) Al determinar que el asegurado omitió o declaró inexactamente información en la solicitud de seguro, de conformidad con lo establecido en los artículos 908 y 1,010 del Código de Comercio de Guatemala.

FAMILIARES DEPENDIENTES

El Seguro de cualquier familiar dependiente del Asegurado Titular, quedará terminado por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) En la fecha en que termine el seguro del Asegurado Titular por cualquier causa.
- b) En la fecha en que la Compañía Aseguradora reciba aviso por escrito de la cancelación del Seguro del Asegurado Titular.
- c) En la fecha de fallecimiento del Dependiente del Asegurado Titular.
- d) En la fecha en que alguno de los hijos dependientes no cumpla con los requisitos establecidos para los mismos en la descripción de familiares dependientes.
- e) En la fecha de terminación de la Póliza.
- f) En la fecha en que se termine la relación de parentesco con el Asegurado Titular.
- g) En la fecha en que el Asegurado Titular notifique por escrito su deseo de renunciar a la

cobertura del familiar dependiente.

- h) En la fecha en que cesen los pagos de las primas correspondientes a la tarifa del dependiente, al vencimiento del período de gracia de éstas.
- i) Al determinar que el asegurado titular omitió o declaró de forma inexacta hechos o información en la solicitud de seguro correspondiente al Asegurados Dependientes, de conformidad con lo que establece los artículos 908 y 1010 del Código de Comercio de Guatemala.

Q. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El solicitante está obligado a declarar en la documentación proporcionada por la Compañía Aseguradora, todos los hechos que tengan importancia para la apreciación del riesgo, en cuanto puedan influir en la celebración del contrato, tales como los conozca o deba conocer en el momento de formular la solicitud.

La omisión o inexacta declaración de los hechos a los que se refiere el párrafo anterior serán notificadas al Asegurado dentro del mes siguiente a aquel en que sean conocidas, dando derecho a la Compañía Aseguradora para terminar la cobertura del seguro. La Compañía Aseguradora no tendrá algún tipo de obligación de pagar o reembolsar cantidad alguna por siniestros que hubieran sido o que fueran a ser reclamados en virtud de la aplicación de la cobertura de la Póliza.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de cancelar la Póliza, en caso compruebe fehacientemente que alguno de los Asegurados ha omitido o declarado inexactamente alguna condición médica que hubiese sido determinante para la evaluación del riesgo al momento de suscribir el contrato, o que bajo cualquier circunstancia requiera la cobertura con datos falsos, si omite información o disimulan hechos referentes al siniestro con la finalidad que la Compañía Aseguradora incurra en un error; aun cuando la circunstancia omitida o inexactamente declarada no haya influido en la realización del siniestro. Conforme a lo establecido en los artículos 880, 881 y 908 del código de comercio.

En caso de cancelación de la Póliza de acuerdo a lo indicado en el párrafo anterior:

1. La Compañía Aseguradora no tendrá ninguna obligación de pagar o reembolsar alguna cantidad por siniestros que hubieran sido o que fueran a ser reclamados según las condiciones de la Póliza.
2. La Compañía Aseguradora devolverá únicamente la prima no devengada, y podrá deducir de esta cualquier cantidad reembolsable de los costos de cualquier reclamo que hubiera sido pagado bajo información falsa.
3. El Asegurado deberá devolver a la Compañía Aseguradora cualquier cantidad de dinero que haya recibido por concepto de reclamos, si la Póliza es cancelada por omisión o inexacta declaración al momento de la contratación de la Póliza o al momento del siniestro.
4. En todo caso, la Compañía Aseguradora se reserva el derecho de proceder a través de la vía penal o de cualquier otro proceso contra el Asegurado Principal, sus Asegurados Dependientes o sucesores, por cualquier indemnización que hubiese pagado basándose en todo o en parte en información dolosamente falsa, reticente, engañosa o errónea que hubiese recibido de cualquiera de los Asegurados o sus representantes. El derecho de la Compañía de proceder en contra del Asegurado o sus herederos subsistirá por el período máximo que

permita la ley, aún en el caso de que la Póliza ya no se encontrare vigente.

R. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

En caso de que el Asegurado Titular conozca hechos o circunstancias, presentes o inminentes, que provoquen la agravación de los riesgos cubiertos por esta Póliza, deberá comunicarlo por escrito a la Compañía Aseguradora dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a entrar en conocimiento de su ocurrencia.

En todo caso, si por cualquier hecho o circunstancia comunicado a la Compañía Aseguradora, ésta determina que los riesgos cubiertos por esta Póliza se han agravado, deberá comunicar al Asegurado el ajuste de prima correspondiente y/o las modificaciones en las coberturas, límites y/o beneficios que procedan, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a haber entrado en conocimiento de dicho hecho o circunstancia. El Asegurado contará con diez (10) días hábiles para manifestar por escrito su conformidad con la nueva prima y/o las modificaciones en las coberturas, límites y/o beneficios. En caso de no estar conforme, o no efectuar manifestación alguna, la Compañía Aseguradora podrá rescindir y dar por terminada esta Póliza.

En caso de que la agravación del riesgo fuera tal que, de haber existido o haberse conocido al momento de aceptación de la Solicitud de Seguro por parte de la Compañía Aseguradora, ésta no hubiese emitido la Póliza, la Compañía Aseguradora podrá rescindirla y darla por terminada previa comunicación escrita al Asegurado con al menos quince (15) días hábiles de anticipación.

Si no se diere aviso de la agravación del riesgo se procederá conforme a lo establecido en el Código de Comercio en sus artículos 909 y 912.

S. EDAD

El Asegurado deberá indicar su fecha de nacimiento en su Solicitud de Seguro. No obstante, lo anterior, la Compañía Aseguradora podrá exigir en cualquier momento documentos que comprueben la edad del Asegurado. Para los efectos de esta Póliza, se considerará como edad real del Asegurado la que tenía cumplida en la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza, según su fecha de nacimiento.

Si se comprueba que en la Fecha de Vigencia de la Póliza la edad real del Asegurado se encontraba fuera de los límites de admisión, el contrato quedará rescindido de inmediato para el Asegurado sin responsabilidad alguna para la Compañía Aseguradora.

Si con posterioridad a la Fecha de Vigencia de la Póliza se comprueba que la edad declarada del Asegurado fue incorrecta, pero que su edad real se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía Aseguradora, se procederá a hacer el ajuste correspondiente en las primas, cobrando o devolviendo las diferencias que se establezcan o podrá modificar las coberturas. En el caso que la edad real fuera menor a la declarada, si el asegurado no está de acuerdo en pagar la nueva prima o no acepta la modificación de la cobertura, la Compañía Aseguradora podrá dar por terminada la Póliza.

T. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

APLICABLE A FAMILIARES DEPENDIENTES

Todos los familiares dependientes asegurados bajo el beneficio de Gastos Médicos, que dejen de estar asegurados de acuerdo con las condiciones de terminación de esta póliza, tienen derecho a solicitar su inclusión como Asegurados Titulares, si presentan por escrito tal solicitud, sin necesidad de suministrar pruebas de asegurabilidad, siempre que se cumpla con los siguientes requisitos:

- a) Que la condición de terminación del seguro individual no se haya suscitado por falta de pago de primas ni por omisiones o declaraciones inexactas.
- b) Que haya estado asegurado bajo la póliza como mínimo un año ininterrumpido.
- c) Que su solicitud la presente a la Compañía Aseguradora dentro de los 30 días contados a partir de la terminación de su seguro individual.
- d) Que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión establecidos por la Compañía Aseguradora para los seguros individuales de Gastos Médicos y de Vida que entonces emita.
- e) La cantidad del Seguro de Vida a la cual tendrá derecho el Familiar Dependiente será la que ya haya tenido como tal, o en caso de no haber tenido la cobertura, tendrá derecho al mínimo en vigor en esta póliza para Asegurados Titulares en la fecha de su solicitud.
- f) Que la suma asegurada para Gastos Médicos y Plan Dental no sea superior a la que tenía asignada en el Cuadro de Coberturas.
- g) Para los beneficios en los que existan límites definidos como "Máximo Vitalicio" o Máximo Anual, se deducirán las cantidades ya pagadas por dichos beneficios bajo la condición de dependientes.

U. INDISPUTABILIDAD

Las omisiones o inexactas declaraciones del solicitante del seguro, diversas de las referentes a la edad del asegurado, dan derecho al asegurador para dar por terminado el contrato, pero dicho derecho caduca, si la póliza ha estado en vigor, en la vida del asegurado, durante dos años a contar de la fecha de su perfeccionamiento, incremento de suma asegurada o de la última rehabilitación.

V. CAMBIO DE PLAN

Todo Asegurado Titular tendrá la oportunidad de cambiar de Plan a otro nivel de Beneficios, como sigue:

- a) Para cambiar de un Plan de Beneficios Menores a uno de Beneficios Mayores, será necesario que tanto el Asegurado Titular como sus familiares dependientes presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Compañía Aseguradora, sin costo alguno para ésta.

La Compañía Aseguradora de Seguros determinará la fecha en que entrarán en vigor los nuevos beneficios.

- b) Para cambiar de un Plan de Beneficios Mayores a uno de Beneficios Menores, bastará con que el Asegurado Titular lo solicite por escrito y no será necesario presentar pruebas de asegurabilidad.
- c) Sólo se podrán hacer cambios de Plan después de haber transcurrido doce (12) meses continuos de cobertura en el Plan anterior.

W. PAÍS DE RESIDENCIA

Serán elegibles para este seguro cualquier Titular y sus Dependientes que residan dentro del territorio de la República de Guatemala.

X. CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA

El Asegurado debe notificar por escrito a la Compañía Aseguradora cualquier cambio de su país de residencia dentro de los primeros treinta (30) días del cambio. Los cambios de residencia del Asegurado fuera del territorio de la República de Guatemala resultarán en la modificación de la cobertura o de las primas, a la sola discreción de la Compañía Aseguradora. La falta de notificación a la Compañía Aseguradora de cualquier cambio de país de residencia del Asegurado puede resultar en la cancelación de la póliza o modificación de la cobertura en la fecha de aniversario, a la sola discreción de la Compañía Aseguradora.

En caso que el Asegurado resida fuera del territorio de la República de Guatemala por un período mayor de 180 días, la póliza se cancelará automáticamente.

Y. REVISIÓN DE CASOS

Si el Asegurado estuviere en desacuerdo sobre cómo fueron aplicados los beneficios de la Póliza, enviará por escrito una solicitud de revisión a la Compañía Aseguradora junto con toda la información relevante para el análisis del caso en particular. En un plazo máximo de treinta (30) días calendario la Compañía Aseguradora notificará por escrito al Asegurado su decisión y los fundamentos de ésta. Finalizado este trámite, si continúa en desacuerdo el Asegurado podrá emprender contra la Compañía Aseguradora las acciones a las cuales tiene derecho de conformidad con el proceso de Arbitraje contenido en la cláusula AA de esta Sección.

Z. SUBROGACIÓN

El Asegurado Principal transfiere y cede ilimitadamente a la Compañía Aseguradora todos los derechos de recuperar de cualquier fuente, los pagos efectuados al Asegurado Principal y/o a cualquiera de sus Asegurados Dependientes por cualquier beneficio cubierto por esta Póliza, resultantes de pérdidas, lesiones o daños que hubieren sido declarados responsabilidad de un tercero. En virtud de este Derecho de Subrogación, la Compañía Aseguradora podrá recuperar los montos desembolsados directamente de los causantes de dichas pérdidas, lesiones o daños, o del Asegurado Principal y/o cualquiera de sus Asegurados Dependientes, en caso de que éstos

últimos, habiendo sido indemnizados por la Compañía Aseguradora de conformidad con esta Póliza, hubieren además recibido de dichos terceros el resarcimiento de los daños causados.

El Asegurado que renuncie en forma total o parcial a los derechos indemnizatorios que le correspondan en contra de un tercero, sin el consentimiento de la Compañía Aseguradora, perderá el derecho de ser indemnizado por ésta. De igual forma, será responsable del pago de daños y perjuicios a favor de la Compañía Aseguradora el Asegurado que obstaculice o no coopere con la Compañía Aseguradora en el ejercicio del derecho de subrogación que se le otorga en este artículo.

AA. ARBITRAJE

Los contratantes convienen en que toda disputa, controversia o reclamo, que se relacione con la aplicación, interpretación y/o cumplimiento de este contrato, por cualquier causa, deberá resolverse mediante Arbitraje de Derecho, de conformidad con el Reglamento de Arbitraje de la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala –CRECIG-, que se encuentre vigente al momento de surgir el conflicto. El Arbitraje será administrado, por la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala -CRECIG-, en la ciudad de Guatemala, por medio de un tribunal compuesto de tres Árbitros, nombrados de conformidad con el Reglamento antes relacionado, y el idioma del arbitraje será el español. El laudo deberá ser cumplido de buena fe y sin demora alguna, por las partes.

BB. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

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, será resuelta de conformidad con lo establecido en el inciso que antecede.

Asimismo, para todos los efectos de esta póliza se fija como domicilio contractual y como jurisdicción aplicable la ciudad de Guatemala, República de Guatemala, y como legislación aplicable las leyes de la República de Guatemala, en especial las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala relacionadas con el contrato de seguro, las que prevalecerán sobre el contenido de este contrato de seguro. A pesar de que la presente póliza tiene coberturas por servicios médicos prestados fuera de la República de Guatemala, cualquier reclamo o demanda en cualquier vía se deberá sujetar a la jurisdicción y legislación indicadas en esta cláusula.

CC. CONFIDENCIALIDAD

La información de carácter confidencial que el Asegurado brinde a la Compañía Aseguradora, a los intermediarios de seguros o a los proveedores de servicios auxiliares, en relación con la Póliza, deberá tratarse como tal, y únicamente podrá ser divulgada a las autoridades competentes que la soliciten legalmente. El uso no autorizado de esa información que provoque algún daño o perjuicio al Asegurado deberá ser resarcido por el responsable, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda

El Asegurado tendrá derecho a conocer, en caso de solicitarlo, toda la información que se le brinde a los representantes de la Compañía Aseguradora. Dicha información únicamente podrá ser utilizada por la Compañía Aseguradora con el fin de verificar la asegurabilidad y/o verificar las reclamaciones del Asegurado. El Asegurado tendrá derecho a que dicha información sea rectificadas, actualizadas, complementadas o suprimidas, cuando la misma sea incorrecta o inexacta,

o esté siendo empleada para fin distinto del que legítimamente puede cumplir y le cause un perjuicio.

DD. PAGO DE OBLIGACIONES A LOS ASEGURADOS O BENEFICIARIOS

El pago de obligaciones a los Asegurados o Beneficiarios se efectuará de conformidad con el Artículo 901 del Código de Comercio de Guatemala (Exigibilidad del Pago), en los casos no previstos en la Ley de la Actividad Aseguradora o disposición legal en contrario, el pago de la indemnización que resulte del contrato del seguro, será exigible treinta (30) días después de la fecha en que el asegurador haya recibido los documentos e informaciones que permitan conocer el fundamento y la cuantía de la reclamación.

Será nula la cláusula en la que se pacte que la indemnización no podrá exigirse, sino después de haber sido reconocida por el asegurador o comprobada en juicio.

SECCIÓN II. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

A. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Sujeto a los términos y condiciones de la Póliza, todo asegurado tendrá derecho al Beneficio de Gastos Médicos efectivamente incurridos, necesarios para la atención o el tratamiento de cualquier enfermedad o accidente. Dichos gastos deberán ser por concepto de servicios, tratamientos o medicamentos ordenados por un médico colegiado, y que no estén enumerados expresamente en la sección de Exclusiones de esta Póliza.

Las personas que tienen derecho a la cobertura de Gastos Médicos se especifican en la Carátula de la Póliza, bajo la sección titulada "Personas Cubiertas Con Beneficios Médicos."

El asegurado es responsable del pago del deducible, coaseguro y/o copago o exceso de gastos sobre los límites establecidos en el cuadro de coberturas, así como cualquier gasto que exceda lo usual, razonable y acostumbrado tal y como se establece en la sección de definiciones de la Póliza.

Después que el Seguro de un Asegurado Titular y sus familiares dependientes ha terminado, por haber agotado el "Máximo Vitalicio", podrá solicitar la reinstalación de su "Máximo Vitalicio" suministrando por cuenta propia evidencia de asegurabilidad satisfactoria a la Compañía Aseguradora, siempre que sea elegible y que los términos aplicables a esta Póliza sean cumplidos.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de conceder o no esta reinstalación. La cobertura de gastos médicos quedará terminada al momento de agotarse el Máximo Vitalicio disponible para el Asegurado.

B. INCREMENTOS DE SUMA ASEGURADA

Cuando se otorgan incrementos de Suma Asegurada y/o Beneficios Nuevos, los montos

incrementados y/o de los beneficios nuevos serán aplicables únicamente a las incapacidades que se originen posteriormente a la fecha de vigencia de la nueva Suma Asegurada y/o de los beneficios nuevos.

C. DEFINICIONES

Para los efectos de la interpretación y aplicación de este contrato de seguro, se establecen las definiciones siguientes y se entenderá por:

1. **“Accidente”** se refiere al suceso eventual o acción de la que involuntariamente resulta una lesión corporal.
2. **“Anexo”** Documento que forma parte de la Póliza, que modifica, restringe y/o adiciona a las coberturas o algún elemento contractual, con base en el análisis de riesgo que se realice a cada uno de los solicitantes. Se estipula que lo indicado en un Anexo siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga a ellas.
3. **“Año Calendario”** se refiere al período comprendido entre el primero de Enero de cualquier año y el 31 de Diciembre del mismo año, ambas inclusive.
4. **“Área Centroamericana”** está conformada únicamente por los países de: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica.
5. **“Asegurado”** se refiere a cualquier Asegurado Titular o familiar dependiente asegurado al cual estas estipulaciones de Beneficios de Gastos Médicos son aplicables.
6. **“Atención médica en el hogar”** Cuidados prestados al asegurado en su hogar, los cuales han sido ordenados y certificados por escrito por el médico tratante y que los mismos son necesarios para el tratamiento adecuado de una enfermedad o lesión, y son prescritos específicamente como tratamiento alternativo a una hospitalización. La atención médica en el hogar incluye los servicios de profesionales certificados, incluyendo pero no limitado a médicos, enfermeras y terapeutas. No se incluyen los cuidados de asistencia personal.
7. **“Coaseguro”** es el monto que le corresponde pagar al asegurado, del total de los Gastos Médicos incurridos por el mismo, ya sea dentro o fuera de la Red de Proveedores, el cual se calcula restándole a dichos gastos incurridos, lo siguiente:
 - a) los gastos no elegibles, bien sea por estar expresamente excluidos o por exceder los límites definidos en el Cuadro de Beneficios o la cantidad usual, razonable y acostumbrada,
 - b) el deducible; y
 - c) el reembolso de acuerdo al porcentaje indicado en el Cuadro de Coberturas.
8. **“Complicaciones del embarazo, la maternidad y/o el parto”** Condiciones causadas por, y/o que ocurren como resultado del embarazo, la maternidad o el parto, las cuales requieren atención médica. Para propósitos de esta cobertura, los partos por cesárea no son considerados una complicación del embarazo, la maternidad y el parto.
9. **“Complicaciones del recién nacido”** Cualquier desorden del recién nacido relacionado

con el parto, pero no causado por condiciones congénitas o por factores genéticos o hereditarios, que se manifieste durante los primeros noventa (90) días de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

10. **“Condición congénita y/o hereditaria”** Cualquier enfermedad o desorden adquirido durante la concepción o la etapa fetal del desarrollo como consecuencia de la constitución genética de los padres o de factores ambientales o agentes externos, sea o no manifestado o diagnosticado antes del nacimiento, durante el nacimiento, después del nacimiento o años más tarde.
11. **“Condición Preexistente”** Es una enfermedad, lesión corporal y/o síntoma presente (s) que existía (n) con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura del asegurado, bien sea la original, la de rehabilitación, o el aumento de beneficios por cambio de plan, y por el(los) cuales el Asegurado:
 - a) Tuvo advertencia médica o consultó a un médico; recibió tratamiento médico, servicios o suministros; se hizo o le recomendaron exámenes para diagnóstico; tomó medicinas recetadas, ó
 - b) Padeció síntomas que causarían que una persona normalmente prudente asista a un médico para diagnóstico, tratamiento o cuidado.
12. **“Copago”** Es un monto fijo que debe de ser pagar el Asegurado directamente al proveedor que le brinda un servicio dentro de la Red de Proveedores. El Copago aplica por evento y es independiente de la aplicación de coaseguro y deducible estipulados en la póliza. El copago también puede ser requerido en el caso de servicios prestados por proveedores fuera de la Red de Proveedores si así lo indica el cuadro de coberturas.
13. **“Cuidados paliativos”** Cuidados que el asegurado recibe después de ser diagnosticado con una condición terminal, incluyendo, cuidados físicos, psicológicos, y sociales, así como también adecuación de la cama, cuidados de enfermería, y medicamentos por receta. Este cuidado debe ser aprobado con anticipación por la aseguradora.
14. **“Deducible”** es la cantidad inicial, que se indica en el cuadro de Coberturas, la cual el asegurado debe satisfacer antes de que la Compañía Aseguradora pague beneficios de acuerdo a las condiciones de la póliza y este se aplica de acuerdo a las siguientes condiciones:
 - a) Cuando los gastos son incurridos dentro o fuera del Área Centroamericana, el deducible se aplicará por persona y por “Año Calendario”.
 - b) Los deducibles que se apliquen por gastos incurridos dentro del Área Centroamericana son diferentes a los que se apliquen por gastos incurridos fuera del Área Centroamericana y no podrán combinarse entre sí.
 - c) Los gastos elegibles incurridos por un asegurado durante los últimos tres (3) meses del año calendario que sean utilizados para satisfacer el deducible correspondiente para ese año, serán aplicados al deducible de dicho asegurado para el siguiente año póliza, siempre que los mismos sean incurridos dentro del área centroamericana.
15. **“Emergencia”** Condición médica repentina, seria, aguda y, generalmente, inesperada que

requiere tratamiento médico inmediato o Cirugía. Esta condición médica puede poner en riesgo la vida del Asegurado o su integridad física.

Se consideran como emergencias, únicamente los siguientes casos:

- a) Accidentes
- b) Convulsiones
- c) Hemorragias
- d) Crisis súbitas de los sistemas circulatorio, respiratorio, gastrointestinal o urológico
- e) Deshidratación severa
- f) Pérdida del conocimiento
- g) Intoxicación severa
- h) Reacciones alérgicas en estado severo

16. **“Enfermedad”** Se refiere a cualquier alteración de la salud.

17. **“Fecha de Aniversario de la Póliza”** Será la fecha de renovación de la Póliza.

18. **“Fecha de Vigencia de la Póliza”** Es la fecha indicada en la carátula, en la que inicia la vigencia de la Póliza.

19. **“Gastos Médicos”** Se refiere a los gastos usuales, razonables, acostumbrados y necesarios para cuidados y servicios médicos que no están excluidos del pago de beneficios bajo esta Póliza, que son ordenados por un médico legalmente autorizado a ejercer la medicina, y los cuales están descritos en la estipulación de Cobertura y Exclusiones de esta Póliza.

20. **“Hospital”** Se refiere a una institución organizada de acuerdo con la Ley, que cuenta con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios durante las 24 horas del día a sus pacientes, con facilidades médicas, de diagnóstico y quirúrgicas para el cuidado y tratamiento de las personas enfermas y lesionadas que se encuentren hospitalizadas, bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras graduadas. En ningún caso el término “Hospital” significará una institución que esté especialmente dedicada a casa de reposo, de convalecencia, de ancianos, o de tratamiento de drogadicción y alcoholismo.

21. **“Hospitalización”** Cuidado médico o quirúrgico que, debido a su intensidad, debe ser prestado durante una hospitalización de más de veintitrés (23) horas. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica de la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencia no se considera una hospitalización.

22. **“Hospitalización de Día”** Es el tratamiento cubierto en virtud del plan que, por razones médicas, significa que es necesario que usted ocupe una cama en un hospital para recibir el tratamiento, pero para el que no es necesario que permanezca ingresado una noche o más.

23. **“Incapacidad”** Es toda enfermedad o lesión corporal por accidente, que necesite tratamiento médico por un médico autorizado, por las cuales se incurran gastos elegibles y reembolsables bajo la Póliza.

24. **“Límite de Coaseguro”** Es la cantidad máxima de coaseguro que absorbe un asegurado de acuerdo con las condiciones y montos indicados en el Cuadro de Coberturas, en base

a lo siguiente:

- a) Cuando los gastos son incurridos dentro o fuera del Área Centroamericana, el Límite de Coaseguro se aplicará por persona y por “Año Calendario”.
 - b) Los Límites de Coaseguro que se apliquen por gastos incurridos dentro del Área Centroamericana son diferentes a los que se apliquen por gastos incurridos fuera del Área Centroamericana y no podrán combinarse entre sí.
25. **“Máximo Anual”** Es la cantidad máxima en concepto de pago de bienes y servicios médicos a la que tendrá derecho una persona durante un mismo Año Calendario, siempre y cuando esté en vigor la Póliza.
26. **“Máximo Vitalicio”** Es la cantidad máxima en concepto de pago de bienes y servicios médicos a la que tendrá derecho una persona durante su vida, siempre y cuando esté en vigor la Póliza.
27. **“Médicamente Necesario”** o **“Necesidad Médica”** se refiere a servicios o tratamientos ordenados y proporcionados por un Médico tratante, los cuales la Compañía Aseguradora determine que:
- a) Son adecuados al diagnóstico o tratamiento del padecimiento o lesión del Asegurado;
 - b) Son consistentes con los estándares médicos y profesionales aceptados;
 - c) No son principalmente para la comodidad o conveniencia personal de un Asegurado, su familia o su médico;
 - d) Son proporcionados al nivel más adecuado sin poner en riesgo la vida o la salud del Asegurado;
 - e) En el caso de hospitalización, que los servicios o tratamientos no puedan ser proporcionados al Asegurado de manera ambulatoria sin arriesgar su vida o salud.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de determinar la Necesidad Médica. El hecho de que un Médico haya ordenado, recomendado o aprobado un servicio o tratamiento no lo hace Médicamente Necesario.

28. **“País de residencia”** Es el país donde fue emitida la póliza y donde el asegurado reside al menos 180 días continuos durante cada año calendario.
29. **“Práctica de deportes y actividades peligrosas”** Son las actividades que aumentan el riesgo de muerte o enfermedad de las personas que las practican. Ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a: buceo, tauromaquia, escalada de rocas, paracaidismo, salto de gran altura en caída libre con una cuerda elástica atada al cuerpo, parapente, velideltismo, ciclismo de montaña y todoterreno, motocross, enduro, trial, moto-velocidad y participación en carreras de automóviles o motocicletas. La práctica profesional de cualquier deporte así como la práctica de cualquier actividad peligrosa debe ser declarada en la Solicitud de Seguro.
30. **“Recién nacido”** Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
31. **“Red de Proveedores”** Se refiere a un grupo de médicos, laboratorios, farmacias y hospitales con los cuales se han pactado costos de bienes y servicios médicos bajo

convenio y cuya utilización opcional por parte del Asegurado está sujeta al seguimiento de reglas específicas entregadas al Asegurado al momento de contratar su póliza.

32. **“Servicios de Rehabilitación”** Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía, o para el tratamiento del dolor, que les permita alcanzar y mantener su función física, sensorial, e intelectual normal. Estos servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física y terapia ocupacional.
33. **“Solicitante”** A la persona natural o jurídica que contrató el seguro, sea por cuenta propia o por la de un tercero determinado o determinable que traspasa los riesgos a la Aseguradora.
34. **“Usual Razonable y Acostumbrado”** significa un gasto por atención médica debido a lesión o enfermedad, el cual se considere justo y hasta el límite acostumbrado, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros proveedores de carácter similar en la misma localidad geográfica en la que es suministrado el tratamiento.

D. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

La cobertura de los Gastos Médicos incluye lo siguiente:

1. Gastos Hospitalarios:

La cobertura por Gastos Hospitalarios indicado en el Cuadro de Coberturas, incluirá los Gastos Cubiertos incurridos dentro o fuera de la Red de Proveedores, de la siguiente manera:

- a) Cuarto y Alimentos: El importe máximo diario cubierto será el indicado en el Cuadro de Coberturas. Se cubre únicamente cuarto privado o semiprivado.
- b) Unidad de Cuidados Intensivos: Gastos originados por estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedia y/o unidad de cuidados coronarios. El importe máximo diario cubierto se especifica en el Cuadro de Coberturas.
- c) Servicios de Hospitalización: Servicios facturados por el Hospital durante la Hospitalización del Asegurado, incluyendo medicamentos, uso de quirófano, sala de recuperación, curaciones, instrumental, pruebas de laboratorio, exámenes especiales de diagnóstico, gases hospitalarios, transfusiones de sangre o plasma, servicios de enfermería, atención en la sala de emergencia, yeso, tablilla, braguero, entre otros.
- d) Los gastos incurridos por el uso de una cama para el acompañante en caso de hospitalización de un niño menor de 18 años, o de un adulto mayor de 65 años, hasta el valor máximo indicado en el cuadro de beneficios.

2. Honorarios Médicos dentro de Hospital:

Todos los honorarios médicos serán cubiertos de acuerdo a los valores usuales, razonables y acostumbrados o de acuerdo a los aranceles pactados por la Red de Proveedores.

- a) Honorarios Médicos por Consulta y Tratamiento: Honorarios médicos por las consultas y tratamientos médicos necesarios para el restablecimiento de la salud, realizados durante la Hospitalización del Asegurado y las visitas y tratamientos médicos proporcionados en las Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedios y/o Cuidados Coronarios.
- b) Honorarios Quirúrgicos: Estos honorarios incluirán los servicios prestados al Asegurado por Médicos Cirujanos y Médicos Asistentes. La especialidad del Cirujano principal y asistente deberá estar directamente relacionada con el padecimiento y procedimiento realizado.
- c) Honorarios del Anestesiólogo.

3. Consulta Médica Ambulatoria:

Consulta médica con médicos legalmente autorizados para ejercer la medicina, de acuerdo a las siguientes condiciones:

- a) Consultas con Médicos de Cabecera para diagnóstico, cuidado preventivo y otros procedimientos usuales en este tipo de consultas, las cuales deben ser proporcionadas en las clínicas autorizadas por la Compañía Aseguradora.
- b) Todas las consultas necesarias con médicos generalistas y especialistas.
- c) Todos los honorarios médicos serán cubiertos de acuerdo a los valores usuales, razonables y acostumbrados o de acuerdo a los aranceles pactados por la Red de Proveedores.

4. Honorarios Médicos Ambulatorios:

Todos los honorarios médicos serán cubiertos de acuerdo a los valores usuales, razonables y acostumbrados o de acuerdo a los aranceles pactados por la Red de Proveedores.

- a) Honorarios médicos por tratamiento suministrado por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina.
- b) Honorarios por intervenciones quirúrgicas ambulatorias realizadas por un cirujano legalmente autorizado para ejercer la medicina.
- c) Honorarios por aplicación de anestesia suministrada por un médico o un anestesista profesional para tratamientos o procedimientos o cirugías ambulatorias.

5. Otros Gastos Ambulatorios:

- a) Exámenes de laboratorio, Rayos X, exámenes y procedimientos especiales, así como cualquier otra prueba que sea ordenada por un médico y que sea necesaria para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad.
- b) Las sesiones de fisioterapia y servicios de rehabilitación se cubrirán hasta un máximo inicial de treinta (30) sesiones, sin exceder el límite máximo anual que se indica en el cuadro de coberturas. Si se considera médicamente necesario, se podrá aprobar una

extensión del plan de tratamiento, para lo cual se requiere presentar evidencia de la necesidad médica y dicho plan de tratamiento.

- c) Gastos incurridos por control pediátrico y vacunas, incluyendo visitas al médico, no más de 10 por año calendario, hasta el cumplimiento de los 6 años de edad.
- d) Drogas o medicinas recetadas por un médico y que sean proporcionadas por una farmacia autorizada.
- e) Atención suministrada por enfermeras tituladas, siempre que la gravedad de la enfermedad lo requiera y que sea recomendado por el médico tratante. La enfermera no deberá tener ningún grado de parentesco con el asegurado y no debe vivir en la casa de dicho asegurado.
- f) Se cubrirá la atención médica en el hogar para un período inicial de hasta treinta (30) días, sin exceder del límite máximo anual, que se indica en el cuadro de coberturas siempre y cuando sea aprobado con anticipación por la aseguradora. Si se considera médicamente necesario, se podrá aprobar una extensión del beneficio, para lo cual es necesario presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.
- g) Servicios suministrados por atención de Emergencia derivada de alguna Enfermedad o Accidente, prestados en la sala de emergencias de un Hospital, que incluyen honorarios del Médico General, materiales, insumos, equipos médicos básicos y los medicamentos necesarios para la estabilización del Asegurado, únicamente para condiciones que no estén excluidas en la Póliza.
- h) Gastos Médicos Preventivos: Se cubren los exámenes médicos preventivos que se detallan en el Cuadro de Coberturas.
- i) Sangre o plasma, miembros y ojos artificiales, prótesis, equipo ortopédico, yeso, tablilla, braguero, muletas, andadores, 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.

En el caso de los implantes de senos, después de una mastectomía, la cobertura de los mismos, está sujeta a lo indicado en el Literal K, Exclusiones, Numeral 5, inciso d).

- j) Brazos y piernas artificiales: Este beneficio cubre brazos, manos, piernas y pies artificiales, hasta el límite máximo vitalicio y sub-límite máximo anual indicado en el cuadro de coberturas.

El beneficio cubre todos los costos asociados con el procedimiento, incluyendo cualquier terapia relacionada con el uso del nuevo dispositivo artificial. Los brazos y piernas artificiales serán cubiertos cuando el paciente sea capaz de alcanzar funcionalidad o actividad ambulatoria por medio del uso de la prótesis y/o brazo o pierna artificial.

Las reparaciones del dispositivo artificial serán cubiertas únicamente cuando sean necesarias debido a cambios anatómicos o de funcionalidad o debido a desgaste por el

uso normal, que hagan que el dispositivo no funcione, y cuando dicha reparación devuelva la funcionalidad del equipo. La sustitución del dispositivo artificial procede únicamente si la reparación no es posible.

La cobertura inicial, así como las reparaciones y/o sustituciones de los brazos y piernas artificiales deben de ser aprobadas por la aseguradora.

- k) Tratamiento de quimioterapia, radioterapia o terapia radioactiva
- l) Cuidado podiátrico: para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo pero no limitado a, callos, callosidades, juanetes, verrugas plantares, fascitis plantar, Hallux valgus, dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles y pies débiles.
- m) Medicina alternativa: Tratamiento quiropráctico, homeopático, acupuntura ó cualquier tipo de medicina alternativa hasta el límite de terapias indicado en el cuadro de beneficios, siempre que el tratamiento sea suministrado por un médico colegiado. No se cubren medicamentos homeopáticos.

6. Otros Gastos Cubiertos:

- a) Pruebas para determinar alergias.
- b) Los gastos ocasionados por enfermedades mentales y desordenes nerviosos y psiquiátricos no diagnosticables más que a través de la observación clínica, estarán cubiertos después de haber satisfecho el deducible correspondiente. Estarán cubiertos los gastos incurridos por tensión, desorden obsesivo –compulsivo, desorden afectivo, depresión reactiva, depresión mayor, desorden de angustia, trastorno de pánico, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso – depresivo, trastornos de adaptación (shock post – traumático), trastorno disociativo (de conversión), trastornos somatomorfos.

Los gastos incurridos dentro de hospital, serán cubiertos bajo las mismas condiciones que aplican para cualquier otra enfermedad. Para otros gastos incurridos en un hospital donde el individuo no pague por cuarto y alimentación, o incurridos fuera del hospital, lo siguiente será aplicable:

1. El 80% de los gastos elegibles.
 2. Por servicios de un psiquiatra profesional, el gasto elegible no podrá exceder del número máximo de visitas ni del valor fijado por consulta, los cuales se encuentran detallados en el Cuadro de Coberturas.
- c) Transporte del asegurado en servicio de ambulancia aérea o terrestre, a un hospital equipado para proporcionar tratamiento, por una condición cubierta por la póliza, siempre y cuando la utilización de dicho transporte sea absolutamente necesaria para preservar la vida del asegurado y que el tratamiento no pueda ser suministrado en la localidad donde reside o se encuentre el asegurado. El uso de la ambulancia debe ser previamente notificado a la Aseguradora y autorizado y coordinado por ésta. El pago de estos servicios

correrá directamente a cargo del Asegurado, quien someterá a la Aseguradora la solicitud de reembolso respectivo proporcionando las facturas de los gastos realizados.

La aseguradora no asume responsabilidad alguna que resulte de los servicios de transporte en ambulancia aérea o terrestre, por demoras o restricciones en los vuelos por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, debido a condiciones operacionales o problemas de tráfico.

- d) Cobertura de maternidad, si en el Cuadro de Coberturas se indica que aplica y se consigna su límite máximo, se cubrirán los Gastos Médicos ocasionados por embarazo, tanto los gastos pre-natales como los post-natales, los gastos por parto, aborto ó cesárea, siempre y cuando dicho embarazo, parto, aborto ó cesárea concluya al fin de diez (10) meses continuos durante los cuales el Asegurado de sexo femenino, bien sea éste Titular o Cónyuge, haya estado cubierto por esta póliza. Se incluyen dentro del beneficio de maternidad los gastos de atención al recién nacido sano, incluyendo pero no limitado a los gastos de sala cuna y atención del pediatra que recibe al recién nacido.
- e) Complicaciones del embarazo, la maternidad y/o el parto. Los gastos médicos incurridos debido a complicaciones del embarazo, la maternidad y /o el parto, como se describen en esta Sección II, Beneficio de Gastos Médicos, Inciso C, Definiciones, numeral 8, estarán cubiertos hasta los límites de la póliza, sujetos al deducible y coaseguro. Para efectos de esta cobertura la cesárea no se considera como una complicación.
- f) Los gastos médicos necesarios para el tratamiento de las complicaciones del Recién Nacido, durante o después del parto, tales como parto prematuro, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoglucemia, déficit respiratorio, y traumatismo durante el parto, siempre que cumplan con las siguientes condiciones:
 - 1. Que el nacimiento sea consecuencia de una maternidad de la asegurada principal o del conyugue y que el parto ocurra después de 10 meses de cobertura continua de la asegurada.
 - 2. Que las complicaciones del recién nacido no sean relacionadas a condiciones, enfermedades o defectos congénitos o hereditarios.
 - 3. Que los gastos no excedan el máximo establecido para las Complicaciones del Recién Nacido, el cual se indica en el Cuadro de Coberturas.
 - 4. Que las complicaciones sean diagnosticadas y tratadas dentro de los noventa (90) días después del nacimiento, siempre que el seguro de la madre o ambos padres se encuentre en vigor. Transcurrido este período de noventa (90) días no corresponde ningún pago adicional para este beneficio.

Este máximo vitalicio se indica en el Cuadro de Coberturas, y es aplicable a todo hijo que haya nacido bajo la cobertura de la madre o ambos padres en el certificado, sea que éste haya iniciado su cobertura presentando evidencia de asegurabilidad o que haya calificado para inclusión automática desde su día de nacimiento, como se define en la Sección I, "Condiciones Generales", Literal O. "Elegibilidad, Familiares Dependientes".

- g) Trasplante de órganos, sujeto a las siguientes condiciones:

1. La cantidad máxima vitalicia pagadera por asegurado para este beneficio se encuentra indicada en el cuadro de beneficios. La cobertura para procedimientos de trasplante comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por el médico tratante y está sujeta a todos los términos, condiciones y exclusiones de la póliza.
 2. Antes del trasplante, se incluyen todos los servicios y exámenes médicos directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación, preparación y estabilización del asegurado para el procedimiento médico y quirúrgico de trasplante.
 3. Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, así como todos los costos médicos que incurra el donante hasta que termine la intervención quirúrgica de donación y se registre su salida del hospital están cubiertos hasta el máximo indicado en el cuadro de coberturas. Este límite máximo para gastos de obtención del órgano y gastos incurridos por el donante es parte del máximo vitalicio por trasplante de órganos.
 4. La hospitalización, cirugías, honorarios de médicos y cirujanos, anestesia, medicamentos y cualquier otro tratamiento necesario durante el procedimiento de trasplante.
 5. El cuidado post-operatorio, incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento médicamente necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo. También se incluyen los medicamentos o medidas terapéuticas necesarias para asegurarla viabilidad y permanencia del órgano, hasta agotar su máximo vitalicio para Trasplantes.
- h) Los gastos médicos necesarios para el tratamiento de las enfermedades, padecimientos, defectos o condiciones congénitas o hereditarias, después de satisfacer el deducible correspondiente, de acuerdo a lo siguiente:
1. Si las condiciones son diagnosticadas o se manifiestan antes de cumplir los dieciocho (18) años de edad, se cubrirán los gastos hasta el límite máximo vitalicio establecido para las Condiciones Congénitas en el Cuadro de Coberturas.
 2. La cobertura para las condiciones que se manifiesten en el asegurado o sean diagnosticadas a partir de los dieciocho (18) años de edad, será igual al límite máximo anual de la póliza.
- i) Cuidados paliativos: El alojamiento en residencias para pacientes terminales y los tratamientos y servicios paliativos serán cubiertos para aquellos pacientes terminales con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos, y que necesiten atención física, psicológica y social, así como la instalación o adaptación de equipos especiales, servicios de enfermería y medicamentos por receta, ya sea que sean prestado en la residencia para enfermos terminales o en el hogar del asegurado. Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por la aseguradora.

E. GASTOS DE REPATRIACIÓN

En caso que el Asegurado Titular o cualquiera de sus Dependientes asegurados bajo la misma Póliza, falleciere fuera de su país de residencia, la Aseguradora pagará los gastos de repatriación de restos mortales hasta el máximo establecido en el Cuadro de Coberturas de la Póliza, siempre y cuando la muerte haya resultado por una condición que hubiese estado cubierta bajo los términos de la Póliza.

Los “Gastos de Repatriación” bajo esta Póliza se limitan únicamente a aquellos servicios y suministros necesarios para la preparación del cuerpo del fallecido y la transportación a su país de residencia. Para hacer efectivo el reembolso de estos gastos deberá presentar las facturas correspondientes.

Este beneficio no será pagadero en el caso de un Asegurado Titular o Dependiente que fallezca fuera del Área Centroamericana, a menos que tenga contratado un plan de cobertura geográfica Mundial.

F. PAGO DE GASTOS MÉDICOS EN CASO DE FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL TITULAR

En caso de fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente del Asegurado Titular, los gastos médicos incurridos previos al fallecimiento y elegibles para reembolso en base a las condiciones de esta Póliza, serán pagados a los Beneficiarios del Asegurado Titular, de acuerdo a lo estipulado en la Sección III de esta Póliza, Literal B. “Beneficiarios”.

G. COBERTURA GRATUITA PARA DEPENDIENTES POR FALLECIMIENTO DE TITULAR

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, se concederá la continuidad del Seguro Médico para los Familiares Dependientes durante el período de un (1) año sin costo alguno para ellos, sujeto a las siguientes condiciones:

1. Que el Asegurado Titular al momento del fallecimiento:
 - a. Estaba asegurado con la cobertura para sus familiares dependientes.
 - b. Se encontraba al día con el pago de las primas correspondientes.
 - c. Que El Asegurado Titular y sus dependientes hayan estado asegurados en la póliza como mínimo durante un año, previo al fallecimiento.
2. Si un dependiente está gozando de este beneficio y deja de ser elegible de acuerdo a los términos de la póliza, su cobertura como dependiente termina.

H. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el cual cualquier asegurado pueda estar cubierto. Cuando algún asegurado esté cubierto también por otras pólizas que tengan 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. Si únicamente esta póliza estipula la coordinación

de beneficios, los beneficios serán pagaderos primeramente por todos los demás planes concurrentes. Si el asegurado goza de beneficios similares a los aquí descritos e incurre en gastos médicos, la forma de pago será como sigue:

- a) Todas las reclamaciones incurridas en el país de residencia deberán ser presentadas en primera instancia contra la otra póliza, quien actuará como aseguradora primaria. Esta póliza únicamente pagará los gastos que la aseguradora primaria no haya pagado, siempre que sean elegibles de acuerdo a las condiciones de la misma y que se encuentren dentro de lo razonable y acostumbrado. Estos gastos incluyen el deducible y coaseguro a cargo del asegurado, así como cualquier gasto elegible en exceso de los límites de la póliza primaria.
- b) Fuera del país de residencia, esta póliza funcionará como la principal aseguradora.

La Compañía Aseguradora procederá a realizar una coordinación de beneficios donde los montos pagaderos son aquellos que quedaron bajo responsabilidad del Asegurado, exceptuando excesos de lo usual, razonable y acostumbrado, y gastos no cubiertos. El monto máximo a cubrir no excederá el 100% del límite de beneficios contratados bajo esta Póliza.

I. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO Y PAGO DEL RECLAMO

1. SERVICIO DE PAGO DIRECTO Y PRE-AUTORIZACIÓN DE BENEFICIOS

En el caso de que el Asegurado requiera y solicite la atención de los servicios de la Red de Proveedores para pago directo, podrá hacer uso de este servicio previa autorización de la Aseguradora, quien efectuará el pago de los gastos cubiertos por la Póliza directamente a los Proveedores de la Red, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Deducible (si lo hubiese), el Copago (si lo hubiese) y el coaseguro que corresponda.

El Servicio de Pago Directo estará sujeto a la verificación de la elegibilidad del asegurado y a la confirmación de los beneficios por parte de la Aseguradora.

Algunos beneficios bajo esta póliza están sujetos a un requisito previo de notificación y pre-autorización. La pre-autorización le permite a la Aseguradora confirmar la cobertura del asegurado y autorizar los beneficios como corresponde, cuando se utiliza la Red de Proveedores.

El Asegurado deberá notificar siempre a la Aseguradora sobre su intención o necesidad de hospitalizarse, someterse a una cirugía ambulatoria fuera del consultorio del Médico tratante o practicarse algún examen especial de diagnóstico y deberá obtener previamente la autorización correspondiente. Para tal efecto el asegurado deberá notificar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia deberá ser notificado dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento.

Una vez autorizado el Servicio de Pago Directo al proveedor de servicios médicos, ya sea por honorarios profesionales por un procedimiento o tratamiento, o por otros gastos cubiertos por la póliza, de acuerdo a los aranceles pactados con dicho proveedor, la Aseguradora no pagará ni reembolsará ninguna otra cantidad relacionada con dichos servicios o tratamientos.

La red de Proveedores para servicios de pago directo está sujeta a cambios; por lo tanto, es importante que el asegurado valide previamente si el proveedor a utilizar pertenece a la red. La Aseguradora pondrá a disposición de los asegurados el listado de proveedores afiliados por los medios de comunicación que considere adecuados para tal efecto.

2. REEMBOLSO DE GASTOS

El Asegurado Titular podrá realizar reclamos a la Aseguradora por gastos incurridos con otros Proveedores de servicios que no formen parte de la Red de Proveedores de conformidad con las condiciones de la Póliza, debiendo enviar los Documentos que la Aseguradora considere oportunos para comenzar el proceso de Reclamo.

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

Al recibir la Aseguradora aviso de reclamación, suministrará los correspondientes formularios para presentar la prueba de reclamación. El dejar de enviar tal aviso o prueba dentro del tiempo estipulado en esta Póliza, no invalidará ninguna reclamación, siempre que se demuestre que no fue razonablemente posible enviar el aviso o prueba dentro de ese período y que tal aviso o prueba fue presentada tan pronto como fue posible.

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

El Asegurado debe proporcionar a la Aseguradora todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite la Aseguradora, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga tales expedientes y reportes médicos. De conformidad con el Artículo 897 del Código de Comercio, la Aseguradora tendrá derecho a exigir del Asegurado o del dependiente, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro, por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

Si el Asegurado Titular o sus dependientes no cumple con las obligaciones de dar aviso del siniestro en los términos del Artículo 896 del Código de Comercio, la Aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que hubiere correspondido si el aviso se hubiere dado oportunamente, de conformidad con el Artículo 914 (Omisión de aviso) del mismo Código.

La Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones de conformidad con el Artículo 915 (Extinción de responsabilidad) si:

- a) Se omite el aviso del siniestro con la intención de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias.
- b) Con el fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieren excluir o restringir sus obligaciones.

- c) con igual propósito, no se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro o la prueba de pérdida.

Cuando se verifique que el reclamo procede conforme a lo estipulado en esta Póliza, la Aseguradora reembolsará al Asegurado Titular la cantidad razonable, usual y acostumbrada de los cargos reembolsables que le hayan sido sometidos a estudio. Si el Asegurado Titular falleciera, cualquier reclamo pendiente será pagado al Beneficiario de la Póliza. La Aseguradora pagará los reclamos en los plazos establecidos en el artículo 34 de la Ley de la Actividad Aseguradora.

J. LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Compañía Aseguradora pondrá a disposición de los Asegurados por los medios que estime pertinentes los nombres y direcciones de su Red de Proveedores. Los Proveedores son personas naturales o jurídicas legalmente autorizadas para el ejercicio de la actividad médica y la prestación de servicios asistenciales, que han llenado los requisitos necesarios para ejercer sus actividades y funciones, por lo que la Compañía Aseguradora no asume más responsabilidad legal respecto de dichas personas que la impuesta por la legislación guatemalteca de protección al consumidor. El Asegurado tendrá siempre la opción de utilizar otros proveedores de servicios de su elección.

K. EXCLUSIONES

No se pagará ningún beneficio por los siguientes servicios o atención médica:

1. Honorarios por reconocimientos médicos o chequeos médicos de rutina en ausencia de enfermedad o lesión, estudios genéticos, exámenes o pruebas de diagnóstico que no sean relacionadas ni necesarias para el tratamiento de una enfermedad o lesión corporal, con excepción de los exámenes para chequeos que se indican en el cuadro de coberturas de la póliza.
2. Los gastos que resulten de cualquier tratamiento, servicio o suministro:
 - a) Que no sea médicamente necesario, o
 - b) Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, o
 - c) Que no sea autorizado, ordenado o recetado por un médico o doctor, o
 - d) Que está relacionado con la custodia o asistencia personal, o
 - e) Tratamientos proporcionados dentro de un hospital, cuando se pudo haber efectuado de forma ambulatoria.
3. Exámenes de la vista, habilitación de lentes o de audífonos, tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregir astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratoconos, queratoplastia, queratotomía radial y tratamientos similares para corregir la visión y/o la audición.
4. Tratamiento dental, si se encuentra excluido en el cuadro de coberturas, excepto el originado por causas accidentales que ocasionen pérdida de dientes naturales y dislocación o fractura de la mandíbula, mientras la persona se encuentre asegurada, y que el tratamiento sea suministrado dentro de los noventa (90) días siguientes al accidente, por un cirujano dentista autorizado para ejercer su profesión, así:

- a) Tratamiento dental por lesiones sufridas, incluyendo el reemplazo de los dientes naturales.
 - b) Colocación en su lugar de la mandíbula fracturada.
5. Tratamientos y/o intervenciones quirúrgicas de carácter cosmético, estético o plástico, así como toda complicación derivada o relacionada con dichos tratamientos y/o intervenciones, excepto en los casos siguientes:
- a) Tratamiento de lesiones sufridas en un accidente, siempre que éste ocurra mientras la persona esté asegurada y que sea proporcionado dentro de los seis (6) meses después de tal accidente.
 - b) Tratamiento reconstructivo que sea requerido medicamente debido a una lesión enfermedad cubierta por la póliza, que se haya manifestado por primera vez estando el asegurado cubierto bajo esta póliza.
 - c) Tratamiento de irregularidad congénita en un niño que nazca mientras el padre o madre estén cubiertos con Seguro para dependientes, hasta el límite máximo indicado en el Cuadro de Beneficios según lo establecido en el literal D, numeral 6, inciso h de la descripción de la cobertura de esta póliza.
 - d) Cirugía reconstructiva de los senos, después de una mastectomía a consecuencia de un cáncer cubierto por la póliza, hasta el límite máximo por seno, que se indica en el cuadro de coberturas.
6. Cualquier gasto por servicios, suministros, exámenes, medicamentos, tratamiento médico o quirúrgico debido a condiciones preexistentes (como se detalla en las definiciones de esta sección) que sea incurrido durante los primeros doce (12) meses de vigencia o rehabilitación de la cobertura no será pagado.

Para que los gastos incurridos por condiciones preexistentes sean elegibles para reembolso, los mismos deberán:

- a) Ser incurridos después de doce (12) meses de la fecha de vigencia de la cobertura o de la rehabilitación, siempre que dichas condiciones preexistente no hayan sido del conocimiento del Asegurado.
- b) Estar relacionados con condiciones preexistentes que hayan sido declaradas en la solicitud de seguro, siempre que las mismas hayan sido aceptadas por la Compañía Aseguradora de Seguros
- c) Las condiciones preexistentes que no hayan sido declaradas en la solicitud de seguro, no tendrán cobertura durante la vigencia de la póliza.

La omisión o falta de declaración de las condiciones preexistentes puede ser causa para la cancelación o modificación de la cobertura del Seguro contratado y/o la denegación del pago de los reclamos.

7. Servicios médicos prestados en una institución gubernamental o en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en la que el Asegurado tenga derecho a atención gratuita. Esto incluye también aquellos costos médicos relacionados con cuidado sanitario, períodos de cuarentena

o aislamiento, epidemias y pandemias oficialmente declaradas por el Ministerio de Salud o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente, en los cuales la autoridad haya decretado u ordenado que se deba tratar en un centro específico de tratamiento controlado por el organismo de salud designado.

8. Gastos ocasionados por embarazo, parto, aborto o cesárea, incluyendo sus complicaciones, excepto cuando dicho embarazo, parto, aborto ó cesárea concluya al final de diez (10) meses continuos durante los cuales el asegurado de sexo femenino, bien sea éste titular o cónyuge, haya estado cubierto por esta póliza.
9. Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.
10. Todos los gastos incurridos por Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (sida) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH positivo) y sus consecuencias directas o indirectas, que excedan del monto máximo vitalicio indicado en el Cuadro de Beneficios.
11. Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos o quirúrgicos prestados al asegurado como consecuencia de no poder concebir por medios naturales, infertilidad, inseminación artificial, así como los gastos por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, disfunción o insuficiencia sexual.
12. Gastos incurridos por tratamientos de lesiones o enfermedades causadas a si mismo intencionalmente, ya sea en estado de cordura o privado de su capacidad mental, o causadas por el uso o bajo la influencia del alcohol, las drogas, estupefacientes, las sustancias ilegales, o el uso inapropiado de medicamentos.
13. Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos y quirúrgicos no aceptados por la ciencia médica, o procedimientos naturales, incluyendo la medicina natural, homeopática y acupuntura, así como medicamentos con indicaciones fuera de etiqueta y todo tratamiento de carácter experimental o que formen parte de protocolos de investigación, excepto lo indicado en la Sección II, Cobertura de Gastos Médicos, Literal D, Numeral 5, cláusula m).
14. Tratamientos por medio de anticonceptivos con fines terapéuticos para control de natalidad, aborto inducido, cambio de sexo.
15. Gastos necesarios para el tratamiento de alcoholismo o drogadicción., así como las lesiones o enfermedades causadas mientras el asegurado se encuentre bajo los efectos de alcohol y drogas.
16. Gastos de Atención médica ocasionados por acciones de insurrección, guerra, huelgas, disturbios laborales, paros, hostilidades, acciones u operativos militares, invasión, actos de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, sedición, conspiración militar, actos de terrorismo, usurpación de poder, bombardeos, enfrentamientos armados, allanamientos, destrucción de moradas, sublevaciones, manifestaciones políticas, alborotos populares, rebelión o cualquier acción atribuible a éstos, participación en algún tumulto o en actos delictivos o ilegales, sea con participación voluntaria o no.
17. Cualquier tratamiento relacionado con el sobrepeso, la obesidad, cirugía o programa para el control de peso, control dietético; desviación gástrica o procedimiento de reducción gástrica, cirugía bariátrica y sus complicaciones.

18. Curas de Reposo, convalecencia, curas en custodia o períodos de cuarentena o aislamiento.
19. Terapias por retardo de aprendizaje, hiperactividad con déficit de atención, y medicamentos por retardo del crecimiento o retraso psicomotor.
20. Gastos relacionados con menopausia, climaterios y pubertad precoz.
21. Tratamientos de los maxilares de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula incluyendo pero no limitándose a cirugía ortognática, cirugía maxilofacial en general, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneo-mandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula conectando el hueso de la mandíbula y el cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.
22. Cargos por atención médica que excedan los niveles de “Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados,” como se detalla en las Definiciones.
23. No se cubren los gastos incurridos para el diagnóstico y/o tratamiento de cualquier problema o trastorno del sueño y sus consecuencias, síndrome de fatiga crónica y sus consecuencias, incluyendo pero no limitándose a la compra o renta de CPAP o aparatos similares.
24. El tratamiento de lesiones o enfermedades y sus complicaciones y secuelas relacionadas con la participación del asegurado en la práctica profesional de deportes o la práctica de deportes por la que reciba compensación está excluido. Los gastos médicos resultantes de Accidentes relacionados con actividades peligrosas y la práctica NO profesional o NO remunerada de deportes serán cubiertos bajo las condiciones normales de la póliza, siempre que sean declarados en la solicitud y que no sean a consecuencia de la participación del asegurado en competencias de automóviles o motocicletas, como se menciona en la sección de definiciones.
25. Los Gastos médicos originados por complicaciones que resulten o se relacionen con servicios y/o tratamientos médicos y/o quirúrgicos, dentales o mentales, específicamente excluidos en las condiciones generales, particulares, endosos y/o anexos de este certificado.
26. Tratamientos para la calvicie sin importar su origen.
27. Tratamientos para el acné, sin importar su origen.
28. Productos que puedan obtenerse sin receta médica, productos clasificados como vitaminas o suplementos alimenticios, productos de líneas cosméticas sustitutos de los productos normales de uso diario como jabones, cremas humectantes y/o bloqueadores, así como también zapatos ortopédicos y/o plantillas aun cuando estos sean recetados por un médico.
29. Servicios o suministros de uso común tales como bicicletas estacionarias, purificadores de aire y agua, estuches para presión arterial, colchones antialérgicos, almohadas ortopédicas, evaporizadores y deshumedecedores.

SECCIÓN III. COBERTURA ADICIONAL DE VIDA

A. APLICABLE AL ASEGURADO TITULAR Y SU CÓNYUGE

El importe de la cobertura de Vida en vigor a nombre del Asegurado le será pagado al (los) beneficiario (s) en caso de fallecer dicho Asegurado en cualquier momento en que se encuentre asegurado bajo la póliza, salvo que el Asegurado cometiere suicidio, ya sea en estado de cordura o locura dentro de un período de dos (2) años siguientes a la fecha de emisión o de la última rehabilitación de su cobertura bajo esta póliza.

B. BENEFICIARIOS

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la cobertura será pagada a la(s) persona(s) que él haya designado como beneficiario (s) en la Solicitud de Seguro o en el formulario de cambio de beneficiario suministrado por la Compañía Aseguradora o en uno satisfactorio a ésta y que esté registrado como tal en la Compañía Aseguradora.

El Asegurado podrá designar al Beneficiario o los Beneficiarios de la Póliza y tendrá derecho a “clasificarlos” como “Primer Beneficiario”, “Segundo Beneficiario” o “Tercer Beneficiario”. Podrá designarse a uno o más Beneficiarios en cada una de tales clasificaciones.

Cuando la Compañía Aseguradora deba hacer algún pago al Beneficiario en conformidad con esta póliza, lo hará sólo al Primer Beneficiario, si viviere alguna persona de las incluidas en esta clasificación; si no, al Segundo Beneficiario, si viviere alguna persona de las incluidas en esta clasificación; y en defecto de Primer y Segundo Beneficiario, al Tercer Beneficiario, si viviere alguna persona de las incluidas en dicha clasificación. En defecto de Beneficiario, el pago se hará a los Herederos Legales del Asegurado, de acuerdo a lo estipulado en la legislación guatemalteca.

Cualquier Asegurado Titular, mientras se halle cubierto bajo esta Póliza, puede cambiar de beneficiario en cualquier momento, sin tener que notificar a dicho beneficiario o beneficiarios ni obtener su consentimiento, excepto en caso de beneficiarios irrevocables, presentando a la Compañía Aseguradora, mediante el Contratante, una notificación escrita con tal fin en un formulario suministrado por la Compañía Aseguradora o en uno satisfactorio a ésta. El reconocimiento de haber efectuado el cambio de que se trata se lo suministrará la Compañía Aseguradora al Asegurado por conducto del Contratante para que sea adjuntado al Certificado de aquel. Dicho cambio surtirá sus efectos a partir de la fecha en que la Compañía Aseguradora registre el cambio de beneficiario, siempre que el Asegurado esté vivo en esa fecha.

Cuando se designare como beneficiario al cónyuge, sin expresión del nombre, se considerará como tal a quien tenga este carácter en el momento en que muera el Asegurado.

Si se designaren como beneficiarios al cónyuge y a los descendientes, sin determinación de partes, se entenderá que la mitad de la cantidad asegurada corresponde al cónyuge y la otra mitad se distribuirá entre los descendientes, conforme al derecho sucesorio.

Si se designaren como beneficiarios a los herederos o causahabientes, el capital asegurado entrará a formar parte de la masa hereditaria; lo mismo se observará cuando no se designe a los beneficiarios por sus nombres, sino que se señalen como tales a los que tengan determinado parentesco con el Asegurado. Se exceptúa el caso de que señalen como beneficiarios a los hijos

que el asegurado tuviere en el futuro con determinada persona, los cuales se considerarán designados por sus nombres.

En caso de ser varios los beneficiarios, si no se ha indicado la porción que a cada uno corresponde, se entenderá que recibirán partes iguales.

Si cualquier beneficiario designado falleciere antes del Asegurado, quedará terminado el derecho de tal beneficiario, y en ese caso, la parte que le correspondía a él será pagada en porciones iguales a aquellos beneficiarios que sobrevivan al Asegurado. De no vivir ningún beneficiario en la fecha de fallecimiento del Asegurado, el Seguro se pagará a los herederos del Asegurado, salvo el caso de beneficiarios irrevocables, cuyo derecho se transmite a sus herederos.

C. REDUCCIÓN DE BENEFICIOS

Cuando el Asegurado alcance las edades indicadas en el Cuadro de Coberturas, la Suma Asegurada se reducirá a la cantidad allí especificada.

SECCIÓN IV. COBERTURA ADICIONAL DE PLAN DENTAL

A. COBERTURA

Sujeto a los términos y condiciones de la póliza, todo Asegurado tendrá derecho al Beneficio de Gastos Dentales que tal como se define más adelante, consistirá en una cantidad para cubrir los cargos por Gastos Dentales incurridos por un individuo Asegurado durante un Año Calendario.

La cantidad total de los Beneficios de Gastos Dentales pagaderos a cualquier Asegurado, por cualquiera de las Fases descritas más adelante, incurridos durante un Año Calendario no excederán el máximo indicado en el Cuadro de Coberturas. Si en el Cuadro de coberturas no aparecen beneficios dentales, estos no estarán cubiertos, por lo tanto ninguna de las estipulaciones referentes al Plan Dental serán aplicables.

Se aplicará sólo un Máximo Dental para cada Asegurado, ya sea que haya existido o no una interrupción en la continuidad del seguro. Se aplicará solo un Máximo Dental si el Asegurado ha estado cubierto bajo la cobertura adicional como asegurado titular y como dependiente durante cualquier Año Calendario.

B. DEFINICIONES

1. “**Año Calendario**” se refiere al período comprendido entre el primero de Enero de cualquier año y el 31 de Diciembre del mismo año, ambos inclusive.
2. “**Asegurado**” se refiere al Asegurado Titular o familiar dependiente asegurado para los Beneficios de Gastos Dentales bajo esta póliza.
3. “**Beneficio de Gastos Dentales**” se refiere a las cantidades pagaderas bajo esta Póliza, de acuerdo a los beneficios estipulados en el Cuadro de Coberturas y Gastos Dentales.
4. “**Deducible**” es la cantidad especificada en el Cuadro de Coberturas, que cada individuo Asegurado debe desembolsar debido a Cargos por Gastos Dentales, Tipos I, II y III, combinados, dentro del Año Calendario, con el propósito de calificar para un Beneficio de

Gastos Dentales, incurrido en el mismo Año Calendario.

5. “**Dentista**” se refiere a la persona legalmente autorizada para practicar dentistería o cualquier otro médico que proporcione servicios dentales para los cuales se encuentre legalmente autorizado. La profilaxis dental practicada por un higienista empleado por y que trabaje bajo la supervisión directa de un dentista será considerada como practicada por un dentista.
6. “**Gastos Dentales**” se refiere a los gastos razonables y acostumbrados por atención dental practicada por un dentista, por servicios prestados o suministros proporcionados a un Individuo Asegurado, y que son necesarios para su cuidado dental y tratamiento. Estos excluirán la porción de cualquier cargo referido en la estipulación de “Inclusiones” de esta Póliza, que exceden el cargo razonable y acostumbrado por el servicio, suministros o tratamientos por los cuales se incurre el cargo. Dicho cargo razonable y acostumbrado será determinado por la Compañía Aseguradora en base a los cargos cobrados en la localidad por servicios, suministros o tratamientos similares. El resultado de dicha determinación por parte de la Compañía Aseguradora constituirá el máximo permitido como “Cargo por Gastos Dentales” elegible.

Para determinar si un cargo es Razonable y Acostumbrado la Compañía Aseguradora considerará la naturaleza y condición de gravedad del individuo asegurado, así como las circunstancias especiales o complicaciones que pudieran requerir tiempo adicional, destreza y experiencia, en relación con un servicio en particular o un procedimiento dental.

Un cargo por Gastos Dentales se considerará incurrido en la fecha en que el procedimiento o servicio es prestado o el suministro proporcionado, excepto que dicho cargo se considere incurrido:

- a) Con respecto a dentaduras permanentes, coronas, incrustaciones o calzas, en la primera fecha de reparación del diente o dientes en cuestión.
 - b) Con respecto a dentaduras removibles parciales o completas, en la fecha en que se hizo el primer molde, o
 - c) Con respecto a endodoncia, en la fecha en que el diente es abierto para terapia de canal.
7. “**Núcleo Familiar Asegurado**” se refiere a cualquier Asegurado Titular y Familiares Dependientes asegurados para los Beneficios de Gastos Dentales bajo esta Póliza.
 8. “**Plan de Tratamiento**” se refiere al informe escrito de un dentista en una forma satisfactoria a la Compañía Aseguradora, en el cual el dentista detalla los resultados del examen del Asegurado, el plan de tratamiento sugerido y el costo aproximado y duración de dicho tratamiento.
 9. “**Reembolso**” se refiere al porcentaje especificado en el Cuadro de Coberturas, que se aplicará a los gastos dentales elegibles de los Tipos I, II, y III, después que el individuo asegurado haya satisfecho el deducible.

C. COBERTURA Y EXCLUSIONES

COBERTURA

A excepción de lo expuesto en la estipulación de Exclusiones de esta Cobertura Adicional, los Gastos Dentales elegibles consistirán en gastos incurridos con respecto al tratamiento dental por cualquiera de los servicios, suministros o tratamientos siguientes:

1. TIPO I TRATAMIENTO PREVENTIVO

- a) Exámenes Orales Rutinarios incluyendo diagnóstico, pero no más de dos (2) exámenes con respecto al mismo individuo Asegurado durante cualquier Año Calendario.
- b) Profilaxis – incluyendo limpieza, raspado de dientes, pulimiento, pero no más de dos veces durante cualquier Año Calendario con respecto al mismo individuo Asegurado.
- c) Aplicaciones de Fluoruro – limitado a niños de catorce (14) años de edad o menores.
- d) Rayos X – incluyendo rayos X de toda la dentadura, pero no más de una serie de rayos X en un período de tres años y rayos X con una placa sostenida paralela a los dientes, pero no más de dos veces por Año Calendario.
- e) Pruebas de laboratorio y otros exámenes para diagnóstico.

2. TIPO II TRATAMIENTO RESTAURATIVO

- a) Sostenedores de espacio.
- b) Tratamiento paliativo de emergencia.
- c) Extracciones simples (rutinarias).
- d) Extracciones quirúrgicas.
- e) Cirugía Oral.
- f) Alveolectomía.
- g) Anestesia.
- h) Inyecciones Terapéuticas.
- i) Restauración – relleno de amalgama o proceso sintético pero excluyendo específicamente lo siguiente:
 - 1. Corona o calza posterior o anterior, y
 - 2. Instalación inicial de dentadura completa o parcial y reposición de dentaduras o unidades de puente fijo.
- j) Endodoncia.

k) Periodontología de acuerdo a las siguientes condiciones:

1. El monto total de beneficios pagaderos durante la vida de cada Individuo Asegurado por cualquier diagnóstico, servicios de cirugía o adicionales relacionados con enfermedad periodontal no excederán en ningún caso el máximo de periodontología indicado en el Cuadro de Beneficios, y
2. El monto total de los beneficios (incluyendo beneficios relacionados con tratamiento de periodontología) pagadero por gastos dentales cubiertos, incurridos durante cualquier Año Calendario no excederán en ningún caso el máximo del Año Calendario indicado en el Cuadro de Beneficios.

3. TIPO III SERVICIOS MAYORES

- a) Incrustaciones.
- b) Calzas.
- c) Coronas.
- d) Reparación de dentadura y puente.
- e) Prótesis – incluyendo puentes y dentaduras.

1. La instalación inicial o adición al trabajo de dentaduras completas o parciales o puente fijo serán elegibles, siempre que:
 - a. dicha instalación o adición sea requerida como resultado de la extracción de uno o más dientes naturales debido a un accidente o enfermedad en o después de la fecha efectiva del seguro del Individuo Asegurado bajo esta Póliza.
 - b. la instalación o adición arriba mencionados incluye la reposición de dicho diente extraído; y
 - c. el trabajo de dicha dentadura o puente sea completado dentro de los doce (12) meses siguientes a la extracción.

El trabajo de dentadura o puente será considerado como instalado inicialmente, si dichas dentaduras o puente no reponen a cualquier dentadura o puente existentes.

2. El reemplazo o alteración de dentaduras completas o parciales o puente fijo se considerarán pagaderos si la reposición o alteración es necesaria, si ocurrió en o después de la fecha efectiva del seguro del individuo Asegurado bajo esta Póliza y si es completado dentro de los doce (12) meses después de:
 - a. una lesión accidental que requiera tratamiento quirúrgico, o
 - b. cirugía oral para aditamentos musculares, o la extracción de tumor, quiste,

elevaciones pequeñas o tejido redundante.

3. El reemplazo de una dentadura completa o parcial cuando el mismo es requerido como resultado de un cambio estructural en la boca, siempre que:
 - a. el reemplazo sea efectuado después de cinco (5) años de la fecha de instalación de la dentadura, y
 - b. cualquier reemplazo no se efectuará en ningún caso si el seguro del individuo Asegurado bajo esta Póliza no ha estado en vigor por lo menos dos (2) años.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL DE PLAN DENTAL

No se pagará ningún beneficio por los siguientes Gastos Dentales:

1. Aquellos servicios otorgados al Asegurado o aquellos gastos por servicios o suministros que hayan sido obtenidos por el Individuo Asegurado, sin costo alguno para él, conforme a las leyes o regulaciones de cualquier gobierno o agencia gubernamental, con excepción de aquellos casos en que se haga un Cargo al Asegurado, por el cual él esté legalmente obligado a pagar. "Gobierno" se refiere a cualquier nación, comunidad estatal, gobierno territorial o provincial, o cualquier subdivisión política.
2. Aquellos cargos por servicios recibidos del departamento dental o médico de cualquier patrono, unión, gremio, sindicato, y asociación para beneficio del empleado, administrador u organización similar, o por servicios de un dentista o clínica contratados para o por cualquier organización de esta índole.
3. Aquellos cargos por servicios dentales con fines cosméticos.
4. Aquellos cargos por reemplazo de dientes extraídos antes de la fecha efectiva de la cobertura del Individuo Asegurado bajo esta Póliza, a menos que el reemplazo reúna una de las condiciones enumeradas bajo la estipulación "Inclusiones" de esta Póliza.
5. Aquellos cargos por dentadura, coronas, incrustaciones, calzas, puentes o instrumentos o servicios para aumentar las dimensiones verticales.
6. Aquellos cargos por ajustes de dentaduras o puentes dentro de seis (6) meses de la instalación de una dentadura o puente.
7. Aquellos cargos por reemplazo de prótesis perdida o robada, o por una prótesis duplicada.
8. Aquellos cargos por programas o instrucciones de higiene oral, dietético o de control de placas.
9. Aquellos cargos por lesión o enfermedad originadas por cualquier empleo o en el curso de éste o por cualquier trabajo con fines de remuneración o ganancia.
10. Aquellos cargos por protectores bucales o atléticos.
11. Aquellos cargos por coronas enchapadas de porcelana o pónica sobre o para reemplazar un

diente o dientes posteriores a la bicúspide segunda, que excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada para coronas enchapadas de acrílico pónicas.

12. Aquellos cargos por dentaduras o puentes temporales que, cuando combinados con el cargo por dentadura o puente permanente, excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada por la dentadura o puente permanente.
13. Aquellos cargos cobrados por el dentista en concepto de visita, a la cual el paciente no acudió.
14. Aquellos cargos por implantología.
15. Aquellos cargos por drogas o medicinas, excepto antibióticos inyectables administrados por un dentista o doctor como resultado de tratamiento dental.
16. Aquellos cargos por procedimientos, servicios o suministros que no llenan los requisitos aceptables establecidos en la práctica dental, incluyendo cargos por procedimientos, servicios o suministros de naturaleza experimental.
17. Aquellos cargos por tratamientos iniciados mientras el Individuo Asegurado no estaba cubierto bajo esta Póliza.
18. Aquellos cargos por tratamientos o procedimientos relacionados con Ortodoncia.

D. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS DE ESTA COBERTURA ADICIONAL

Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el cual cualquier asegurado pueda estar cubierto. Cuando algún asegurado esté cubierto también por otras pólizas que tengan 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. Si únicamente esta póliza estipula la coordinación de beneficios, los beneficios serán pagaderos primeramente por todos los demás planes concurrentes. Si el asegurado goza de beneficios similares a los aquí descritos e incurre en gastos médicos, la forma de pago será como sigue:

- a) El plan que cubra al asegurado como titular determinará sus beneficios, con prioridad a cualquier plan que cubra a dicha persona como dependiente.
- b) El plan que cubra al asegurado como dependiente de un titular hombre, determinará sus beneficios antes que un plan que lo cubra como dependiente de un titular mujer y en cualquier caso el que posea beneficios.
- c) Si de los dos anteriores incisos no se pudiere establecer un orden de prioridad, el plan que haya cubierto al asegurado por más tiempo determinará los beneficios.

La Compañía Aseguradora procederá a realizar una coordinación de beneficios donde los montos pagaderos son aquellos que quedaron bajo responsabilidad del Asegurado, exceptuando excesos de lo usual, razonable y acostumbrado, y gastos no cubiertos. El monto máximo a cubrir no excederá el 100% del límite de beneficios contratados bajo esta Póliza.

En adición a lo indicado anteriormente, una coordinación de beneficios entre los planes Médico y Dental será aplicada a todos los Asegurados.

E. CONTRATACIÓN DEL PLAN DENTAL

El Plan Dental podrá ser contratado para el Asegurado Titular y sus Dependientes en cualquier momento desde el inicio de la vigencia de póliza en adelante, por medio de una solicitud escrita enviada a la Compañía Aseguradora. El Plan Dental será aplicable para todo el núcleo familiar asegurado bajo la misma Póliza.

Una vez contratado el Plan Dental, no es posible su Cancelación, excepto que sea cancelado como parte de la Póliza completa bajo cualquiera de las circunstancias mencionadas en la Sección I Condiciones Generales, Literal P. Terminación del Seguro Individual.

F. PERÍODO DE ESPERA PARA RECLAMACIONES

De acuerdo a los términos de esta póliza, podrán presentarse reclamaciones bajo los Tipos I y II del Plan Dental por gastos incurridos a partir de la fecha de vigencia del beneficio. No obstante, no serán elegibles para reembolso los gastos que sean incurridos bajo el Tipo III dentro de los primeros seis (6) meses de la vigencia del beneficio. Estos gastos sí serán elegibles para reembolso de acuerdo a los términos de esta póliza, si son incurridos después de transcurrido este período.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1999-2020 de diciembre 2020, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

ANEXO

CONDICIONES GENERALES ASISTENCIA DE VIAJE

CLÁUSULA PRIMERA – DEFINICIONES

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

Accidente: Todo suceso súbito e imprevisto que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que ponga en peligro la integridad y salud del mismo, que ocurra dentro del transcurso del viaje y que ocasione en el asegurado una lesión corporal.

También se consideran como accidentes la asfixia por ingestión de materias líquidas o sólidas no alimenticias y las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos causados por un accidente cubierto por la póliza.

Actividad criminal: Cualquier acto o hecho que realice, participe o coparticipe el afiliado y que esté fuera de la ley de acuerdo al país en el que se encuentre el asegurado.

Asegurado: Es aquella persona que obtiene el beneficio de la cobertura del plan contratado.

Central de Asistencia: Centro de atención al asegurado por medio del cual se coordinan todas las utilidades de los beneficios establecidos en el presente condicionado.

Duración de Viaje: Se entiende como duración de viaje desde el momento en que el asegurado sale de su lugar de residencia habitual, los días consecutivos que permanece en el viaje y hasta el momento en que regresa de su viaje al lugar de residencia habitual, siempre y cuando no haya desviaciones ni demoras o se rompa el nexo por algún acto personal. Para establecer el período de días consecutivos por cada viaje, se tomarán como base las fechas de salida y de regreso al lugar de residencia habitual del asegurado. En todos los casos el asegurado deberá acreditar fehacientemente la fecha de salida y la duración del viaje, pudiendo Quetzal Asistencia, S.A. requerir la presentación de toda la documentación que le sea necesaria para efectuar dicha acreditación. La negativa por parte del asegurado a presentar dicha documentación, libera a la Quetzal Asistencia, S.A. de prestar servicio alguno.

Emergencia médica: Condición patológica de carácter súbito y repentino que requiere de una atención inmediata.

Enfermedad: Toda alteración de la salud (dolencia, padecimiento o patología) sufrida de forma súbita, que se manifiesten después del inicio del viaje.

Enfermedad congénita: es aquella que existe en el momento del nacimiento como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación.

Enfermedad preexistente: es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación de la póliza, conocida o no por el Asegurado.

Enfermedad Aguda: Proceso corto y relativamente severo de alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del

mismo.

Enfermedad grave: es una alteración de la salud que implique hospitalización y que, a juicio del equipo médico de Quetzal Asistencia, S.A. imposibilite la iniciación del viaje del asegurado o su continuación en la fecha prevista o conlleve riesgo de muerte.

Fortuito: Suceso por lo común dañoso, que acontece por azar, sin poder imputar a nadie su origen.

Fuerza Mayor: hecho que impide que la voluntad de dos partes sea llevada a cabo, este siempre debe ser de carácter imprevisible y ocurrir de manera excepcional. Además, debe ser ajeno a cualquiera de las dos partes que pretendan realizar un acto, se considera que se trata de fuerza mayor cuando no se puede impedir.

Grupo Familiar: Se refiere al Asegurado Principal en conjunto con sus dependientes asegurados.

Lugar de residencia habitual: localidad en la que el Asegurado reside habitualmente, que salvo indicación expresa en las condiciones particulares o especiales, deberá estar necesariamente en Guatemala, El Salvador, Honduras o Costa Rica y a la que se realizarán las repatriaciones y retornos urgentes previstos en esta póliza.

Medicamentos ambulatorios: Todos los medicamentos recetados o suministrados al paciente sin hospitalización. Se requiere receta médica.

Material ortopédico: piezas anatómicas o elementos de cualquier naturaleza utilizados para prevenir o corregir las deformaciones temporales o permanentes del cuerpo (bastones, collarín cervical, silla de ruedas, tobilleras, cabestrillos, muletas, plantillas, muñequeras).

Material de osteosíntesis: piezas o elementos metálicos o de cualquier otra naturaleza empleados para la unión de los extremos de un hueso fracturado, o para soldar extremos articulares, mediante intervención quirúrgica y que sea reutilizable.

Muerte Accidental: Fallecimiento del asegurado que se produce a consecuencia directa de un accidente.

Plan Contratado: Se refiere al conjunto de límites y servicios que el Asegurado tiene derecho.

Prótesis: todo elemento de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos. A título de ejemplo, tienen esa consideración los elementos mecánicos o biológicos tales como recambios valvulares cardíacos, sustituciones articulares, piel sintética, lentes intraoculares, los materiales biológicos (córnea), los fluidos, geles y líquidos sintéticos o semi sintéticos sustitutivos de humores o líquidos orgánicos, reservorios de medicamentos, sistema de oxigenoterapia ambulantes, etc.

Viaje: Se define como tal, el trayecto que comprende entre la salida del Asegurado de su país de residencia habitual, de manera temporal por motivo de placer, de negocios o de estudios hasta su regreso nuevamente a su país de residencia habitual.

CLÁUSULA SEGUNDA – COBERTURAS

Los derechos otorgados por el presente contrato podrán utilizarse las durante las 24 horas del día siempre y cuando la ocurrencia del evento objeto de cobertura se encuentre dentro del período vigencia de la póliza y el asegurado se encuentre o se haya encontrado de viaje.

COBERTURA DE VIAJE: Bajo la cobertura de Viaje se cubrirán los siguientes Beneficios:

BENEFICIO DE ASISTENCIA MÉDICA Y HOSPITALARIA: Quetzal Asistencia, S.A. prestará asistencia médica al asegurado durante el viaje, por accidente o enfermedad sobrevenida durante la vigencia del Plan contratado, encargándose de organizar y asumir los gastos que se generen de dicha asistencia de acuerdo con dicho plan.

El asegurado tendrá derecho a lo siguiente:

1. Atención en consultorio o en domicilio temporal para atender situaciones de urgencias en caso de enfermedad aguda o en caso de accidente Quetzal Asistencia, S.A. asumirá los costos de honorarios médicos y medicamentos derivados de la asistencia que se origine. Queda a criterio del médico evaluador remitir al paciente al centro de atención de urgencia más cercano.

2. Atención por especialistas Quetzal Asistencia, S.A. asumiera los costos de la atención de acuerdo a la cobertura del plan contratado y coordinara a través de su central de asistencia la atención con médico especialista acorde al padecimiento reportado.

Coordinará a través de la Central de Asistencia y su equipo médico, la atención con los especialistas cuando sea indicada por los médicos de urgencia y asumirá los costos de la atención de acuerdo con las coberturas del Plan contratado.

3. Gastos por hospitalización y honorarios médicos: Quetzal Asistencia, S.A. asumirá los gastos de hospitalización y honorarios médicos en que incurra el asegurado, por causa de enfermedad o accidente súbito e imprevisto ocurrido durante el transcurso del viaje y mientras esté vigente el Plan contratado.

El monto máximo de gastos médicos por todos los servicios detallados en el presente punto tiene un límite máximo establecido según el Plan contratado y descrito en el cuadro de límites y servicios.

BENEFICIO DE GASTOS DE MEDICAMENTOS: En caso de enfermedad o accidente del Asegurado, Quetzal Asistencia, S.A. se hará cargo del importe de los productos farmacéuticos prescritos por el facultativo que le asiste mientras se encuentre desplazado y que están directamente relacionados con la patología objeto de la asistencia, este beneficio aplica para gastos ambulatorios. El monto de esta cobertura tiene un límite máximo establecido según la cobertura del Plan contratado.

BENEFICIO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS: Quetzal Asistencia, S.A. se hará cargo de los gastos de la atención odontológica de urgencia como consecuencia de un accidente o de problemas odontológicos críticos que requiera una atención de urgencia, mientras el asegurado se encuentre de viaje. El monto de este beneficio tiene un tope máximo establecido según el Plan contratado. Este beneficio se limita sólo al tratamiento del dolor, infección y extracción de la pieza dentaria que requiera tratamiento de urgencia.

BENEFICIO DE GASTOS DE TERAPIA DE RECUPERACIÓN FÍSICA: En caso de accidente del Asegurado mientras se encuentre de viaje, Quetzal Asistencia, S.A. se hará cargo de las terapias para la recuperación física del Asegurado indicada por el médico traumatólogo que le haya asistido en el evento clínico que le dio origen a la lesión física. El número y valor de cada una de las sesiones deberán ser aprobadas por Quetzal Asistencia, S.A. El monto máximo de esta cobertura tiene un tope máximo establecido según el Plan contratado.

BENEFICIO DE TRASLADO MÉDICO DE EMERGENCIA: Si durante el transcurso del viaje el Asegurado sufre un accidente o enfermedad súbita e imprevista que le ocasione una condición médica crítica y el tratamiento prestado en el lugar de hospitalización no fuere el más adecuado, según el criterio del médico tratante, Quetzal Asistencia, S.A. coordinará y pagará los gastos de transporte médico del Asegurado hasta el centro hospitalario más cercano y apropiado según la naturaleza de las heridas o de la enfermedad. Quetzal Asistencia, S.A., a través de su equipo médico, será la que decida a qué centro sanitario se traslada al Asegurado en función de la situación o gravedad en la que éste se encuentre y cuál es el medio de transporte más idóneo. Este beneficio tendrá un límite máximo por todos los conceptos de acuerdo con el Plan contratado.

BENEFICIO DE EVACUACIÓN SANITARIA: Si durante el transcurso del viaje el Asegurado sufre un accidente o enfermedad súbita e imprevista que le ocasione una condición médica crítica y el tratamiento prestado en el lugar de hospitalización no fuere el más adecuado, incluye el traslado del Beneficiario en avión de línea aérea regular o avión sanitario, si fuera necesario por razones de índole médica evaluadas a criterio del médico tratante dentro del límite máximo del plan contratado, con acompañamiento médico o de enfermero en caso de resultar necesario y sujeto a la disponibilidad. Si el Titular o sus familiares o acompañantes desean realizar un traslado en contra de las indicaciones de Quetzal Asistencia, S.A. o sin su previa autorización, dicho traslado y su costo estará excluido de este Servicio.

BENEFICIO DE REPATRIACIÓN DE HERIDOS O ENFERMOS: Si durante el viaje, el Asegurado sufre un accidente o una enfermedad súbita e imprevista, y una vez atendido y tratado médicamente por los profesionales de la entidad sanitaria respectiva, éstos determinan que es conveniente suspender el viaje regular y realizar una repatriación médica, Quetzal Asistencia, S.A. se encargará de organizar en coordinación con su equipo médico el traslado del Asegurado hasta la ciudad de domicilio en su país de residencia habitual al momento que adquirió la póliza. El equipo médico de Quetzal Asistencia, S.A. mantendrá los contactos telefónicos necesarios con el centro médico y con los facultativos que atienden al Asegurado, y decidirá de acuerdo con éstos, los medios de transporte más idóneos sujeto a las condiciones de tiempo, lugar y estado clínico del Asegurado. Esta prestación tendrá un límite máximo por todos los conceptos de acuerdo con el Plan contratado.

BENEFICIO DE GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA: Quetzal Asistencia, S.A. tomará a su cargo únicamente los gastos de alojamiento y alimentación en un hotel del Asegurado convaleciente cuando por enfermedad o accidente haya permanecido internado en un hospital y precise prolongar la estadía por prescripción del médico tratante y la misma haya sido aceptada y autorizada por el equipo médico de Quetzal Asistencia, S.A. El monto máximo de esta cobertura y su limitación por día será determinado por el Plan contratado. Quedan excluidos de esta cobertura cualquier tipo de gastos adicionales al alojamiento tales como: Bebidas alcohólicas, servicio de lavandería, artículos de cuidado personal y entretenimiento.

BENEFICIO DE GASTOS DE DESPLAZAMIENTO DE ACOMPAÑANTE (IDA Y REGRESO): En caso de que la hospitalización del Asegurado, motivada por un accidente o enfermedad, sea

superior a cinco días, Quetzal Asistencia, S.A. se hará cargo del traslado de una persona desde el lugar de residencia habitual al momento de adquirir la póliza, incluyendo el importe del viaje de ida y vuelta (clase económica) al lugar de hospitalización. El límite máximo de este beneficio estará determinado por el Plan contratado.

BENEFICIO DE GASTOS DE ESTANCIA DE ACOMPAÑANTE: En caso de que la hospitalización del Asegurado, motivada por un accidente o enfermedad, sea superior a cinco días, Quetzal Asistencia, S.A. se hará cargo de los gastos de hotel del acompañante desplazado y a quien se haya facilitado el transporte indicado anteriormente. El monto máximo de este beneficio será el indicado en el Plan contratado. Están excluidos de este beneficio cualquier tipo de gastos adicionales al alojamiento tales como: Alimentación, bebidas alcohólicas, servicio de lavandería y otros servicios adicionales.

BENEFICIO DE REGRESO EN FECHA DIFERENTE: Cuando por la ocurrencia de un accidente o de enfermedad del Asegurado calificada por el médico tratante como grave y confirmada por los médicos de Quetzal Asistencia, S.A., o por muerte del cónyuge, padre, madre o hijos, en el país de residencia, este deba adelantar o postergar su viaje, Quetzal Asistencia, S.A. se hará cargo del costo del ticket de regreso, hasta la ciudad de residencia, siempre y cuando el Asegurado no pueda efectuar tal regreso con el boleto aéreo original, o de la diferencia de tarifa que deba pagar por cambio de fecha. Es imprescindible que el boleto original sea de ida y regreso, de tarifa reducida por fecha fija o limitada para regreso, y que no sea posible respetar esta fecha. El Asegurado deberá aportar los justificantes o certificados del hecho que hubiera producido la interrupción del viaje: certificado de defunción cuando la causa es la muerte de un familiar, devolución del ticket o el comprobante certificado del diferencial pagado a la línea aérea. El límite máximo de esta cobertura estará determinado por el Plan contratado.

BENEFICIO DE RETORNO DE MENORES: Si los menores de dieciséis (16) años que viajan con el Asegurado y por causa de un accidente o enfermedad o traslado de éste, quedan desatendidos y no pudieran continuar el viaje, Quetzal Asistencia, S.A. organizará su regreso y pagará la tarifa aérea en clase económica para su retorno al país de residencia, proporcionando una persona que los acompañe, siempre y cuando los menores no puedan efectuar tal regreso con el boleto aéreo original. Si fuese necesario continuar el viaje Quetzal Asistencia, S.A. pagará un pasaje en clase económica, más los gastos que genere dicho regreso, para que un familiar se haga cargo del menor y lo regrese al país de residencia.

BENEFICIO DE TRASLADO/REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES: Quetzal Asistencia, S.A. se hará cargo de todas las tramitaciones y gastos de transporte que demande la repatriación de restos por fallecimiento del asegurado durante la vigencia de su cobertura, de los gastos de ataúd provisorio, y gastos de funeraria necesarios para la repatriación de los restos hasta el lugar de inhumación, en el país de origen, o si fuera necesario de la cremación en el lugar del fallecimiento. Queda a exclusivo criterio de Quetzal Asistencia, S.A. la elección de los prestadores de los servicios a utilizar para el traslado de restos. Se excluye de este beneficio el pago de los gastos de inhumación, o ceremonia funeraria.

BENEFICIO DE REEMBOLSO POR VUELO DEMORADO O CANCELADO: Quetzal Asistencia, S.A. reembolsará al Asegurado, hasta los montos establecidos en el Plan contratado o su equivalente en moneda local contra presentación de comprobantes fehacientes de: gastos de comidas, refrigerios, hotelería, comunicaciones realizadas en el lapso de la demora si su vuelo de línea aérea regular es demorado por más de seis (6) horas y siempre y cuando no tenga otra alternativa de transporte dentro de las 6 horas desde la hora de partida programada por su vuelo original. Para acceder a este beneficio, se deberá comunicar desde el aeropuerto donde se

encuentre con la Central de Asistencia inmediatamente después de confirmarse la demora o cancelación de su vuelo original y deberá posteriormente presentar una constancia escrita de la línea aérea de la demora o cancelación sufrida. Este beneficio queda excluido por las siguientes causas: si el Asegurado viaja con pasaje aéreo sujeto a disponibilidad de espacio o si la demora, por huelga convocada por empleados propios o de empresas subcontratadas por la compañía aérea y/o de los aeropuertos, la cancelación o negación de embarque que se produce por caso fortuito o de fuerza mayor que impida a la aerolínea cumplir su itinerario normal.

BENEFICIO DE LOCALIZACIÓN Y ENVÍO DE EQUIPAJES Y EFECTOS PERSONALES:

Quetzal Asistencia, S.A. asesorará al Asegurado para la denuncia del robo o extravío de su equipaje y efectos personales, colaborando en la gestión para su localización. En caso de recuperación de dichos bienes, Quetzal Asistencia, S.A. se encargará de su envío hasta el lugar del viaje previsto por el Asegurado o hasta su lugar de residencia habitual.

BENEFICIO DE ASISTENCIA LEGAL: Quetzal Asistencia, S.A. proporcionará el contacto de asistencia legal al Asegurado en aquellos eventos derivados de un accidente de tránsito. En todos los casos la relación contractual quedará exclusivamente establecida entre el Asegurado y el profesional designado. Quetzal Asistencia, S.A. es ajena a esta relación, no asumirá responsabilidad alguna con motivo de la designación, ya se origine en el desempeño de la labor del abogado, o en cualquier otra circunstancia. Los casos la relación contractual quedará exclusivamente establecida entre el Asegurado y el profesional designado. Quetzal Asistencia, S.A. es ajena a esta relación, no asumirá responsabilidad alguna con motivo de la designación, ya se origine en el desempeño de la labor del abogado, o en cualquier otra circunstancia.

En caso de que durante el viaje el Asegurado tenga un problema de tipo legal con motivo de imputársele responsabilidad por un accidente de automóvil que no tenga relación con actividades comerciales, ni esté relacionado con cargos de tráfico y/o posesión de drogas, armas, estupefacientes, enervantes o cualquier otra acción criminal, Quetzal Asistencia, S.A. pagará los honorarios de abogados que le asesoraran en los trámites iniciales de defensa. Este beneficio ampara tales honorarios hasta el valor indicado en el Plan elegido. De igual manera si el Asegurado requiriese asistencia legal para realizar reclamos o hacer demandas a terceros por daños u otra compensación a raíz del Accidente, Quetzal Asistencia, S.A. pondrá a su disposición un abogado que lo asesorará en la emergencia planteada. Queda establecido que corre por cuenta exclusiva del Asegurado la contratación de sus servicios profesionales, así como el pago de todos los honorarios y gastos que el caso genere.

BENEFICIO DE ANTICIPO DE FIANZAS: Quetzal Asistencia, S.A. garantizará en calidad de préstamo al Asegurado, hasta la suma global contratada de acuerdo al Plan elegido, el pago de una fianza legal exigida por las autoridades para su libertad condicional, cuando el Asegurado fuera detenido imputándosele una responsabilidad en un accidente de tránsito, siempre que el mismo no se trate de cargos por tráfico y/o posesión de drogas, armas, estupefacientes, enervantes o cualquier otra acción criminal. Esta cobertura está sujeta a la verificación de dichos cargos tanto nacional como internacionalmente. Si durante el proceso el Asegurado no asiste a cualquier citación del tribunal o entidad judicial respectiva, Quetzal Asistencia, S.A. podrá exigir el reintegro inmediato del préstamo. En cualquier circunstancia, el Asegurado deberá reintegrar a Quetzal Asistencia, S.A. o a la persona natural o jurídica que este le indique, el préstamo otorgado perentoriamente dentro de los noventa (90) días calendario siguiente al desembolso realizado.

BENEFICIO DE COMPENSACIÓN DE GASTOS POR CANCELACIÓN DE VIAJE: Sí antes de iniciar el viaje, y a causa del fallecimiento u hospitalización no menor de 72 horas del Asegurado

o de un familiar en primer grado de consanguinidad (padre, madre, hijos) o cónyuge viajando o no con el Asegurado, Quetzal Asistencia, S.A. reembolsará al Asegurado o a sus herederos legales hasta un 100% de los pagos realizados por motivo de viaje y que no sean sujetos a reintegro por el proveedor de acuerdo al valor establecido en el Plan contratado. Siempre y cuando los costos de transporte y/o alojamiento hayan sido pagados con anticipación, que el Plan haya sido adquirido simultáneamente con estos y que la cancelación del viaje sea notificada antes de las 48 horas posteriores a la ocurrencia del hecho. Se hace constar expresamente que Quetzal Asistencia, S.A. No se responsabiliza de los gastos de cancelación, cuando se produzca como consecuencia de una condición médica preexistente y/o congénita conocida o no por el causante de la cancelación. Quetzal Asistencia, S.A. Se reserva el derecho de usar su propio equipo médico para la verificación de cualquier enfermedad o accidente que dé lugar a esta prestación para la calificación de su gravedad y su relación con la cancelación del viaje, así como a solicitar los documentos de soporte necesarios. Este beneficio inicia en el momento que el Asegurado haya pagado el viaje y finaliza en el momento del inicio del mismo. Quetzal Asistencia, S.A. Indemnizará al Asegurado hasta por la suma establecida en la tabla de coberturas y beneficios, en boletos aéreos y en porción terrestre en los términos usualmente empleados en el mercado turístico, cuando el valor de los mismos no sean reembolsables por parte de la agencia de viajes u operador turístico, el valor de los mismos no sean reembolsables por parte de la agencia de viajes u operador turístico.

BENEFICIO DE COMPENSACIÓN POR DEMORA O EXTRAVÍO DE EQUIPAJE SUPERIOR A 36 HORAS: Si el Asegurado sufriera el extravío de su equipaje facturado durante su transporte en aerolínea comercial de un vuelo Internacional a un destino distinto al de residencia habitual, donde adquirió su póliza, este debe ser notificado inmediatamente antes de salir del lugar de retiro de equipajes del aeropuerto y solicitar un comprobante de notificación de pérdida del transportista (Property Irregularity Report "PIR"). Al mismo tiempo debe notificar a Quetzal Asistencia, S.A. Si su equipaje no fuera recuperado dentro de las 36 horas siguientes a la notificación, Quetzal Asistencia, S.A. le reconocerá los gastos incurridos en la compra de artículos necesarios hasta el valor indicado en el Plan contratado, sujeto a la presentación de los comprobantes justificativos y el documento de reporte del transportista (PIR).

BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN COMPLEMENTARIA POR PÉRDIDA DE EQUIPAJE FACTURADO: Si el Asegurado sufriera la pérdida definitiva de su equipaje facturado durante su transporte en aerolínea comercial de un vuelo Internacional, Quetzal Asistencia, S.A. le reconocerá al Asegurado un complemento sobre la indemnización que corresponda pagar a la línea aérea, según el peso del equipaje extraviado hasta la suma que se indica en el Plan contratado. Quetzal Asistencia, S.A. efectuará la indemnización al Asegurado sólo cuando el transportista haya reconocido la pérdida y abonado la indemnización que determine. Para proceder a realizar al pago, es necesario que el Asegurado suministre el documento justificativo de la pérdida (PIR Property Irregularity Report), el comprobante de liquidación de pago por parte de la línea aérea y Fotocopia del boleto aéreo.

Para el cumplimiento de este beneficio es indispensable que se cumplan los siguientes requisitos:

- a. Que el equipaje se haya perdido en el trayecto y durante un vuelo Internacional de una aerolínea comercial.
- b. Que el equipaje haya sido facturado, registrado y despachado por la línea aérea.
- c. Que la línea aérea haya indemnizado al Asegurado.

BENEFICIO DE ATENCIÓN MÉDICA COVID19: Se brindará atención a los asegurados que presenten los síntomas derivados y producidos por el Virus SARSCOV2, según el plan

contratado.

Para el caso de la enfermedad conocida como COVID-19 producida por el Virus SARSCOV2, será cubierta y quedará exceptuada de la exclusión general cuando:

a) El titular comunique al Quetzal Asistencia dentro de las 24 horas, el diagnóstico positivo de COVID-19 recibido, el cual podrá ser confirmado de ser necesario por el equipo médico de Quetzal Asistencia.”

CLÁUSULA TERCERA – BENEFICIOS ADICIONALES

A solicitud del asegurado se podrán prestar los siguientes beneficios sin costo:

INFORMES DE TRÁMITES DE VISADO, ESTADO DE TIEMPO Y VACUNAS: El asegurado podrá solicitar información acerca de los trámites de visa para cada país, estado de tiempo, información acerca de las vacunas que acostumbran a pedir como requisito para el turismo en ciertos países.

INFORMES DE TRÁMITES DE DOCUMENTOS EXTRAVIADOS EN EL EXTERIOR: Si el Asegurado sufriera la pérdida de los documentos en el exterior, Quetzal Asistencia, S.A. lo asesorará sobre los requerimientos y procedimientos necesarios para la sustitución o reposición de tales documentos.

TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES: Quetzal Asistencia, S.A. se encargará de transmitir los mensajes, urgentes o justificados del asegurado, relativos a cualquiera de los eventos cubiertos.

CONTACTO CON SU MÉDICO DE CABECERA: Si por solicitud del asegurado que habiendo sufrido un accidente o una enfermedad originada o no por una preexistencia, requiere un contacto con su médico de cabecera, Quetzal Asistencia, S.A. pondrá a su disposición el Servicio de Atención al Cliente para localizarlo y cubrirá los gastos originados para efectuar el contacto telefónico. Servicio de Atención al Cliente para localizarlo y cubrirá los gastos originados para efectuar el contacto telefónico.

CLÁUSULA CUARTA – EXCLUSIONES GENERALES

Exclusiones para la cobertura de Viaje:

Con carácter general a todas las coberturas y beneficios, quedan excluidas del presente contrato las consecuencias que tuviera el asegurado por su participación directa de los hechos siguientes:

- a) Aquellos en los cuales se compruebe la existencia de actos delictivos, dolo, negligencia grave o imprudencia temeraria.
- b) Las consecuencias de las acciones del Asegurado en estado de enajenación mental o bajo tratamiento psiquiátrico.
- c) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como: inundaciones, terremotos, desprendimientos, corrimientos de tierra, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas atípicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, y en general cualquier fenómeno atmosférico, meteorológico, sísmico o geológico de carácter extraordinario.
- d) Hechos derivados de terrorismo motín o tumulto popular.
- e) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas del Orden Público o Cuerpos de Seguridad.

- f) Las guerras, con o sin declaración previa, y cualesquiera conflictos o intervenciones internacionales con uso de la fuerza o coacción.
- g) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- h) Los que se produzcan con ocasión de la participación en apuestas, desafíos o riñas.
- i) Los que se produzcan con ocasión de la participación en competiciones, prácticas deportivas, y pruebas preparatorias o entrenamientos.
- j) La práctica de los siguientes deportes: automovilismo y motociclismo en cualquiera de sus modalidades, caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, buceo, navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, hípica, escalada, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, paracaidismo, aerostación, vuelo libre, vuelo sin motor y, en general, cualquier deporte o actividad recreativa de carácter notoriamente peligroso.
- k) La participación en competiciones o torneos organizados por federaciones deportivas u organismos similares.
- l) La práctica del esquí y/o deportes afines, salvo que se haya pactado expresamente su cobertura.
- m) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros, así como de helicópteros.
- n) Además de las anteriores exclusiones, no son objeto de la cobertura de Viaje de este seguro las prestaciones siguientes:
 - o) Los Servicios que el Asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de Quetzal Asistencia, S.A. salvo caso de fuerza mayor o urgente necesidad siempre que lo reporte a la Central de Asistencia dentro de las 24 horas de ocurrido el siniestro.
 - p) Los Servicios que el Asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de Quetzal Asistencia, S.A. salvo caso de fuerza mayor o urgente necesidad siempre que lo reporte a la Central de Asistencia dentro de las 24 horas de ocurrido el siniestro.
 - q) Los Gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio del país de residencia del asegurado, aun cuando la asistencia se haya originado en el extranjero durante la vigencia del Plan contratado.
 - r) La Muerte producida por suicidio, lesiones y secuelas que se ocasionen en su tentativa.
 - s) La Muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del Asegurado.
 - t) Los gastos, que no sean a consecuencia de un accidente, ocurridos durante un viaje iniciado dándose cualquiera de las siguientes circunstancias:
 - 1. Antes de la entrada en vigor de este seguro.
 - 2. Con la intención de recibir tratamiento médico por enfermedad preexistente.
 - 3. Con posterioridad al diagnóstico de una enfermedad terminal.
 - 4. Sin autorización médica previa, habiendo estado el Asegurado bajo tratamiento o control médico dentro de los doce meses previos al inicio del viaje.
 - u) Las derivadas de la renuncia o retraso, por parte del Asegurado o personas responsables por él, del traslado propuesto por Quetzal Asistencia, S.A. y acordado por su servicio médico.
 - v) Las relativas a equipajes que no vayan suficientemente embalados o identificados, así como equipajes frágiles o productos perecederos.
 - w) Los gastos producidos una vez que el Asegurado se encuentre en su lugar de residencia habitual.

Exclusiones médicas y hospitalarias:

Quedan expresamente excluidos del Beneficio de gastos médicos y gastos por accidentes, los siguientes eventos:

1. La asistencia por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria del alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
2. Afecciones, lesiones y sus consecuencias o complicaciones producto de tratamientos y atenciones no brindadas por profesionales no pertenecientes al equipo médico de Quetzal Asistencia, S.A.
3. Los estados de embarazo, parto, complicación de este o interrupción voluntaria del embarazo, tanto si el embarazo ha tenido lugar durante el viaje como si era anterior al inicio de este.
4. Toda implantación, reposición y/o reparación de prótesis de cualquier tipo, artículos de ortopedia, audífonos, gafas, lentes de contactos.
5. Los trasplantes de cualquier tipo de órganos o tejidos.
6. Las enfermedades mentales, trastornos psiquiátricos, depresiones o por cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
7. Asistencia médica –hospitalaria si el gasto médico se lleva a cabo en contra de la opinión de un médico.
8. Los chequeos o exámenes médicos de rutina.
9. Tratamientos cosméticos y medicamentos cosméticos, cirugía estética o reconstructiva o tratamientos de disminución de peso.
10. Tratamientos de rehabilitación o terapia de recuperación física que no sea causado por un accidente durante el viaje, y que no sea lo establecido en la cobertura del Plan contratado.
11. Lesiones derivadas de acciones intencionales, tanto en agresiones como contra sí mismo, así como incitación a terceros a cometerlas en perjuicio del Asegurado.
12. Las lesiones derivadas de la práctica de deportes de alto riesgo.
13. Las lesiones producidas por la participación directa o indirecta en manifestaciones y/o protestas.
14. Lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos ocasionados por un accidente no cubierto por la póliza.
15. Enfermedades de transmisión sexual, conocidas o no por el Asegurado al inicio de la póliza, así como también sus consecuencias y agudizaciones.
16. Los derivados de una enfermedad endémica, de epidemias, pandemias o enfermedades infecciosas de aparición repentina y propagación rápida que hayan sido declaradas por parte de las autoridades u organismos locales, nacionales o internacionales competentes o

los acaecidos en cualquier lugar que figure como no recomendado para viajar por dichas autoridades. Quedan, igualmente, excluidos los siniestros producidos como consecuencia del temor o amenaza de estas enfermedades, así como las cuarentenas derivadas de cualquiera de las causas descritas.”. Esta exclusión no aplica para los casos COVID-19.

CLÁUSULA QUINTA – VIGENCIA DE LA PÓLIZA

El presente contrato tiene vigencia a partir del momento en que el asegurado sale de su país de residencia habitual del día de inicio de vigencia indicado y hasta el momento en que el asegurado regrese a su país de residencia habitual del día de fin de vigencia indicado, dicha vigencia corresponderá a las fechas que se indiquen en el plan contratado.

CLÁUSULA SEXTA – OBLIGACIONES DEL ASEGURADO AL MOMENTO DE UN SINIESTRO

En caso de surgir un evento cubierto por el presente contrato, el Asegurado deberá solicitar siempre la Asistencia vía telefónica a cualquiera de los números indicados en los documentos entregados, sea la póliza, guías de usuario o constancias de seguro, debiendo indicar el nombre del Asegurado, lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa. Las llamadas telefónicas podrán ser de cobro revertido, y en los lugares en que no fuere posible hacerlo así, el Asegurado podrá recuperar a su regreso el importe de las llamadas realizadas para este fin, contra la presentación de los recibos correspondientes.

En cualquier caso, no podrán ser atendidos los reembolsos de asistencias prestadas por servicios ajenos a Quetzal Asistencia, S.A.

CLÁUSULA SÉPTIMA – PAGO DE RECLAMO

El Asegurado deberá tener en cuenta las siguientes circunstancias al hacer uso de su derecho de indemnización:

1. Las indemnizaciones fijadas en las coberturas serán en todo caso complementarias a los contratos o pólizas que pudiese tener el asegurado cubriendo el mismo riesgo.
2. Los reembolsos por parte de la empresa transportadora comercial correspondientes a pasaje no consumido, pero reconocido por Quetzal Asistencia, S.A. bajo el beneficio de transporte o repatriación, deberá reintegrarse a Quetzal Asistencia, S.A.
3. Así mismo respecto a los gastos de desplazamiento de las personas aseguradas, Quetzal Asistencia, S.A. solo se hará cargo de los gastos adicionales que exija el evento, en los que excedan los previstos inicialmente por los Asegurados.
4. Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico que atiende al Asegurado con el equipo médico de Quetzal Asistencia, S.A.
5. El Asegurado se guardará el deber de reclamar aquellas prestaciones a las que tenga derecho, de acuerdo con el Régimen General de la Seguridad Social o en su caso de cualquier régimen especial de esta u organismos o regímenes sustitutivos, quedando obligado a reintegrar a Quetzal Asistencia, S.A. aquellos importes a los que haya tenido derecho bajo esta cobertura.
6. Los beneficios de Gastos de hotel por convalecencia, gastos de estancia de acompañante, regreso en fecha diferente, reembolso por vuelo demorado o cancelado, compensación de gastos por cancelación de viaje, compensación por demora o extravío de equipaje y el de indemnización complementaria por pérdida de equipaje facturado, se pagarán por medio de reembolso en las oficinas de Quetzal Asistencia, S.A. o en las oficinas de la Cía. De Seguros previo autorización de Quetzal Asistencia, S.A., todos los demás beneficios se pagarán por pago directo por medio de Quetzal Asistencia, S.A. donde el Asegurado no tendrá que realizar ningún pago adicional.

7. Todo reclamo deberá ser coordinado a través de la Central de Asistencia, la cual dará las indicaciones y coordinará lo necesario para la atención del asegurado.
8. No habrá reembolso de gastos realizados con proveedores fuera de la red de atención que se coordine por medio de la central de asistencia.

CLÁUSULA OCTAVA - LUGAR Y PAGO DE INDEMNIZACIÓN

Para los casos de reembolso, Quetzal Asistencia, S.A. hará el pago de la indemnización en sus oficinas o a través de la Cía. De Seguros en el curso de los veinte (20) días hábiles siguiente a la fecha en que haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. El desembolso se realiza en moneda nacional.

CLÁUSULA NOVENA – LÍMITE TERRITORIAL

Las coberturas referidas se extenderán a cualquier país del mundo, siempre que la permanencia del asegurado en el extranjero, por motivo del viaje, no sea superior al período de 90 días.