ENDOSO A LAS CONDICIONES GENERALES
PSM INTERNACIONAL
Aplica para pólizas vigentes a partir del 1 de enero 2026

Por medio del presente endoso, se hace constar que a partir del 1 de enero de 2026 las Condiciones Generales del contrato de **PSM Internacional** quedan modificadas como sigue:

- Se modifica de la Sección I Condiciones Generales, el texto de la literal O inciso c y d. y la literal W, como sigue:

SECCIÓN I CONDICIONES GENERALES

O. ELEGIBILIDAD
FAMILIARES DEPENDIENTES

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 10 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.

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.

W. PAÍS DE RESIDENCIA

Serán elegibles para este seguro cualquier Titular y sus Dependientes que residan dentro del territorio de la República de Guatemala, así como cualquier Hijo Dependiente que por motivo de estudios resida fuera del territorio de la República de Guatemala.

- Se incluyen en Sección II Cobertura de Gastos Médicos, en literal C. Definiciones, los textos de las definiciones siguientes:

SECCION II. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

C. DEFINICIONES

"ÁREA CENTROAMERICANA" *para efectos de cobertura en esta póliza, el área Centroamericana está conformada por los países de Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Belice y Panamá.*

"CUIDADOS 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 alterno 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.*

*"**DEDUCIBLE CATASTRÓFICO"** En caso de un accidente en el cual más de un miembro de una familia sufre lesiones, solamente un deducible es aplicable por los Gastos Médicos totales incurridos como resultado de dicho accidente.*

"DEDUCIBLE FAMILIAR" *es la suma de los deducibles individuales de tres (3) miembros de una misma familia (Asegurado Titular y Familiares Dependientes) incurridos en el mismo Año Calendario.*

"EXPERIMENTAL / EN INVESTIGACIÓN / DE ESTUDIO" *Se entenderá por tal a cualquier tratamiento, procedimiento, medicamento, droga, equipo, dispositivo, suministro o servicio hospitalario que no cumpla con uno o más de los siguientes criterios:*

a) Contar con estudios clínicos controlados, concluidos y publicados en literatura médica revisada por pares, que demuestren un beneficio neto para la salud en la indicación específica;
b) Estar incorporado en normas y protocolos médicos aceptados por la autoridad local y/o internacional vigentes al momento de la prestación del servicio;
c) Haber sido aprobado específicamente para la indicación en cuestión por la agencia reguladora correspondiente según el lugar del tratamiento: EMA (Agencia Europea de Medicamentos) para tratamientos realizados en Europa, y FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos) para tratamientos realizados en cualquier otra región del mundo.

En todo caso, quedan excluidos expresamente los tratamientos, procedimientos, medicamentos o dispositivos que se encuentren en fase de investigación o prueba clínica (incluyendo fases I, II o III), aun cuando el Asegurado participe formal o informalmente en dichos ensayos.

El hecho de que un tratamiento, medicamento, dispositivo, procedimiento, suministro o servicio constituya la única alternativa de supervivencia para el Asegurado no implica que deje de ser de carácter experimental o investigativo.

"GENÉTICA MÉDICA" *especialidad de la medicina que utiliza los conocimientos de la genética para la atención en salud. Comprende la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades con base genética, hereditaria o adquiridas, así como la orientación a los pacientes y sus familias sobre los riesgos de transmisión.*

"PROCEDIMIENTOS ESPECIALES EN CLÍNICA" *Se refiere a los procedimientos, que se pueden prestar dentro de la clínica del médico cuyo valor no está contemplado en el costo de la consulta de dicho médico.*
Un co-pagp o coaseguro adicional al valor de la consulta, deberá ser satisfecho por el asegurado.

"TAMIZAJE DEL RECIÉN NACIDO" *Es una prueba de laboratorio que se realiza al recién nacido que está en riesgo de padecer desórdenes metabólicos serios que son tratables, pero que no son visibles al momento de su nacimiento.*

- Se modifica el texto en la Sección II Cobertura de Gastos Médicos, en literal D. Descripción de la cobertura de Gastos Médicos el numeral 5. Otros Gastos Ambulatorios literal c, e y f, el numeral 6.Otros Gastos Cubiertos literal l, como sigue:

D. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS
COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS
5. Otros Gastos Ambulatorios:

c) Gastos incurridos por control pediátrico y vacunas, incluyendo visitas al médico, no más de 10 por año calendario, hasta el cumplimiento de los 10 años de edad.

e) Atención suministrada por enfermeras tituladas, siempre que sea medicamente necesaria, y que la gravedad de la enfermedad o lesión requieran de profesionales certificados para tratamiento del paciente, siempre que sea recomendada por el médico tratante y aprobada por la compañía. La enfermera no deberá tener ningún grado de parentesco con el asegurado y no debe vivir en la casa de dicho asegurado.

f) 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 y que cumplan con la definición de emergencia que se indica en la Sección II Cobertura de Gastos Médicos, en la literal C Definiciones y numeral 13.

Durante el primer año de vigencia y únicamente para la primera atención de emergencia en un hospital, no se aplicará ni deducible, ni coaseguro, ni copago, asumiendo el programa de seguro el 100% de los gastos que se presenten en la sala de emergencia de un hospital, siempre que los gastos sean incurridos en el país de residencia del asegurado. Este beneficio aplica por persona asegurada, sea titular o dependiente, un único evento cada uno.

Si derivado de la atención de la emergencia el médico ordena una hospitalización, la misma estará sujeta al deducible, coaseguro y/o copago que aplica para una hospitalización, según se establece en el cuadro de seguro.

6. Otros Gastos Cubiertos:

I) Se cubren los gastos incurridos por problema o trastorno del sueño, de acuerdo con lo indicado en el cuadro de coberturas, según el plan contratado y hasta el límite que ahí se consigna.
Aplica un periodo de espera de 12 meses.

- Se modifica el texto en la Sección II Cobertura de Gastos Médicos, en literal L. Exclusiones de los numerales 1,4, 9, 20, 24 y 30, como sigue:

L. EXCLUSIONES

1. Honorarios por reconocimientos o chequeos médicos de rutina en ausencia de enfermedad o lesión, 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.

4. Tratamiento dental, excepto por:
   a) 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:
      1. Tratamiento dental por lesiones sufridas, incluyendo el reemplazo de los dientes naturales.
      2. Colocación en su lugar de la mandíbula fracturada.

   b) También serán cubiertas las infecciones sistémicas, celulitis facial o cervical, o complicaciones graves que comprometan el estado general del paciente, descompensen condiciones médicas preexistentes o requieran hospitalización para tratamiento intravenoso; originadas por un tratamiento dental y que requieran atención en un hospital bajo indicación médica. Todo gasto ambulatorio permanece excluido.

9. Tratamientos suministrados al recién nacido excepto en los casos siguientes:

   a) Cobertura de los gastos de atención médica del pediatra y de la sala cuna, desde el momento de nacimiento hasta que el recién nacido salga del hospital y hasta el máximo establecido en el cuadro de coberturas; siempre y cuando el parto sea elegible bajo las condiciones de esta póliza.

b) Circuncisión del recién nacido, siempre que el nacimiento sea a consecuencia de una maternidad cubierta y que los gastos no excedan el límite máximo establecido en el cuadro de coberturas.

c) Tamizaje para el recién nacido de una maternidad cubierta, dentro de un período máximo de 30 días contados a partir de su nacimiento. Este beneficio aplica por reembolso convencional y hasta el límite indicado en el cuadro de coberturas.

20. Terapias de cualquier tipo, excepto la terapia física de rehabilitación practicada por fisioterapista y ordenada por un médico, al igual que la terapia respiratoria necesaria para tratar una enfermedad cubierta. También se cubrirán terapias del habla, lenguaje, ocupacional y de recuperación cognitiva, cuando la necesidad medica sea a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza o en un evento cerebrovascular.

24. No se cubren los gastos incurridos para el diagnóstico y/o tratamiento de cualquier problema relacionado con el síndrome de fatiga crónica y sus complicaciones.

30. Servicios o suministros de uso común tales como bicicletas estacionarias, purificadores de aire y agua, colchones antialérgicos, almohadas ortopédicas, evaporizadores y deshumedecedores. Al igual que cualquier equipo de automonitoreo en casa, incluyendo, pero no limitando, a glucómetros, tiras reactivas, monitor de presión arterial, oxímetro, entre otros.

- En la Sección II Cobertura de Gastos Médicos, en literal L. Exclusiones se agregan los numerales 31, como sigue:

31. Gastos relacionados con genética médica, incluyendo honorarios médicos, estudios de secuenciación genética, pruebas de predisposición hereditaria, terapias genéticas o génicas, asesoría genética a pacientes o familiares, así como cualquier tratamiento derivado de alteraciones genéticas, salvo que se indique expresamente lo contrario en el cuadro de coberturas. Esta exclusión no aplica a tratamientos médicos estándar de condiciones que, aunque tengan origen genético, se manejen con terapias convencionales.

32. Gastos relacionados con el estudio y/o tratamientos del retardo del crecimiento, retraso psicomotor, déficit de atención con o sin hiperactividad, trastornos del aprendizaje, habilidades motoras, comunicación, comportamiento, ingestión y conducta alimentaria, tics y/o manías.

- En la Sección V Cobertura Adicional de Plan Dental, se modifica y se incluye en el literal B. Definiciones, los siguientes textos como siguen:

SECCION V. COBERTURA ADICIONAL DE PLAN DENTAL
B. DEFINICIONES

*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, II y IV, combinados, dentro del Año Calendario, con el propósito de calificar para un Beneficio de Gastos Dentales, incurrido en el mismo Año Calendario.*

*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, III y IV, después que el individuo asegurado haya satisfecho el deducible.*

***"Ortodoncia"** Se ocupa de corregir los defectos y las irregularidades en la posición de los dientes; mejorando el funcionamiento en los maxilares.*

- En la Sección V Cobertura Adicional de Plan Dental, en literal C Cobertura y Exclusiones, se incluye el numeral 4. Tipo IV Ortodoncia, como sigue:

C. COBERTURA Y EXCLUSIONES
4. TIPO IV: ORTODONCIA

Para acceder a esta cobertura el paciente deberá aprobar el examen clínico y radiográfico realizado por un especialista en ortodoncia que certifique que es apto para iniciar ortodoncia.

El monto total del beneficio para tratamientos Tipo IV Ortodoncia, no excederá del máximo indicado en el Cuadro de Coberturas, se aplicará una sola vez por vigencia por asegurado y no excederán en ningún caso el máximo del Año Calendario, indicado en el Cuadro de Coberturas.

Las coberturas contempladas para este beneficio son:

a) Examen clínico efectuado por un especialista en ortodoncia (diagnóstico y plan de tratamiento), una única vez.
b) Instalación de la aparatología para inicio de ortodoncia (brackets metálicos), la cual se cubrirá en una única instalación en la clínica del especialista. En ningún caso se aceptarán nuevas instalaciones por cambio de clínica o por abandono de tratamiento. La cobertura aplica sólo para técnica metálica convencional.
c) Controles mensuales de ortodoncia correctiva metálica, hasta un máximo de 24 controles

- En la Sección V Cobertura Adicional de Plan Dental, se incluyen Exclusiones específicas para Tipo IV Ortodoncia, en la literal C Cobertura y Exclusiones, como sigue:

No se pagará ningún beneficio por los siguientes gastos relacionados a la Fase IV Tratamientos de Ortodoncia:

19. *El paquete de diagnóstico ortodoncia, que Incluye radiografía panorámica, Radiografía perfil, fotos intra y extraorales, cefalometría básica, modelos de estudio controles adicionales a los otorgados, reparación o reposición de brackets adicionales a los contempladas, tracción quirúrgica o aparatos adicionales como placas levantadoras de mordida, retenedores o placas de contención o cualquier otro aditamento diferente.*

20. *Controles de ortodoncia que no correspondan a técnica metálica convencional, incluyendo, pero no limitadas a, ortodoncia auto ligado metálica, ortodoncia con brackets cerámicos y ortodoncia con alineadores.*

- En la Sección V Cobertura Adicional de Plan Dental, se modifica el texto de la literal F. Período de espera para reclamaciones, como sigue:

F. PERÍODO DE ESPERA PARA RECLAMACIONES

De acuerdo con 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 y IV dentro de los primeros seis (6) meses de la vigencia del beneficio. Estos gastos sí serán elegibles para reembolso de acuerdo con los términos de esta póliza, si son incurridos después de transcurrido este período.

- Se procede a aclarar que se sustituye la palabra "certificado" por "póliza", en las siguientes secciones:
  - Sección I, literal F, 3er. Párrafo
  - Sección II, literal D, numeral 6, inciso f), último párrafo
  - Sección II, literal J, numeral 2, inciso L), numeral 26
  - Sección III, literal B, 5to párrafo
  - Sección III, literal D, Tabla de Beneficios, inciso a)

- Se procede a aclarar que se sustituye la palabra "Cuadro de Beneficios" por "Cuadro de Coberturas", en las siguientes secciones:
  - Sección II, literal C, numeral 6
  - Sección II, literal L, numeral 5 inciso c
  - Sección II, literal L, numeral 11
  - Sección V, literal C, numeral 2, literal k) numeral 1 y 2