

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA I CONTRATO - INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

La Póliza, la solicitud del Contratante, y los Consentimientos Individuales, si los hubiere, de las personas aseguradas constituyen el contrato completo entre las partes contratantes. Todas las manifestaciones hechas por el Contratante o por las personas aseguradas serán, al no existir fraude, consideradas como declaraciones y no como garantías y ningún testimonio o declaración invalidará el seguro, ni será usado en defensa de una reclamación conforme la misma, a no ser que esté contenida en una solicitud escrita.

La validez de la Póliza no será impugnada, excepto por la falta de pago de las primas, después que haya estado en vigor durante un año contado a partir de la fecha de emisión. Ninguna declaración hecha por cualquier persona asegurada según la Póliza, referente a su asegurabilidad, se utilizará para impugnar la validez del seguro, salvo dentro del primer año de vigencia contado a partir de la fecha de su emisión o de la fecha en que entró en vigor el seguro individual de dicha persona, de cualquiera de estas fechas, la que sea posterior y siempre que tal declaración conste en la solicitud de seguro o en cualquier otro documento firmado por el Contratante o el Asegurado.

La Póliza se puede enmendar en cualquier momento, por medio de solicitud escrita del Contratante aceptada por la Compañía sin necesidad del consentimiento de los asegurados o beneficiarios, pero tal modificación no perjudicará reclamación alguna que haya ocurrido con anterioridad.

Dicha modificación tendrá efecto en la fecha en que la Compañía lo comunique por escrito al Contratante. Ningún agente está autorizado para cambiar o enmendar esta Póliza, para renunciar a cualquier condición o restricción contenida en la misma, para prorrogar el período de pago de primas, ni comprometer a la Compañía por medio de promesa o representación. Ninguna modificación a esta Póliza será válida, a menos que exista un endoso firmado por el representante apoderado de la Compañía o una modificación, a ese efecto, firmada por el Contratante de la Póliza y por el Representante Apoderado de la Compañía.

Siempre que en esta Póliza se utilice un pronombre personal en el género masculino, se considerará que incluye el género femenino también, a menos que el contexto indique claramente lo contrario.

Se conviene que esta Póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República de Guatemala. Queda también establecido que las 12:01 hora nacional en la República de Guatemala será considerada la hora efectiva con respecto de cualquier fecha referida en la Póliza.

CLÁUSULA 2 COMPAÑÍAS ASOCIADAS

Para todos los efectos de la Póliza, los empleados de las compañías, corporaciones, firmas o individuos subsidiarios o afiliados con el Contratante, según se detallan más adelante, (denominadas aquí compañías asociadas) se considerarán empleados del Contratante, y el servicio a cada una de dichas compañías asociadas, se considerara como servicio al Contratante. Se pueden añadir compañías asociadas adicionales a dicha lista con el consentimiento por escrito de la Compañía. Si cualquier compañía asociada cesara de comprenderse en esta sección, la Póliza se considerará terminada en la fecha del mencionado cese, con respecto de todos los empleados de dicha compañía asociada, salvo aquellos que al día siguiente a tal cese, continúen siendo empleados del Contratante o de alguna otra compañía asociada, dentro de las clases de empleados elegibles para el seguro conforme la Póliza. El Contratante comunicará a la Compañía, por escrito, cuando una compañía asociada deje de ser subsidiaria o afiliada del mismo.

CLÁUSULA 3

REGISTROS E INFORMES

El Contratante mantendrá un registro de las personas aseguradas conforme la Póliza que contenga, por cada persona la información general y demás datos particulares de cada una de ellas, que se consideren esenciales para el seguro. El Contratante enviara periódicamente a la Compañía, en los formularios proporcionados por ésta, la información referente a las personas elegibles para el seguro, que pueda considerarse razonablemente necesaria para la administración del seguro y para la determinación de los tipos de prima. Todos los registros del Contratante que tengan o puedan tener relación con el seguro estarán a disposición de la Compañía para su inspección en los días y horas hábiles de trabajo. Cualquier error cometido al llevarse estos registros no invalidará aquel seguro que estuviere legalmente en vigor, ni continuará aquel seguro que legalmente hubiere terminado, pero al conocerse el error se hará, si fuere necesario, el ajuste de prima correspondiente.

CLÁUSULA 4

CÁLCULO DE PRIMAS

La prima que debe pagarse por los beneficios proporcionados por esta Póliza, se determinará multiplicando el número de personas en cada tipo de clasificación por la tarifa fijada, según se indica en el Inciso "G" CALCULO DE PRIMAS de la Tabla de Especificaciones de la Póliza.

Queda entendido y convenido que la Compañía sólo podrá variar las tasas de prima en la fecha aniversario de la Póliza, previo aviso al Contratante con treinta días de anticipación; pero podrá alterar dichas tasas en cualquier momento en que se modifique la cobertura.

Las primas correspondientes al seguro otorgado conforme esta Póliza serán pagaderas por el Contratante en la oficina u oficinas de la Compañía que esta indique por escrito, al Contratante en su oportunidad. Las primas vencerán y serán pagaderas según se especifica en la carátula de esta Póliza; sin embargo, por mutuo acuerdo entre el Contratante y la Compañía, se puede modificar la forma de pago, mediante el ajuste correspondiente, con el fin de convenir en pagos anuales, semestrales o trimestrales, según sea el caso.

CLÁUSULA 5

PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

Se concederá un período de gracia de 31 días, sin cobro de interés, para el pago de la prima estipulada para esta Póliza en cualquier fecha de vencimiento excepto la primera. Si no se abona la prima antes de la expiración del período de gracia, la Póliza terminará automáticamente al final de dicho período de gracia. Sin embargo, si el Contratante hiciera petición anticipada, por escrito, para que la terminación de la Póliza tuviera efecto en una fecha determinada entre el fin del período para el cual se han pagado las primas y el fin del período de gracia, la Póliza terminará en la fecha solicitada.

Si la Póliza termina durante o al final del período de gracia, el Contratante será responsable ante la Compañía por el pago de una prima en proporción al tiempo que la Póliza ha estado en vigor durante dicho período de gracia.

CLÁUSULA 6

MONEDA

Todos los pagos de primas y pérdidas relacionados con esta Póliza deberán ser efectuados en Quetzales, moneda oficial de la República de Guatemala.

CLÁUSULA 7 SIN PARTICIPACION DE UTILIDADES

Esta Póliza no participará de los resultados favorables de la Compañía de Seguros.

CLÁUSULA 8 ELEGIBILIDAD DE EMPLEADOS

Serán elegibles los empleados que laboren permanentemente, con jornada completa, que se encuentren en las categorías cubiertas y sean aceptados por la Compañía. También serán elegibles los empleados de nuevo ingreso, desde la fecha en que principien a desempeñar sus labores de manera continua.

CLÁUSULA 9 EMPLEADOS ASEGURADOS

Cada empleado elegible que haga solicitud por escrito al Contratante, en formulario de Consentimiento proporcionado por la Compañía, para participar en el plan de seguros, y que acuerde pagar las contribuciones requeridas, quedará asegurado, sujeto a las Estipulaciones que se indican a continuación.

A. Empleados elegibles en la fecha efectiva de esta Póliza:

1. Si la solicitud la hace el empleado en la fecha en que es elegible o antes, será asegurado desde dicha fecha de elegibilidad, siempre que el número de empleados de su clasificación inscritos sea del 75% o más de los empleados elegibles de dicha clasificación.
2. Si la solicitud para participar la hace el empleado dentro del período de 31 días en que es elegible y se encuentra trabajando a tiempo completo, será asegurado desde la fecha de solicitud.
3. Si la solicitud para participar la hace el empleado después del fin del período de 31 días siguientes al primer día en que es elegible y está trabajando a tiempo completo, o la hace después de la terminación del seguro por falta de pago de cualesquiera de las contribuciones requeridas, el empleado deberá mostrar evidencias satisfactorias de buena asegurabilidad, antes que pueda ser asegurado. Si la Compañía determina que dichas evidencias son satisfactorias, el empleado será asegurado a partir de la fecha en que la Compañía así lo comunique.

B. Empleados elegibles después de la fecha efectiva de esta Póliza:

1. Si un empleado se inscribe para el seguro en o antes de su fecha de elegibilidad quedará asegurado desde la fecha de elegibilidad.
2. Si un empleado se inscribe para el seguro después de su fecha de elegibilidad, deberá mostrar evidencias satisfactorias de buena asegurabilidad, antes que pueda ser asegurado. Si la Compañía determina que dichas evidencias son satisfactorias, el empleado será asegurado a partir de la fecha en que la Compañía así lo comunique.

C. Cualquier empleado que deba mostrar evidencias de asegurabilidad como una condición para ser asegurado y cuyo servicio con el Contratante cese sin que dicha evidencia haya sido presentada, estará sujeto a los mismos requisitos si es empleado nuevamente.

CLÁUSULA 10 CAMBIOS EN LA COBERTURA DEL SEGURO DEL EMPLEADO

Si la Tabla de Especificaciones de la Póliza muestra diferentes beneficios para distintos grupos de empleados, las siguientes condiciones se aplicarán:

1. El Contratante determinará la clasificación de cada empleado, sin utilizar un criterio de selección individual, y tal determinación será final y concluyente.
2. Si la clasificación de un empleado asegurado se modifica por cambio de salario, edad, ocupación, etc., el seguro del empleado será ajustado automáticamente, de acuerdo con la nueva clasificación, en la fecha indicada en el inciso "D" CAMBIOS EN LA COBERTURA DEL SEGURO DEL EMPLEADO, de la Tabla de Especificaciones de la Póliza.

Ningún cambio en la cobertura del seguro será aplicable si el Asegurado no se encuentra trabajando a tiempo completo en esa fecha. El cambio será efectivo en este caso, cuando el empleado retorne a su trabajo activo a tiempo completo. Sin embargo, si en un lapso de 31 días después del cambio de clasificación (por la cual una cantidad mayor de seguro deba ser proporcionada), el empleado deja de efectuar cualquier contribución requerida, por concepto de la nueva cantidad de seguro, ningún aumento será efectuado debido a tal cambio, a menos que el empleado muestre evidencias satisfactorias de asegurabilidad a la Compañía.

Si el seguro de un empleado es continuado durante un período de incapacidad, permiso o despido temporal, la cobertura del seguro será la misma por la cual él estaba asegurado al último día de trabajo activo anterior a dicha incapacidad, permiso o despido temporal.

CLÁUSULA 11 RECTIFICACION DE EDAD

Si se comprobare que la edad real de un empleado asegurado no es la misma que la edad por él declarada, la Compañía efectuará un ajuste de primas equitativo. Si la edad fue considerada como base para determinar la elegibilidad de empleados asegurados, el seguro del empleado será corregido automáticamente y tal corrección se tomará en cuenta para el ajuste de primas. Si la edad no afecta cualquier cobertura de esta Póliza, el seguro del empleado continuará sin alteración.

CLAUSULA 12 REQUISITOS PARA PARTICIPAR

- A. Si el Inciso "A" BASES DEL SEGURO de la Tabla de Especificaciones de la Póliza indica que los beneficios ahí ofrecidos, son "SIN CONTRIBUCION", el Grupo Asegurado deberá cumplir con los siguientes requisitos:
1. El número de empleados asegurados no debe ser menor de 10 personas.
 2. El 100% de los empleados elegibles deberá asegurarse.
- B. Si el Inciso "A" BASES DEL SEGURO, de la Tabla de Especificaciones de la Póliza indica que los beneficios ahí ofrecidos "SON CONTRIBUTIVOS", el grupo asegurado deberá cumplir con los siguientes requisitos:
1. El número de empleados asegurados no debe ser menor de 10 personas.
 2. El 75% de los empleados elegibles deberá asegurarse en el plan.

CLÁUSULA 13 TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL DE EMPLEADOS

El seguro del empleado conforme esta Póliza, cesará automáticamente: (a) por concluir su contrato de trabajo (b) si cesa de ser miembro de las clases de empleados elegibles para el seguro por esta Póliza, (c) si caduca esta Póliza (d) si el empleado deja de hacer, en su oportunidad, cualquier contribución requerida, o (e) en la fecha indicada en el Inciso "E" TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL DE EMPLEADOS, de la Tabla de Especificaciones de la Póliza.

Sin embargo, si un empleado está incapacitado o si se le hubiere concedido una licencia o fuere despedido temporalmente, o si fuere contratado a base de jornada parcial, será considerado como empleado de tiempo completo hasta que el Contratante (usando un criterio que no permita una selección individual) descontinúe el seguro del empleado, notificándolo así a la Compañía, o suspendiere el pago de las primas por el Seguro de dicho empleado, pero en ningún caso el seguro de tal empleado continuará por más de treinta días, contados a partir del final del mes en el cual se produzca dicha incapacidad, licencia, despido o empleo de jornada parcial.

CLÁUSULA 14 COBERTURA DEL SEGURO DE DEPENDIENTES

Elegibilidad de Dependientes: El término "dependiente" se referirá solamente a: (a) cónyuge legítimo de un empleado asegurado, o la esposa de hecho que esté reconocida como tal en los archivos del Contratante, y (b) los hijos solteros de un empleado, hijastros, e hijos legalmente adoptados que sean mayores de 14 días y menores de 22 años de edad, que vivan en el hogar del empleado o se encuentren ausentes por razón de estudios, o hasta 25 años de edad a condición de que sean solteros y tengan el mismo domicilio permanente que el empleado, y sean estudiantes a tiempo completo en una institución educativa acreditada. Dichos hijos deberán depender del empleado para su sostenimiento y estar registrados en los archivos del Contratante.

Si cualquier persona definida como dependiente es también elegible como empleado, dicha persona no será elegible como dependiente. Cuando ambos cónyuges, viviendo en el mismo hogar, estén asegurados como empleados, los hijos serán elegibles solamente como dependientes del esposo.

CLÁUSULA 15 DEPENDIENTES ASEGURADOS

Cualquier empleado asegurado será elegible para el seguro de dependientes: (a) en la fecha en que se asegura conforme esta Póliza, siempre que en tal fecha tengan dependientes que sean elegibles conforme las estipulaciones de este seguro, o (b) en el día en que por primera vez asuma responsabilidad por dependientes elegibles en la forma ya indicada: de cualquiera de las dos fechas, la que fuere posterior. Los empleados asegurados conforme esta Póliza, que se encuentren en cualquiera de las situaciones indicadas en los incisos (a) y (b) de la cláusula anterior, pueden elegir si se inscribirán o no para el Seguro de dependientes.

Cuando un empleado decida inscribirse para dicho seguro, debe declarar a todos sus dependientes elegibles y conviene en declarar cualquier cambio en la clasificación de tales dependientes.

El seguro para los dependientes de un empleado se hará efectivo como sigue:

1. Si el empleado tiene uno o más dependientes en la fecha efectiva de su seguro como empleado conforme a esta Póliza, el seguro de dichos dependientes entrará en vigor en tal fecha.

2. Si el empleado asume responsabilidad por uno o más dependientes después de la fecha efectiva de su seguro, tales dependientes quedarán asegurados automáticamente en la fecha en que el empleado los declare y efectúe cualquier contribución aplicable que resulte del cambio, si lo hubiere de su categoría de inscripción. Sin embargo, si la solicitud es presentada después de un período de 31 días siguientes a la fecha en que asumió responsabilidad por uno o más dependientes, estos deberán presentar a la Compañía muestras satisfactorias de buena salud. La Compañía se reserva el derecho de aprobar o rechazar dicha solicitud.
3. Si la solicitud para el seguro de dependientes, la hace el empleado después del fin del período de 31 días siguientes al primer día en que es elegible para tal seguro, o la hace después de que el seguro hubiere terminado por falta de pago de la contribución requerida, el seguro de los dependientes elegibles del empleado no entrará en vigor sino hasta que la Compañía así lo comunique, después de aprobar el estado de asegurabilidad de sus dependientes.

Terminación del Seguro Individual de Dependientes: El seguro de un dependiente terminará automáticamente: (1) si concluye el seguro del empleado como tal; (2) si el dependiente asegurado cesa de ser elegible como dependiente; (3) si vence esta Póliza; o (4) si el empleado deja de efectuar, en su oportunidad, cualquier contribución a que esté obligado.

CLÁUSULA 16

BENEFICIOS DE ESTA POLIZA

La Compañía reembolsará al empleado asegurado los gastos médicos incurridos, que sean razonablemente necesarios y acostumbrados, por los servicios médicos descritos en las siguientes páginas, sujeto siempre a las disposiciones manifestadas en esta Póliza.

CLÁUSULA 17

DEFINICIONES

El término "Asegurado", como aquí es empleado significará:

1. Un empleado que de acuerdo a los términos y estipulaciones de esta Póliza, goza de los beneficios aquí descritos.
2. Un dependiente asegurado, si los dependientes de tales empleados son elegibles según los términos y Estipulaciones de esta Póliza.

El término "Médico" designará únicamente a un doctor o cirujano titulado en medicina o su equivalente, que esté legalmente establecido y autorizado, para practicar la medicina.

El término "Razonable" y "Acostumbrado" significa un cargo por atención médica debido a lesión o enfermedad, el cual se considere justa y hasta el límite acostumbrado, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad en que es suministrado, cuando se comparen con tratamientos, servicios, abastecimientos, a individuos del mismo sexo, de edad e ingresos semejantes.

El término "Incapacidad" significará una enfermedad, lesión corporal por accidente que necesite tratamiento por un médico autorizado. Todas las enfermedades o lesiones corporales accidentales que ocurran simultáneamente o sean ocasionadas o debidas a las mismas causas o a causas similares, serán consideradas como una sola incapacidad. Si una incapacidad es debida a causas que son las mismas o similares a las causas de una incapacidad anterior (incluyendo complicaciones que resultaren de ella), la incapacidad será considerada como una continuación de la incapacidad anterior y no como una nueva y diferente incapacidad. Sin embargo, para casos que requieran rehospitalización y ésta sea después de los 90 días siguientes a la última salida del hospital, la siguiente reclusión debida a la misma causa, será considerada como una nueva incapacidad; para casos que no requieran hospitalización, una nueva incapacidad se establece después de transcurrido un período de 90 días siguientes a la fecha en la cual el último gasto cubierto fue incurrido, a menos que los gastos ya no estén sujetos a reembolso debido a que el beneficio máximo fue agotado con anterioridad.

El término "Hospital" significará una institución organizada de acuerdo con la Ley que cuenta con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios a personas enfermas o heridas, que trabajen las veinticuatro horas diarias, bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras. Esta definición incluye también las instalaciones dedicadas al diagnóstico y cirugía. Los asilos de ancianos, los hogares para convalecientes y enfermos crónicos, las casas de reposo y aquellos lugares donde se suministre tratamiento para alcohólicos y drogadictos, no se considerarán hospitales.

El término "Hospitalización" significará, una persona que esté registrada como paciente de un hospital (según se definió anteriormente), e incurra en un gasto diario por concepto de cuarto y alimentación.

El término "Operación Quirúrgica" significará:

1. Operación incisión; (2) la sutura de una herida; (3) el tratamiento de una fractura; (4) la reducción de una luxación; (5) radioterapia (excluyendo terapia con isótopos radioactivos si se utiliza en lugar de la extracción quirúrgica de un tumor); (6) Electrocauterización; (7) procedimientos endoscópicos para diagnosis o terapia; (8) el tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y las venas varicosas.

Los términos "Hospital Participante" y "Médico Participante", significarán: Un hospital; o un médico aprobado por el Contratante y por la Compañía para proporcionar un tratamiento por el cual un beneficio puede ser pagadero según esta Póliza.

1. La Compañía proporcionará una lista de hospitales y médicos reconocidos como "Participantes". Esta lista deberá ser aprobada por el Contratante.
2. Una declaración en el Inciso "C" COBERTURA DE SEGURO de la Tabla de Especificaciones de la Póliza, o un endoso a la misma, puede negar los beneficios pagaderos en caso de un tratamiento suministrado por un médico o un hospital catalogado como "no participante".

La palabra Coaseguro se define como la Cantidad que absorbe un Asegurado y en exceso de la cual, la Compañía reembolsará los Gastos Médicos incurridos.

Para esta Póliza el Coaseguro se pacta en un veinte por ciento que absorbe el Asegurado y ochenta por ciento, que reembolsa la Compañía.

CLÁUSULA 18 BENEFICIOS POR HOSPITALIZACION

Si un asegurado incurre en gastos por una incapacidad que requiera reclusión en un hospital, la Compañía pagará los beneficios descritos en los Incisos "A" y "B".

- A. Beneficios Diarios: El gasto incurrido por el asegurado por pensión hospitalaria por cuarto, alimentación y atención general de enfermería, suministrados durante su reclusión, pero sin exceder el beneficio máximo diario y sin exceder la cantidad máxima por cualquier incapacidad, según se indique en el inciso "C" COBERTURA DEL SEGURO, de la Tabla de Especificaciones de la Póliza.
- B. Beneficio por Servicios de Hospital: El gasto incurrido por el Asegurado por los cargos razonables y acostumbrados efectuados por el hospital por concepto de:
 - 1. Servicios o abastecimientos suministrados al asegurado para su uso mientras permanezca recluido en el hospital, incluyendo los costos de sangre y plasma.
 - 2. Anestésicos y su administración por un empleado del hospital.
 - 3. El uso local de una ambulancia, tales gastos serán reembolsados sin exceder del límite de servicios de hospital por cualquier incapacidad según se indica en el Inciso "C" COBERTURA DEL SEGURO, de la Tabla de Especificaciones de la Póliza. Los servicios especiales de hospital no cubrirán los cargos hechos por cuarto, alimentación, atención de enfermería privada, ni especialistas o doctores que no trabajen en el hospital.

CLÁUSULA 19 BENEFICIOS A PACIENTES EXTERNOS

Si a consecuencia de:

- 1. Lesión corporal accidental, o
- 2. Una enfermedad por la que se pague un beneficio de cirugía, de acuerdo a las estipulaciones de la Cláusula 20; un asegurado incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por el departamento de pacientes externos de un hospital, la Compañía pagará los cargos razonables y acostumbrados por la prestación de tales servicios, sin exceder el máximo por cualquier incapacidad según se indica en el Inciso "C" COBERTURA DEL SEGURO, de la Tabla de Especificaciones de la Póliza.

CLÁUSULA 20 BENEFICIOS DE CIRUGIA Y ANESTESIA

- A. Beneficios de Cirugía: Si un asegurado incurre en gastos debido a una operación quirúrgica a consecuencia de una incapacidad, la Compañía pagará con sujeción a las estipulaciones de esta Póliza, la cantidad que resulta de multiplicar el valor unitario que aparece en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas por el factor de Conversión Quirúrgico que se muestra en la Tabla de Especificaciones de la Póliza, en el Inciso "C", numeral 20 A, sujeto siempre a las siguientes disposiciones:
 - 1. El pago no excederá el valor calculado por ese procedimiento ni excederá el cargo efectuado por el médico al asegurado.

2. Cuando el procedimiento quirúrgico sea múltiple o bilateral y además efectuado durante la misma intervención, el seguro pagará en la siguiente forma: El monto total de la operación principal, más el 50% de la segunda, más el 25% del valor de la tercera, todo calculado en base a la Tabla de Operaciones Quirúrgicas. Se excluyen de esta Cláusula aquellas operaciones que en dicha Tabla estén especificadas como combinadas. Por éstas la cantidad pagadera será igual a la cantidad indicada en dicha Tabla.
 3. Cuando efectuado un procedimiento quirúrgico, otro sea necesario incidentalmente y deba ser practicado a través de la misma incisión, o en el mismo orificio natural del cuerpo, o en el mismo campo operatorio, el pago será únicamente por el procedimiento mayor, excepto si la Tabla de Operaciones Quirúrgicas especifica lo contrario.
 4. El valor unitario calculado, incluirá consultas normales preoperatorios, investigación y preparación del paciente asegurado, el procedimiento operatorio, el cuidado total post-operatorio prestado por el cirujano, mientras el asegurado esté recluido en el hospital, y el cuidado por convalecencia subsiguiente a la salida del hospital.
 5. Cuando una operación quirúrgica no esté incluida en la Tabla de Operaciones Quirúrgicas la Compañía determinará el pago, basada en procedimientos que requieran tiempo y habilidad quirúrgica similar.
 6. Cuando se requiera la intervención de dos cirujanos para llevar a cabo una operación quirúrgica, la cantidad pagadera puede aumentar su máxima por operación hasta un 25%. El pago a los cirujanos será proporcional al trabajo ejecutado por cada uno.
 7. El pago por todas las operaciones quirúrgicas practicadas durante cualquier incapacidad, nunca podrá exceder del límite máximo quirúrgico por incapacidad según se indique en el Inciso "C" COBERTURA DEL SEGURO, de la Tabla de Especificaciones de la Póliza.
- B. Beneficios de Anestesia: Si un asegurado, a consecuencia de una incapacidad, incurre en gastos por una operación quirúrgica que requiera la aplicación de anestesia general, o incurre en gastos de un examen para el cual se necesita la aplicación de anestesia general la Compañía pagará sujeta a las estipulaciones de esta Póliza, por los servicios de anestesia, una cantidad calculada aplicando el Porcentaje de Conversión de Anestesia que aparece en el Inciso "C" COBERTURA DEL SEGURO, a la cantidad de beneficio quirúrgico, pagadera de acuerdo con la sección anterior, sujeta a las siguientes disposiciones.
1. El pago no excederá el valor calculado para ese procedimiento, ni excederá la cantidad en que haya sido realmente cargada al asegurado.
 2. La cantidad determinada para anestesia incluirá las visitas pre y post-operatorias, la administración de la anestesia y la administración de líquidos, sangre, etc., inherente a la anestesia o cirugía.

3. El valor calculado sólo será pagadero cuando la anestesia sea administrada personalmente por un médico anesthesiólogo, que permanezca en la sala de operaciones junto al paciente, el tiempo que dure la intervención, con el único fin de prestar los servicios de anestesia.
4. El pago por los servicios de anestesia proporcionados durante cualquier incapacidad, no excederá el producto del Porcentaje de Conversión de Anestesia ni el límite máxima quirúrgico por incapacidad según se indica en el Inciso "C" COBERTURA DEL SEGURO de la Tabla de Especificaciones de la Póliza.

CLÁUSULA 21

BENEFICIOS DE MATERNIDAD

Si un asegurado incurre en gastos de médico y de hospital a consecuencia de embarazo y su resultante parto o aborto espontáneo, la Compañía reembolsará tales gastos hasta el máxima indicado en el Inciso "C" COBERTURAS DEL SEGURO, de la Tabla de Especificaciones de la Póliza, sujeto a las siguientes disposiciones:

1. Esta cláusula es aplicable únicamente si el Inciso "C" COBERTURAS DEL SEGURO, así lo indica. El reembolso de Gastos Médicos es efectivo en caso de gastos incurridos por:

Cargos hechos por el hospital incluyendo el cuidado de la madre y el niño, mientras ésta se halle recluida en el hospital, conjuntamente con cualquier cargo hecho por el médico o cirujano que realizó el procedimiento quirúrgico o por una comadrona autorizada.

2. Este beneficio es pagadero una vez por cada embarazo e incluye cualquier complicación relacionada con el embarazo.
3. Serán elegibles para gozar de los beneficios de maternidad todas las esposas de empleados asegurados y las empleadas casadas que estén aseguradas conforme esta Póliza, en la categoría de "familia".
4. Los reembolsos por los beneficios de maternidad serán efectuados a la empleada asegurada casada, o a la esposa dependiente, a causa de embarazo originado después de la fecha efectiva del seguro.
5. En reclusiones de maternidad que requieran operación abdominal, tales como cesárea o embarazo extra-uterino, la cantidad máxima pagadera por este beneficio será aumentada hasta un 150% del máximo mostrado en el Inciso "C" COBERTURA DEL SEGURO, de la Tabla de Especificaciones de la Póliza.
6. En el caso de terminación del empleo de empleadas aseguradas, que sean elegibles para la cobertura de Gastos Médicos por maternidad, conforme esta Cláusula, el beneficio será continuado sin más pago de primas, para aquellos embarazos que tuvieran su inicio antes de dicha terminación. Después que la cobertura cese para esposas dependientes, no se pagará ningún beneficio, salvo que hayan estado inscritas en categoría de familia durante los últimos siete (7) meses.

CLÁUSULA 22 BENEFICIOS MEDICOS POR RECLUSION EN UN HOSPITAL

Si a consecuencia de una incapacidad, un Asegurado mientras esté recluso en un hospital, incurre en gastos por visitas y tratamiento médico, por cualquier causa que no fuere embarazo, la Compañía reembolsará tales gastos hasta la cantidad máxima por visita y por incapacidad mostradas en el Inciso "C" COBERTURA DEL SEGURO, de la Tabla de Especificaciones de la Póliza. Este beneficio estará sujeto a las siguientes estipulaciones.

1. No se pagarán beneficios por los servicios de un cirujano o anestesiólogo por los cuales se paguen beneficios conforme la Cláusula 20-Beneficios de Cirugía y Anestesia; ni por visitas de médicos después de practicada una operación quirúrgica.
2. El pago se hará nada más por una visita al día, este pago en ningún caso excederá la cantidad que haya sido realmente cargada al asegurado.

CLÁUSULA 23 OTROS BENEFICIOS POR ATENCIONES MEDICAS

Si a consecuencia de una incapacidad, un Asegurado incurre en gastos por visitas y tratamiento médico por cualquier razón que no fuere embarazo, la Compañía reembolsará tales gastos hasta la cantidad máxima por visita, y por incapacidad, indicadas en el Inciso "C" COBERTURA DEL SEGURO, de la Tabla de Especificaciones de la Póliza. Este beneficio estará sujeto a las siguientes disposiciones:

1. Definiciones:
 - A. Consulta: Visita y tratamiento médico proporcionado en la clínica del Doctor.
 - B. Visita del Médico: atención y tratamiento médico, proporcionado en la casa del Asegurado.
 - C. Consulta a Especialistas: atención y consulta a un especialista competente siempre y cuando dicha consulta haya sido ordenada por anticipado por el médico de cabecera.
2. Limitaciones:
 - A. Los beneficios conforme esta Cláusula se limitan a los 3 tipos de visitas arriba descritas.
 - B. El pago se hará nada más que por una visita de cualquier tipo en un día cualquiera. El pago en ningún caso excederá la cantidad que haya sido realmente cargada al asegurado.
 - C. En el Inciso "C" COBERTURA DEL SEGURO, numeral 23-C, se muestra el número de visitas iniciales que no tendrán cobertura. Para efecto de esta limitación, las visitas del médico y las consultas serán consideradas como un solo tipo de visitas.
 - D. No se pagarán más de 5 consultas a especialistas por una misma incapacidad.
 - E. El máximo por incapacidad mostrado en el Inciso "C" COBERTURA DEL SEGURO, de la Tabla de Especificaciones de la póliza, se aplica a la suma de todos los pagos por consultas, visitas del médico, o consultas a especialistas.

CLÁUSULA 24 BENEFICIOS DE LABORATORIO Y RAYOS X PARA DIAGNOSTICO

Si a consecuencia de una incapacidad, un asegurado incurre en gastos por examen de Rayos X para diagnóstico, pruebas de laboratorio, pruebas microscópicas o análisis, por cualquier razón que no fuere embarazo, la Compañía reembolsará tales gastos en exceso del deducible y hasta el límite máximo indicado en el Inciso "C" COBERTURA DEL SEGURO, de la Tabla de Especificaciones de la Póliza, siempre que dichos exámenes sean hechos u ordenados por un médico colegiado. El deducible y límite máximo se aplicarán para cada incapacidad.

Ningún beneficio será pagado conforme esta Cláusula por Roentgenoterapia o por cualquier examen radiológico efectuado durante la reclusión de un asegurado.

CLÁUSULA 25 BENEFICIO POR GASTOS MEDICOS MAYORES

Si un empleado o dependiente, mientras esté asegurado conforme esta Póliza incurre en Gastos Médicos cubiertos (según se define más adelante) debido a una incapacidad (lesión corporal accidental o por tratamiento médico de e enfermedad), la Compañía pagará el 80% del exceso de los Gastos Médicos cubiertos que excedan del deducible inicial de Q. Ver endoso 01-2012 los cuales deben ser acumulados en un período de un año calendario hasta lo indicado en el Inciso "C" COBERTURA DEL SEGURO, de la Tabla de Especificaciones de la Póliza, siempre que dichos exámenes sean hechos u ordenados por un médico colegiado. El deducible corresponde al Asegurado como su participación en la reclamación, en virtud de la aplicación del Coaseguro.

1. El beneficio Máximo es la acumulación de las sumas pagaderas durante la vida de cada Asegurado. Si un Asegurado ha recibido por lo menos 75% del Beneficio Máximo, este puede ser restablecido si el Asegurado suministra a la Compañía evidencias satisfactorias de asegurabilidad.
2. El término "Gastos Médicos Cubiertos" significa los gastos en que incurra un empleado asegurado por razón de enfermedad propia o de sus dependientes asegurados, en concepto de tratamiento, servicios o medicamentos ordenados por un médico colegiado. En ningún caso serán reconocidos como Gastos Médicos Cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios por el cuidado del Asegurado o de sus dependientes asegurados. No se pagará gasto alguno en exceso de la cantidad que usualmente deba reconocerse por el servicio o medicamento que se trate.

Se considera que un gasto cubierto está incurrido en la fecha de suministro del servicio o de la compra de medicinas. Los Gastos Médicos Cubiertos no incluirán cantidades sujetas a reembolso por concepto de cualquier otro beneficio de esta Póliza. Ni por aquellos gastos excluidos expresamente en la Cláusula 26 "EXCLUSIONES".

Los Gastos Médicos Cubiertos incluirán cargos hechos por:

1. Beneficios Diarios como se definen en la Cláusula 18 Literal "A" hasta: un máximo por día de:
 - A. Q. Ver endoso 01/2013-2014 mientras los beneficios se paguen bajo Cláusula 18 Literal "A".
 - B. Q. Ver endoso 01/2013-2014 después de agotarse el Beneficio Máximo por Incapacidad.

2. Todos los cargos por otros servicios y medicamentos suministrados por atención médica en el hospital.
3. Anestesia y su administración.
4. Servicio de ambulancia para el transporte al hospital local.
5. Honorarios del médico por cirugía y tratamiento médico, sin exceder la cantidad que indique la tabla de operaciones quirúrgicas.

El tratamiento dental será excluido de este beneficio a excepción del tratamiento especificado en el párrafo siguiente:

6. Servicios dentales suministrados por un médico, dentista o cirujano dental por el tratamiento de lesiones accidentales, causadas a los dientes naturales, por medios externos y violentos, dentro de los seis meses subsiguientes al accidente (tal tratamiento incluirá reemplazo de dichos dientes naturales dentro del período especificado)
7. Gastos causados como paciente externo del hospital y cuentas por servicios clínicos, inclusive exámenes de laboratorio y radiología.
8. Honorarios por servicios privados de enfermería, en el hospital, suministrados por una enfermera graduada que no sea pariente del asegurado ni resida en el hogar del mismo.
9. Los otros servicios y medicamentos siguientes:

Oxígeno y alquiler del equipo para su administración, exámenes de Laboratorio y Rayos X (excluidos los servicios dentales suministrados por médico, dentista o cirujano dental, que no sean los indicados en el inciso 6 de esta Cláusula), tratamiento por Rayos X, por radio o por otras sustancias radioactivas; tratamiento de fisioterapia, por una persona calificada que no sea familiar o pariente del asegurado.

Drogas y medicinas suministradas contra receta médica, por una droguería o farmacia autorizada, Vendajes quirúrgicos, Sangre y Plasma sanguíneo, Miembros y ojos artificiales, necesitados por lesión corporal accidental o enfermedades que ocurran mientras el individuo está asegurado por esta Póliza.

Enyesados, entablillados, bragueros, abrazaderas y muletas. Alquiler de sillas de ruedas, cama de hospital, o pulmón de hierro.

10. Tratamiento Psiquiátrico y/o Psicossomático hasta un máximo de 20 tratamientos al año un máximo de Q. 50.00 por tratamiento, siempre y cuando el asegurado este hospitalizado, en una institución definida como HOSPITAL en la Cláusula 17 de esta Póliza.

CLAUSULA 26

Esta Póliza no cubre beneficio alguno por: **EXCLUSIONES**

1. Lesión causada a si mismo estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales, siempre que en el primer caso, dicha lesión sea voluntariamente causada.
2. El tratamiento del alcoholismo crónico o de adicción a drogas, alergias, desórdenes mentales o nervios.
3. Lesión o enfermedad que resulta a consecuencia de insurrección o de guerra declarada o no, o de participación en motines, huelgas, o conmociones civiles, o lesiones causadas por armas de fuego, contundentes o punzo cortantes.
4. Curas de rejuvenecimiento, curas de reposo, convalecencia, curas de custodia o períodos de cuarentena o aislamiento.
5. Cirugía estética o tratamiento cosmético, a menos que sea necesitado por una lesión accidental que ocurra mientras el Asegurado esté cubierto por esta Póliza.
6. Gastos de exámenes médicos generales, tratamiento dental, exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto, aparatos para el oído.
7. Cualquier tipo de transporte utilizado para el traslado del paciente, que no sea un servicio de ambulancia local.
8. Enfermedad o accidente que se hubiere originado antes de la fecha de vigencia de la cobertura del Asegurado, sin embargo, esta exclusión no será aplicable después de 90 días de cobertura continua sin incurrir en Gastos Médicos por dicha enfermedad o accidente.
9. Embarazo, incluyendo el parto, aborto espontáneo y operación cesárea, excepto según se estipula en la Cláusula 21 Beneficios de Maternidad. Si el numeral 21 del Inciso "C" COBERTURA DEL SEGURO, de la Tabla de Especificaciones de la Póliza no muestra ninguna cantidad, entonces no se pagarán beneficios a causa de ningún embarazo.

CLÁUSULA 27

DUPLICIDAD EN COBERTURA

Los beneficios de esta Póliza no se duplicarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan colectivo, por el cual cualquier Asegurado sea o pueda llegar a ser elegible. Cuando algún Asegurado este cubierto también por algún otro beneficio que duplique las coberturas de esta Póliza, los beneficios del mismo se reducirán a una cantidad igual al complemento que resulte para que el pago del beneficio duplicado sea igual al 100% de los beneficios estipulados por esta Póliza. Si únicamente esta Póliza estipula la no duplicidad de beneficios serán pagaderos primeramente por todos los demás planes duplicados. Si el Asegurado goza de beneficios similares a los descritos por esta Póliza e incurre en gastos médicos, la forma de pago será como sigue:

1. El plan que cubra el Asegurado como empleado determinará sus beneficios, antes que un plan que cubra a dicha persona como dependiente.
2. El plan que cubra al Asegurado como dependiente de un empleado-hombre, determinará sus beneficios antes que un plan que lo cubra dependiente de un empleado mujer.

3. Si los dos incisos anteriores no establecen un orden de prioridad, el plan que haya cubierto al Asegurado por más tiempo determinará los beneficios.

Lo anterior no se aplicará si los derechos o beneficios duplicados son por estar asegurados bajo una Póliza Individual de Seguro.

CLÁUSULA 28 EXTENSION DE BENEFICIOS

No obstante las disposiciones de las Cláusulas y de los beneficios de la Póliza, continuarán siendo pagaderos, siempre y cuando ésta continúe en vigor al momento en que dichos gastos de hospital fueron incurridos respecto a una incapacidad originada antes de la fecha de terminación del Seguro Individual del empleado o de su dependiente. Sin embargo, esta extensión de beneficios será por solo 30 días, contados a partir de la fecha en que el empleado o dependiente terminaron su cobertura.

CLÁUSULA 29 PAGO A FAMILIARES

Si una persona asegurada presenta una reclamación y fallece antes de que esta fuera liquidada, el pago se efectuará a los herederos legales del Asegurado.

CLÁUSULA 30 TERMINACION DE LA PÓLIZA

Si en el primer aniversario de la Póliza, siguiente a la fecha del vencimiento de la misma, o en cualquier fecha posterior de vencimiento de primas, los empleados asegurados conforme esta Póliza, (a) son menos de 10 en número, o (b) son menos del 75% de aquellos que fueron elegibles para el seguro, la Compañía podrá dar por terminada esta Póliza, previa aviso escrito al Contratante, con no menos de 31 días de anticipación a la fecha en que debe surtir efecto la mencionada terminación.

CLÁUSULA 31 RECLAMACIONES

Aviso de Reclamación: El aviso escrito de lesión, o enfermedad sobre la cual pueda establecerse una reclamación deberá ser entregado prontamente a la Compañía, y en todo caso, dentro de los 14 días de haberse incurrido cualquier gasto médico por el cual puedan reclamarse los beneficios.

El aviso dado por o en nombre del reclamante a la Compañía o a cualquiera de sus agencias autorizadas, con datos suficientes para identificar al empleado asegurado, se considerará como aviso a la Compañía.

Prueba de la Pérdida: Al recibir tal aviso, la Compañía suministrará los formularios para la presentación de la prueba de pérdida. Los formularios deben llenarse y devolverse a la Compañía dentro de los 60 días siguientes a la fecha de terminación del período por el cual se hace la reclamación.

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

Exámenes: La Compañía tendrá el derecho y oportunidad por medio de su representante médico, de examinar a la persona del empleado cuando y tantas veces como lo crea necesario mientras esté pendiente de pago una reclamación según la presente Póliza.

Pago de Reclamación: Los beneficios serán pagaderos al empleado asegurado, excepto en el caso que la Compañía determine que el empleado Asegurado es incompetente o por cualquier razón incapaz de otorgar un recibo firmado y no hay un tutor asignado; en tal caso, la Compañía pagará la cantidad que de otro modo sería pagadera al empleado, a la persona o institución que demuestre en forma fehaciente que tiene la representación legal del empleado.

Procedimientos Judiciales: Ninguna acción Judicial podrá ser presentada contra esta Póliza, para lograr el pago de una reclamación a menos que haya transcurrido el plazo que otorga la Ley (Artículo 15 del Decreto Ley No.473 y Artículo 30 del Reglamento del Decreto Ley No.473).

Si el Asegurado ha comunicado el caso a la superintendencia de Bancos, conforme lo preceptuado en los artículos 15 del Decreto Ley 473 y 30 de su respectivo Reglamento, al término señalado para promover la acción judicial se contará a partir de la fecha de la notificación de la Resolución de la superintendencia de Bancos.

Plazo de Prescripción: Todas las acciones que deriven de un contrato de seguro, prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Plazo para Beneficiarios: Si el beneficiario no tiene conocimiento de su derecho, la prescripción se consumará por el transcurso de cinco años contados a partir del momento en que fueron exigibles obligaciones del asegurador.