

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

MAPFRE | Seguros Guatemala, S. A., se compromete a pagar al Asegurado Principal bajo la cobertura de esta póliza, los gastos médicos incurridos por éste y/o sus Dependientes Asegurados de conformidad con los términos y condiciones de esta póliza.

La cobertura está sujeta a las condiciones de esta póliza, al máximo vitalicio incluyendo los montos de deducibles aplicables, y a los límites estipulados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

### **I. CLÁUSULA PRIMERA: DEL CONTRATO**

#### **1. CONTRATO**

Estas Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, la Carátula de la Póliza, el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y/o los Anexos que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen, previa aceptación de las partes, constituyen el Contrato de Seguro entre el Asegurado y MAPFRE | Seguros Guatemala, S. A. (en adelante denominada la Aseguradora).

#### **2. ESTIPULACIÓN LEGAL**

El Asegurado, al recibir esta Póliza debe cerciorarse que concuerde con la Solicitud de Seguro 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”.

Esta póliza se regirá e interpretará de conformidad con la legislación aplicable a la actividad aseguradora y le son aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala relacionadas con el contrato de seguro, así como cualquier otra legislación general vigente y aplicable a la materia de la República de Guatemala.

### **II. CLÁUSULA SEGUNDA: DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS, LOS BENEFICIOS CUBIERTOS Y LAS EXCLUSIONES**

#### **1. DE LA COBERTURA DE GASTOS MEDICOS Y LOS BENEFICIOS CUBIERTOS**

Si durante la vigencia de esta póliza, y como consecuencia directa de accidente y/o enfermedad cubierta, el Asegurado y sus Dependientes Asegurados se vieran precisados a someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud y siempre que éstos le sean proporcionados por instituciones de salud o por médicos que se encuentren legalmente autorizados para el ejercicio de su actividad, la Aseguradora pagará los gastos médicos cubiertos Usuales, Acostumbrados y Razonables hasta la suma asegurada contratada estipulada en la Carátula de la Póliza y en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, ajustándola previamente en su caso, al deducible, copagos y participación del Asegurado, así como a las limitaciones consignadas en la póliza.

## **BENEFICIOS CUBIERTOS**

### **1.1 GASTOS DEL HOSPITAL**

La Aseguradora cubrirá los gastos erogados en un Hospital, los cuales comprenden:

- a. La utilización de la sala de operaciones, recuperación y curaciones.
- b. Estancia del Asegurado por habitación privada o semi-privada y alimentos.
- c. Estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedio y/o unidad de cuidados intensivos.

### **1.2 GASTOS AMBULATORIOS**

La Aseguradora cubrirá los gastos erogados por los tratamientos o servicios médicos proporcionados que no requieren de una admisión intra-hospitalaria.

### **1.3 HONORARIOS MÉDICOS**

**HONORARIOS DEL CIRUJANO:** Los honorarios del cirujano se cubren con base en los honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables que corresponden a los procedimientos quirúrgicos realizados, o con base en las tarifas especiales establecidas o pactadas por la Aseguradora para un área geográfica, país o proveedor determinado.

**HONORARIOS DEL ANESTESIÓLOGO:** Los Honorarios del Anestesiólogo se cubren con base en los honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables en proporción a los honorarios médicos cubiertos del cirujano principal para los procedimientos quirúrgicos realizados, o con base en las tarifas especiales establecidas o pactadas por la Aseguradora para un área geográfica, país o proveedor determinado.

**HONORARIOS DEL MÉDICO-CIRUJANO ASISTENTE:** Los Honorarios del Médico/Cirujano Asistente se cubren con base en los honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables en proporción a los honorarios médicos cubiertos del cirujano principal para los procedimientos quirúrgicos realizados, o con base en las tarifas especiales establecidas o pactadas por la Aseguradora para un área geográfica, país o proveedor determinado.

**HONORARIOS DE ENFERMERO (A):** Si el médico tratante determina que es indispensable, se cubrirán los honorarios de enfermero(a) de acuerdo a las tarifas especiales establecidas o pactadas, pudiendo amparar las veinticuatro (24) horas del día en diversos turnos (máximo 3) y hasta un máximo de treinta (30) días calendario. El servicio prestado de enfermero (a) siempre deberá ser intra-domiciliario y será cubierto por reembolso.

**HONORARIOS MÉDICOS POR CONSULTA:** Quedan cubiertos los honorarios médicos por consulta de alguna enfermedad/accidente cubierto por la póliza, así como las consultas del médico tratante previas a la intervención quirúrgica y posteriores a los quince (15) días subsecuentes del alta hospitalaria, necesarias para el restablecimiento de la salud a *excepción de las consultas de rutina (control prenatal, chequeos, atención de niño sano, etc.)* El pago por estas consultas estarán sujetos a honorarios médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables.

### **1.4 MEDICAMENTOS**

**MEDICAMENTOS:** Los gastos erogados por medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital siempre que sean prescritos por el médico tratante y relacionados con la enfermedad/accidente cubierto.

**MEDICAMENTOS POR RECETA MÉDICA:** Se cubren solamente los medicamentos que requieran de receta médica para ser expedidos y no sean de venta libre, y sean dispensados por un médico o farmacéutico autorizado. En todos los casos la reclamación deberá estar acompañada de la receta médica y factura correspondiente con el desglose de los medicamentos.

### 1.5 GASTOS DE DIAGNÓSTICO

Los gastos erogados por análisis de laboratorio, estudios de Rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalogramas, tratamiento con terapia radioactiva, fisioterapia o cualquier otro que esté médicamente justificado para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades/accidentes cubiertos por esta póliza, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante y no sean de tipo experimental o en fase de investigación

### 1.6 OTROS BENEFICIOS APLICABLES A LA OPCIÓN DE SEGURO A ELEGIR

La Aseguradora amparará:

#### A) Maternidad:

El beneficio máximo de gastos cubiertos de maternidad es el indicado en el Cuadro de Beneficios estipulado en la Carátula de la Póliza. Este beneficio incluye los gastos pre y post natales, atención de parto (natural o cesárea), y gastos del recién nacido.

El período de espera para esta cobertura es de diez (10) meses continuos e ininterrumpidos a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, por lo que los gastos por maternidad sean elegibles a reembolso, el parto normal, cesárea o aborto espontáneo debe ocurrir diez (10) meses después de estar la persona asegurada con este beneficio.

El beneficio de maternidad aplica para Aseguradas Principales y Cónyuges/Convivientes, a *exclusión de las hijas dependientes*.

#### a.1. Embarazo y Parto

Este beneficio ampara el evento final al que llegue por embarazo la Asegurada cubierta con este beneficio, tratándose de parto normal, cesárea o aborto espontáneo.

El beneficio contratado en la presente póliza, incluye cualquier complicación que pueda resultar durante el período de gestación y, durante y después del parto normal, cesárea o aborto espontáneo, hasta el monto indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

Las complicaciones del embarazo se consideran como enfermedad sujeta a la suma asegurada, deducible, copago y porcentaje de participación del Asegurado aplicables a la cobertura de gastos médicos.

#### a.2. Gastos por Atención del Recién Nacido

La Aseguradora cubrirá los gastos elegibles y médicamente necesarios en la atención médica y hospitalaria del recién nacido en el momento de su nacimiento y, siempre y cuando, se cumplan todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. Que la madre esté cubierta bajo el Beneficio de Maternidad y que el embarazo que dio como resultando el alumbramiento del recién nacido sea elegible;
- b. La póliza se encuentre vigente;
- c. Sujeto a los límites máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de esta cobertura en particular, o bien a cualquier servicio específico en particular asociado a este beneficio.

#### a.3. Gastos por Atención del Recién Nacido Prematuro

La Aseguradora cubrirá los gastos elegibles y médicamente necesarios en la atención médica y hospitalaria del recién nacido prematuro a partir del primer (1º) día de vida, siempre y cuando se cumplan todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. Que la madre esté cubierta bajo el Beneficio de Maternidad y que el embarazo que dio como resultando el alumbramiento del recién nacido sea elegible;
- b. La póliza se encuentre vigente;

- c. *Los gastos no sean incurridos a consecuencia de un Padecimiento o una Enfermedad o Lesión Congénita del recién nacido.*
- d. Sujeto a los límites máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a este beneficio.
- e. Sujeto al límite indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

#### **B) Control del Niño Sano:**

Cubre los gastos por control pediátrico y vacunas, hasta el cumplimiento de los 5 años, hasta el límite máximo anual establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

#### **C) Condiciones Congénitas y/o Hereditarias:**

Este beneficio ampara el límite máximo de por vida para las Condiciones Congénitas y/o Hereditarias del hijo dependiente que se manifiesten antes de los dieciocho (18) años de edad. El beneficio excluye condiciones congénitas y/o hereditarias que sean resultado de un tratamiento de fertilidad, o de cualquier tipo de procedimiento de Fertilidad Asistida. En casos de un parto múltiple cubierto por la póliza que no es producto de un tratamiento de fertilidad o de cualquier tipo de procedimiento de Fertilidad Asistida, cada hijo (a) dependiente recién nacido tendrá derecho al límite máximo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la póliza.

#### **D) Tratamiento Dental por Accidente:**

La Aseguradora cubre los gastos del tratamiento necesario para la reconstrucción o el remplazo de piezas dentales naturales sanas, que hayan sido dañadas o perdidas a consecuencia de un accidente ocurrido estando la póliza en vigor, siempre que tal tratamiento sea provisto dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a dicho accidente.

#### **E) Servicios de Ambulancia Terrestre o Aérea**

La Aseguradora cubrirá los gastos erogados por este servicio considerando el área geográfica donde haya sido prestado el servicio de ambulancia para la debida atención médica del Asegurado. Estarán limitados a un (1) viaje de traslado al hospital por una emergencia médica y en caso de requerir el servicio para transporte intra-hospitalario por causa de una emergencia médica, se limita a un (1) viaje entre instituciones hospitalarias. Este servicio incluye solamente los siguientes rubros:

- a. Ambulancia Terrestre;
- b. Ambulancia Aérea.

Todo lo anterior siempre sujeto a los límites, participación del Asegurado, y/o deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza vigentes y al momento de la ocurrencia del gasto y condicionado en adición a los requisitos siguientes:

- a. El Asegurado muestre síntomas de incapacidad o enfermedad/accidente cubiertas bajo la Póliza;
- b. El tratamiento no esté disponible donde el Asegurado esté hospitalizado.

En el caso de ambulancia aérea se requerirá, además:

- a. Pre-autorización por escrito de la Aseguradora y la coordinación entre la Aseguradora y el médico tratante del Asegurado para los arreglos correspondientes para el transporte en una ambulancia aérea, la cual deberá llevar personal y equipos adecuados;
- b. Que la condición médica del Asegurado no le permita viajar en una aerolínea regular de pasajeros;

#### **F) Trasplantes de Órganos y/o Tejidos**

La Aseguradora cubrirá este beneficio hasta el monto máximo indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza por Asegurado. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con

anticipación por la Aseguradora. Una vez que el médico haya determinado y documentado la necesidad de trasplantar un órgano y/o tejido, la Aseguradora puede solicitar una segunda opinión médica cuyo costo correrá por su cuenta cuando así lo considere necesario.

### **G) Terapia física y rehabilitación**

La Aseguradora cubrirá el máximo de visitas estipuladas en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, por año póliza, siempre y cuando esté coordinado y aprobado por la Aseguradora. Si se considerara médicamente necesario, se podrá aprobar una extensión del número de terapias.

### **H) Terapias alternativas**

La Aseguradora cubrirá el máximo de visitas estipuladas en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, por año póliza, los cuales comprenden: servicios quiroprácticos, psiquiátricos o psicológicos que se requieran debido a la complicación de una condición cubierta por esta Póliza. Dicho beneficio debe ser coordinado y aprobado con anterioridad por la Aseguradora.

### **I) VIH/SIDA**

La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de la infección de VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia humana), siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el período de espera estipulada por este beneficio en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y hasta el máximo disponible consignado en Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

### **J) Cobertura para actividades y deportes peligrosos**

La Aseguradora cubrirá los costos relacionados con tratamientos médicos derivados de la práctica de actividades y deportes peligrosos: montañismo, buceo, paracaídas libre y motocross, tanto de forma amateur como profesional o por compensación, siempre que se incluya en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

### **K) Cobertura para Dependiente de Asegurado Principal fallecido:**

En caso de fallecimiento del Asegurado Principal, la Aseguradora otorgará cobertura médica gratuita a los Dependientes Asegurados ya incluidos en la póliza. Este beneficio estará en vigor por el plazo de un año, contado a partir de la fecha de fallecimiento del Asegurado Principal y quedarán cubiertos en el mismo plan en que estaban registrados, aplican las siguientes condiciones especiales:

- a. La cobertura otorgada se mantiene siempre y cuando la póliza estuviere en vigor al momento del fallecimiento del Asegurado Principal.
- b. Los familiares Dependientes deberán haber estado asegurados como mínimo un año en la póliza.
- c. El reembolso de los gastos médicos de los dependientes se efectuará al padre o madre que sobreviva o a quien ejerza la patria potestad.

### **L) Ayuda de Sepelio para Dependientes:**

Se incluye la cobertura de ayuda de sepelio para Asegurados Dependientes. El beneficio es una ayuda de servicio funerario por el monto establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, con el requisito que la póliza deberá estar vigente.

Para cubrir a un Asegurado Dependiente fallecido deberá estar incluido en los registros de la Aseguradora y haber estado asegurado como mínimo un año en la póliza.

## **2. DE LAS EXCLUSIONES**

Esta póliza no cubre gastos médicos relacionados a las causas, complicaciones, ni tratamientos relacionados con:

1. Cualquier tratamiento, enfermedad, lesión o accidente, resultantes de cualquier servicio o suministro que:
  - a. No sea Medicamento Necesario; o
  - b. Sea para un Asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un Médico o profesional legalmente calificado; o
  - c. No sea autorizado o prescrito por un médico o por un profesional calificado como idóneo en el país donde se da la atención médica; o
  - d. Sea un Cuidado Paliativo, o
  - e. No sea probado científicamente o que esté todavía en la fase investigativa
2. Cualquier atención o tratamiento por enfermedades o lesiones causadas a sí mismo (auto infligidas), estando el Asegurado en su juicio o no; suicidio, conato de suicidio o suicidio fallido.
3. Cualquier atención o tratamiento por enfermedades o lesiones como consecuencia del abuso de alcohol; uso o abuso de drogas o estupefacientes; uso de sustancias ilícitas o el uso ilícito de sustancias controladas; estar en estado de embriaguez o estar bajo la influencia de drogas estupefacientes.
4. Cualquier atención o tratamiento por lesiones a consecuencia de riñas o actos delictivos, provocados por el Asegurado o de un miembro de su familia, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa, propia o de su familia.
5. Cualquier gasto relacionado con Condiciones Pre-existentes como se definen en esta póliza incluyendo, cualquier complicación y tratamiento relacionado con las condiciones excluidas.
6. Cualquier condición diagnosticada dentro de los primeros treinta (30) días posteriores a la fecha de inicio de vigencia de la póliza no relacionadas con una enfermedad de origen infeccioso o con lesiones originadas por accidentes.
7. Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido para el tratamiento indicado o que sea considerado Experimental o incluyendo cualquier servicio, tratamiento y/o gasto médico derivado, así como sus complicaciones.
8. Cualquier tratamiento o gasto en una institución gubernamental (tales como hospitales del seguro social) o privada en la que el Asegurado tenga derecho a cuidados gratuitos, o servicios y tratamientos por los cuales no habría que pagar de no existir un seguro médico. Esto incluye los costos por procedimientos que se efectúen en instituciones que reciban fondos gubernamentales o privados relacionados con un proyecto de investigación para el procedimiento en cuestión.
9. Cualquier gasto por exámenes de rutina de la vista y oídos, dispositivos auditivos, implantes cocleares, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y/u otros procedimientos para corregir trastornos de refracción visual.
10. Cualquier gasto por maternidad, salvo que esté incluida en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
11. Cualquier gasto por recién nacido, salvo que esté incluido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
12. Cualquier gasto por recién nacido prematuro, salvo que esté incluido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
13. Cualquier gasto de cuidados de maternidad o del Recién Nacido que estén relacionados con un embarazo no cubierto por esta Póliza, incluyendo las complicaciones de maternidad y las complicaciones del nacimiento.
14. Complicaciones de embarazos o de Recién Nacidos que resulten por el uso de métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad.
15. Cualquier interrupción del embarazo voluntariamente inducido, a menos que la vida de la madre esté en peligro.

16. Cualquier Condición Congénita y/o Hereditaria y sus consecuencias, salvo que esté incluido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
17. Cualquier gasto por servicios y/o suministros médicos determinados que excedan lo Usual, Acostumbrado y Razonable, teniendo en cuenta el lugar de ocurrencia del mismo.
18. Cualquier tratamiento de lesiones y sus complicaciones y secuelas sufridas por un Asegurado mientras es miembro activo de una unidad de seguridad pública policial o militar.
19. Cualquier tratamiento de lesiones o enfermedades y sus complicaciones y secuelas provocadas por materiales nucleares o radioactivos, polución o contaminación ambiental.
20. Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, tratamiento por infertilidad, inseminación artificial o implantación de embriones in-vitro, enfermedades de la madre y del recién nacido que sean resultado de un tratamiento de fertilidad o de cualquier tipo de procedimiento de Fertilidad Asistida, tratamiento o prótesis para mejorar o restablecer la función sexual, disfunción o inadecuación sexual, trastornos relacionados con el virus del papiloma humano (VPH) y/o Enfermedades transmisibles sexualmente.
21. Cualquier gasto, servicio, o tratamiento para la obesidad, control de peso, reducción o ganancia de peso y alteraciones del crecimiento de la talla corporal, incluyendo cualquier tipo de suplemento alimenticio, cirugía bariátrica o de derivación gástrica (“bypass”), sus complicaciones, tratamientos y cualquier tipo de procedimiento quirúrgico destinado a la pérdida de peso.
22. Cualquier tratamiento de los pies que no esté relacionado con infecciones, tumores malignos o trauma, incluyendo, pero no limitado a callos, callosidades, hallux valgus (juanetes), dedo en martillo, Neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles u otros trastornos sintomáticos de los pies, incluyendo pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.
23. Cualquier tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento independientemente del motivo por el cual ha sido indicado, y tratamiento con estimulador o estimulación del crecimiento óseo.
24. Cualquier tratamiento dental no relacionado con un accidente cubierto por esta Póliza o cuando un tratamiento dental por accidente cubierto por la Póliza, comienza después de 90 días calendario de la fecha del accidente cubierto por la póliza.
25. Cualquier tratamiento del maxilar superior, la mandíbula, la articulación temporomandibular y su complejo de músculos, nervios, y otros tejidos conectivos relacionados con la misma, a menos que sean secundarios al tratamiento de cáncer o un accidente cubierto por esta Póliza.
26. Cualquier gasto por hospitalizaciones por tratamientos médicos que puedan efectuarse de forma ambulatoria o gastos por hospitalizaciones de más de veintitrés (23) horas previas a una cirugía programada.
27. Cualquier gasto por cuidados de custodia y costos relacionados con servicios o suministros usados comúnmente en el hogar.
28. Cualquier gasto por equipos de diálisis portátiles o para ser usados en el hogar, a menos que la Aseguradora los apruebe expresamente.
29. Cualquier gasto por suplementos alimenticios, a no ser que sean administrados a un Asegurado que esté hospitalizado.
30. Cualquier gasto por medicamentos de venta libre o sin receta médica.
31. Cualquier gasto por reemplazo de prótesis fijas o removibles y de prótesis externas o implantes del oído, excepto cuando la inserción de la prótesis original ha sido cubierta bajo esta póliza.
32. Cualquier gasto por tratamientos homeopáticos o cualquier tipo de medicina alternativa, salvo que se encuentre en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

33. Cualquier terapia física y de rehabilitación, salvo que se incluya en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
34. Cualquier tratamiento de lesiones o enfermedades y sus complicaciones y secuelas relacionadas con la participación del Asegurado en la práctica amateur o profesional de deportes salvo que se incluya en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
35. Cualquier tratamiento por cirugía electiva de carácter cosmético o reconstructivo y sus complicaciones y secuelas; o tratamientos médicos cuyo propósito principal sea de carácter estético, y sus complicaciones y secuelas, con la excepción de los casos en que dichos tratamientos sean médicamente indicados durante o después del tratamiento de una lesión, accidente o enfermedad cubierta por la Póliza, siempre y cuando dicha lesión, accidente o enfermedad haya ocurrido posteriormente a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.
36. Cualquier tratamiento por trastornos del sueño, apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica, alopecia, y trastornos de conducta o de aprendizaje.
37. Cualquier tratamiento por trastornos psiquiátricos o psicológicos, salvo que se incluya en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
38. Cualquier servicio médico proporcionado por el cónyuge, conviviente o por parientes del Asegurado hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad o por cualquiera otra persona que conviva con el Asegurado.
39. Cualquier tratamiento relacionado con procedimientos de implantes artificiales u órganos procedentes de animales. Los costos de la criopreservación por espacio de más de veinticuatro (24) horas, la preservación de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, o cualquier otro tejido o célula.
40. Cualquier tratamiento relacionado con procedimientos de Trasplantes, incluyendo, pero no limitado al Trasplante de órganos humanos, artificiales o de animales; salvo que se incluya en el Cuadro de Beneficios de esta Póliza.
41. Cualquier tratamiento relacionado con la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los gastos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); salvo que se incluya en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
42. Cualquier servicio médico suministrado por tercero obligado a cubrir el tratamiento médico del Asegurado por razón de la existencia de un contrato o por responsabilidad civil contractual.

### III. CLÁUSULA TERCERA: DE LOS REQUISITOS DEL ASEGURADO

#### 1. REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

##### Para el Asegurado Principal

El Asegurado Principal debe cumplir con los siguientes requisitos para ser elegibles:

- a. No ser menor de dieciocho (18) años de edad, ni mayor de setenta y seis (76) años de edad, al momento de solicitar el seguro; para efectos de renovación de la póliza, no existirá edad máxima.
- b. Se requerirá una evaluación médica completa para los Solicitantes a partir de los cincuenta (50) años de edad;
- c. Pagar la prima correspondiente.

La Aseguradora puede solicitar una evaluación médica, derivado de las respuestas proporcionadas en la Solicitud de Seguro.

##### Para los Dependientes elegibles:

Los dependientes elegibles son el (la) Cónyuge o el (la) Conviviente del Asegurado Principal y los hijos a partir del 10º. día de nacido. En todos estos casos, el vínculo se demostrará aportando a la solicitud los documentos de identificación respectivos.

La edad de elegibilidad del cónyuge no será menor de 18 años ni mayor de 76 años. El seguro para los hijos dependientes solteros después de cumplir los dieciocho (18) años de edad se mantiene en vigor hasta la Fecha de Renovación de la póliza.

A partir de los dieciocho (18) años de edad, es requisito que los hijos dependientes sean estudiantes a tiempo completo en un centro educativo acreditado en el momento en que la póliza es emitida o renovada y que dependen económicamente del Asegurado Principal, pueden ser Asegurados Dependientes hasta la siguiente Fecha de Renovación de la póliza después de cumplir los veinticuatro (24) años de edad.

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar una certificación o constancia de estudios por escrito por parte de la universidad o institución donde asiste el hijo (a) dependiente, según sea el caso.

La Aseguradora puede solicitar una evaluación médica, derivado de las respuestas proporcionadas en la Solicitud de Seguro.

Los Asegurados Dependientes dejarán de estar cubiertos en los siguientes casos:

- a. Si un hijo (a) dependiente contrae matrimonio, o deja de ser estudiante a tiempo completo;
- b. Si un Cónyuge cubierto bajo esta póliza deja de estar casado con el Asegurado Principal por razón de divorcio o por anulación del matrimonio; o
- c. Si el Conviviente deja de serlo, por ya no mantener una relación de vida doméstica con el Asegurado Principal.

En dichos casos, el seguro terminará en la Fecha de Renovación de la póliza siguiente al evento indicado.

Si un Asegurado Dependiente ya no es elegible debido a uno de los eventos indicados y cumple con los requisitos para ser Asegurado Principal, si así lo desea y paga la prima correspondiente, podrá optar por una póliza de seguro como Asegurado Principal sin necesidad de una evaluación de riesgo.

## **2. PAÍS DE RESIDENCIA**

Esta Póliza podrá ser emitida solamente a los residentes de Guatemala. El Asegurado Principal tendrá que notificar por escrito a la Aseguradora su cambio de residencia a otro país dentro de un período de treinta (30) días calendario después de haber efectuado dicho cambio. Si la Aseguradora tuviere conocimiento del cambio de residencia, la misma podrá cancelar la Póliza con aviso dado con 15 días de anticipación.

## **3. RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO**

### **3.1 Deducible Anual:**

Se aplicará un (1) Deducible Anual por cada Asegurado definido en la Póliza. La Aseguradora para ciertos beneficios y ciertos proveedores de la red, puede exonerar el pago de este deducible.

Los gastos médicos cubiertos en que incurra el Asegurado y cuyo monto sea menor al valor del deducible, podrán ser presentados a la Aseguradora para que le sean aplicados a su deducible.

### **3.2 Participación del Asegurado:**

Por cada reclamación el Asegurado deberá hacer frente a un porcentaje de participación de los gastos y al deducible estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

### **3.3 Copago:**

Para ciertos beneficios y ciertos proveedores de la red, el Asegurado deberá realizar un pago por cada gasto médico conforme lo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

#### **IV. CLÁUSULA CUARTA: DEL PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN**

##### **1. PRE-AUTORIZACIÓN DE RECLAMACIONES**

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. El Asegurado deberá notificar siempre a la Aseguradora sobre su intención o necesidad de hospitalizarse o someterse a una cirugía ambulatoria fuera del consultorio del Médico tratante y deberá obtener previamente la autorización correspondiente.

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 setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento.

##### **2. PAGO DIRECTO**

En el caso de que el Asegurado requiera y solicite la atención de los proveedores de la Red de Proveedores Preferidos 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 dichos proveedores, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, el Copago (si lo hubiera), así como el Deducible y la Participación del Asegurado que correspondan.

El servicio de Pago Directo estará sujeto a la oportunidad, viabilidad y procedencia del caso por parte de la Aseguradora.

Una vez aprobado el servicio de Pago Directo pactado con el proveedor de la Red por concepto de honorarios profesionales por un procedimiento, la Aseguradora no pagará ninguna otra cantidad por este mismo concepto.

##### **3. REEMBOLSO DE GASTOS**

El Asegurado Principal podrá realizar reclamos a la Aseguradora por gastos incurridos con otros proveedores de servicios médicos que no figuren en la Red de Proveedores Preferidos de conformidad con las condiciones de la Póliza, debiendo enviar los siguientes documentos a la Aseguradora para comenzar el proceso de Reclamo:

- a. Formulario (s) de Reclamación por cada enfermedad o accidente, debidamente completado y firmado. El (Los) formulario (s) será proveído a los Asegurados por los medios que la Aseguradora estime conveniente.
- b. Facturas originales de cada proveedor.
- c. Fotocopia de los expedientes médicos y documentos correspondientes, si así se requiriera.

El aviso 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 un reporte médico sobre el estado de salud del Asegurado.

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

Si el Asegurado Principal 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 pagará al Asegurado Principal la cantidad usual, acostumbrada y razonable de los gastos que le hayan sido sometidos. Si el Asegurado Principal 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.

## **V. CLÁUSULA QUINTA: DE LAS DISPOSICIONES GENERALES**

### **1. VIGENCIA DE LA PÓLIZA**

La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar o rechazar cualquier Solicitud de Seguro.

La fecha del inicio de la vigencia de la Póliza, será aquella que se indique como tal en la Carátula de la Póliza y estará condicionada al pago de la prima correspondiente.

La póliza tiene una vigencia de doce (12) meses y se renovará automáticamente por períodos de doce (12) meses adicionales con el pago de la prima correspondiente, sujeto a las definiciones, condiciones y otras disposiciones de la póliza vigente en el momento de la renovación.

### **2. RENOVACIÓN**

Al finalizar la vigencia de la Póliza estipulada en este Contrato, se entenderá como renovada la póliza por un nuevo período de igual duración. Las condiciones generales aplicables, serán las que rijan para el contrato de seguro en la fecha de renovación.

En tanto que, el incremento en la prima que se efectuará para cada renovación será tomando en cuenta entre otros, la edad del Asegurado y coberturas ofrecidas.

### **3. PAGO DE LA PRIMA**

El Asegurado Principal es responsable del pago oportuno. La prima es pagadera en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o en cualquier otra fecha de pago que haya sido convenida con la Aseguradora. El Asegurado Principal es responsable del pago sin necesidad de requerimiento previo por parte de la Aseguradora.

#### **4. PERÍODO DE GRACIA**

Si el pago de la prima no es recibido en la fecha de pago convenida, la Aseguradora concederá un período de gracia de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha en que debió efectuarse el pago. Si la prima no es recibida por la Aseguradora antes de que termine el período de gracia, esta póliza y todas sus coberturas se considerarán terminadas en la fecha original del vencimiento de la prima. En este caso ningún gasto será cubierto durante el período de gracia.

#### **5. PERÍODO DE ESPERA O CARENCIA**

Durante los primeros sesenta (60) días calendario contados a partir de la fecha de inicio de vigencia, se cubrirán solamente Accidentes y Enfermedades Infecciosas. La Aseguradora podrá exonerar al Asegurado del Período de Espera o Carencia, de forma tal que la cobertura comience en la Fecha de inicio de vigencia de la Póliza, lo cual se hará constar en el cuadro de beneficios.

#### **6. MÁXIMO VITALICIO**

Es la Suma Asegurada que tiene la Póliza durante todo el tiempo de su vigencia incluyendo las renovaciones, ya sea globalmente para todas las coberturas en conjunto o bien en particular para alguna cobertura específica o para algún beneficio o rubro de beneficio asociado a una o varias coberturas según se estipule en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la póliza, que correrá a cargo de la Aseguradora por cada Asegurado, como resultado de recibir servicios médicos y hospitalarios elegibles cubiertos bajo la Póliza, siempre y cuando, los servicios se reciban en el área geográfica de cobertura indicada en la Carátula de la Póliza.

#### **7. TERMINACIÓN DEL CONTRATO**

La póliza puede ser cancelada por una de las siguientes circunstancias:

- a. Por falta de pago de la prima, después del período de gracia, o
- b. A solicitud por escrito del Asegurado Principal para terminar su cobertura, o
- c. A solicitud por escrito del Asegurado Principal para terminar la cobertura para algún Asegurado Dependiente, o
- d. Por notificación por escrito de la Aseguradora con 15 días de anticipación en los casos previstos en el Código de Comercio de Guatemala, o
- e. Por cambio de país de residencia.

En caso de terminación del contrato por falta de pago de prima, el asegurado podrá solicitar su rehabilitación cumpliendo los siguientes requisitos:

- a. Pago de primas pendientes
- b. Comprobación de estado de salud de los asegurados

#### **8. LIMITACIÓN DE AUTORIDAD**

Ningún Intermediario de Seguro tiene autoridad para cambiar la presente póliza o eliminar ninguna de sus condiciones. Después de emitida, ningún cambio en la póliza será válido a menos que sea solicitado por escrito por el Asegurado y aprobado por la Aseguradora.

#### **9. DECLARACIONES FALSAS E INEXACTAS**

La Póliza será indisputable por omisión, falsa o inexacta declaración inmediatamente después de haber cumplido el segundo año de vigencia. En el caso de nuevos dependientes, la indisputabilidad en cuanto a estos será después de dos (2) años contados desde la fecha en que respectivamente quedan asegurados.

En el caso de declaración inexacta en la edad del Asegurado Principal y/o cualquier dependiente, la Aseguradora sólo podrá dar por terminado el Contrato, si la edad real estuviere fuera de los límites de admisión fijados por la Aseguradora.

Si la edad real del Asegurado estuviere dentro de los límites de admisión fijados por la Aseguradora y como consecuencia de la declaración inexacta de su edad, se hubiere fijado una prima menor o mayor, se procederá a ajustar la misma según corresponda.

Si la edad del Asegurado estuviera fuera de los límites de elegibilidad de la Aseguradora se procederá a la devolución de la prima no devengada.

Para los cálculos mencionados en este artículo se aplicarán las tarifas que hubieran estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato.

#### **10. BENEFICIARIOS**

En caso del fallecimiento del Asegurado Principal, la Aseguradora pagará cualquier beneficio pendiente de pago a los beneficiarios conforme a lo indicado en la solicitud de la póliza.

#### **11. OTROS SEGUROS**

De existir otro seguro de gastos médicos, incluyendo programas patrocinados por el gobierno, este hecho deberá ser declarado en el momento de adquirirlo o cuando se llene la Solicitud de Seguro original de la Aseguradora. En caso de reclamación, se deberá presentar verificación del otro seguro de gastos médicos y copia de las facturas desglosadas conjuntamente con la liquidación de los gastos pagados por la otra aseguradora. La Aseguradora procederá a establecer una coordinación de beneficios donde los montos pagados por la otra aseguradora serán aplicados de acuerdo a los beneficios y limitaciones de esta póliza. En dicha coordinación de beneficios también podrá aplicarse el reclamo primero con la Compañía y los gastos no cubiertos deberán presentarse a la otra aseguradora para su reembolso. El total de los pagos efectuados no podrá exceder el monto de los gastos incurridos.

#### **12. AVISOS Y NOTIFICACIONES**

El Asegurado Principal deberá enviar todas las notificaciones e informaciones que se relacionen con este contrato de seguro directamente a las oficinas centrales de la Aseguradora en la Ciudad de Guatemala, cuya dirección está señalada en la Carátula de la Póliza. La Aseguradora por su parte enviará las notificaciones pertinentes a la dirección que el Asegurado Principal señaló en la solicitud de la presente póliza o a la última dirección registrada en la Aseguradora.

#### **13. RESOLUCIÓN DE ASUNTOS LITIGOSOS**

Ambas partes acuerdan someter las diferencias surgidas de la aplicación, ejecución o interpretación de esta póliza en los tribunales ordinarios competentes de la República de Guatemala o procedimiento arbitral previsto en el Decreto 67-95 del Congreso de la República, para cuyos efectos se observarán las reglas siguientes:

- a. Si la controversia gira alrededor de la caducidad o alcances de cobertura de la póliza o de un asunto de puro derecho, el Arbitraje será de Derecho.
- b. Si la controversia gira alrededor de montos, o aspectos técnicos o científicos del reclamo, se someterá a Tribunal de Arbitraje de Equidad;
- c. Las partes someterán el conocimiento del asunto a la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala (CRECIG) e igualmente aplicarán su Reglamento.

#### **14. 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.

## 15. MONEDA

Todos los pagos realizados por el Asegurado Principal y la Aseguradora, deben ser ejecutados en la moneda estipulada en la Carátula de la Póliza.

## VI. CLAUSULA SEXTA: DEFINICIONES

Para los efectos de la presente Póliza y sujeto a los demás términos y condiciones de la misma, se entenderá por:

**ACCIDENTE:** Es la acción repentina, violenta y fortuita de un agente externo que actúa independientemente de la voluntad del Asegurado y que cause a éste lesiones corporales.

**ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR:** Es la alteración de los vasos sanguíneos cerebrales caracterizada por la oclusión debida a un embolo o a hemorragia cerebrovascular que produce isquemia de los tejidos cerebrales habitualmente perfundidos por los vasos afectados. Es la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral.

**AMBULANCIA:** Es el vehículo de urgencias específicamente destinado y legalmente autorizado para el transporte de heridos y enfermos en caso de accidentes, traumatismos o enfermedades graves y técnicamente equipado para la atención médica de los mismos.

**ANGIOPLASTIA:** Es el procedimiento quirúrgico mediante el cual se dilata o reabre un vaso sanguíneo mediante la introducción en él de un balón o de la expansión de una malla ubicado en la punta de un catéter.

**ANEXO:** Es el documento que forma parte integrante de la póliza que puede ser emitido simultáneamente con la póliza o que se agreguen con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales.

**AÑO CALENDARIO:** El período comprendido del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.

**AÑO PÓLIZA:** El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de inicio de vigencia de la póliza, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.

**ASEGURADO:** Es la persona natural sujeta a las coberturas de este seguro. Definiéndose como Asegurado Principal y Asegurados Dependientes (Cónyuge o conviviente e Hijos Dependientes).

**ASEGURADO PRINCIPAL:** Es la persona natural no menor de dieciocho (18) años de edad y menor de setenta y seis (76) años de edad al momento de la contratación del Seguro, que se obliga a pagar la prima correspondiente y tiene derecho a recibir el pago de los gastos cubiertos a que hubiere lugar por esta Póliza, y quien ejerce los derechos de los Asegurados Dependientes ante la Aseguradora.

**ASEGURADORA:** MAPFRE | Seguros Guatemala, S. A

**BENEFICIO:** Es el gasto médico cubierto y pagadero por la Aseguradora de acuerdo a los términos y condiciones de la póliza.

**BENEFICIARIO:** Es la persona designada por el Asegurado Principal en la Solicitud de Seguro, para que en caso de su fallecimiento tramite y reciba el pago de cualquier reembolso de gastos médicos cubiertos, que estuvieran pendientes de pagar.

**CÁNCER:** Es una neoplasia maligna comprobable médicamente que se presente en uno o más tejidos corporales o aparezca en el sistema linfático o sanguíneo. Debe ser una enfermedad

manifestada por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento incontrolado y el esparcimiento de células malignas, la invasión de tejidos o leucemia. La enfermedad debe ser diagnosticada por un médico graduado – especializado y legalmente autorizado en el área geográfica donde ejerce su práctica médica como profesión. El médico debe dar el diagnóstico de Cáncer con base en un estudio clínico e histopatológico o especializado al efecto (ya sea biopsia o autopsia). Su dictamen se basará exclusivamente sobre los criterios de malignidad, después de un estudio del tumor, tejido o muestra sospechosa o de preparaciones del sistema sanguíneo. Se excluye para todos los efectos de esta definición el cáncer en la piel.

**CARGOS:** Son los gastos no elegibles que se incluyen en una factura de hospitalización, tales como televisión, parqueos, comidas extras, camas extras, teléfono, bolsa de ingreso, etc.

**CESÁREA:** Es la cesárea programada, decidida desde la consulta externa o al momento del parto a solicitud de la asegurada, sin que exista sufrimiento fetal o complicaciones maternas.

**CIRUGÍA COSMÉTICA:** Es cualquier procedimiento quirúrgico efectuado exclusivamente para mejorar la apariencia física o para tratar un desorden nervioso producido por la presencia de secuelas causadas por accidentes o cirugías por malignidad.

**CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA:** Es cualquier procedimiento quirúrgico efectuado primordialmente para restaurar una formación corporal que se ve lesionada como consecuencia de un accidente o de una cirugía para tratamiento de una enfermedad por malignidad.

**CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN o “by pass”:** Es una intervención quirúrgica en la cual se utiliza un fragmento de vena, arteria o prótesis para construir una derivación desde la aorta hasta una de las arterias coronarias, con el fin de salvar una zona de estrechamiento u obstrucción en la arteria coronaria.

**CLÍNICA:** Establecimiento destinado a proporcionar asistencia o tratamiento médico a determinadas enfermedades.

**COMPLICACIÓN:** Es la condición que sobreviene en el curso evolutivo de una enfermedad o lesión accidental y que altera el pronóstico al dificultar o impedir su curación o control médico.

**COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO:** Es cualquier condición o enfermedad o lesión que sobreviene durante el curso de un embarazo y que dificulta su normal evolución y/o término; o que sobreviene durante el curso del alumbramiento - ya sea natural o por cesárea, o como consecuencia del mismo; o que sobreviene durante el curso de cualquier procedimiento o tratamiento al que es sometida la asegurada durante el curso del embarazo o del alumbramiento – ya sea natural o por cesárea, o a consecuencia de cualquiera de dichos procedimientos o tratamientos; en todos los casos, independientemente de que la condición, enfermedad o lesión tenga o no relación directa con el embarazo, el alumbramiento, o con cualquiera de los procedimientos o tratamientos a los que sea sometida la asegurada con motivo de los mismos. Entre algunas complicaciones del embarazo podemos citar sin limitar a: embarazo extrauterino, embarazo ectópico, nefritis aguda, nefrosis, amenaza de parto pre término, amenaza de aborto o placenta previa.

**COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO:** Es cualquier trastorno de un recién nacido relacionado con el nacimiento no debido a factores genéticos, que se manifiesta durante los primeros treinta (30) días de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglicemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

**CONDICIÓN CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA:** Es cualquier Enfermedad, defecto físico, trastorno orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirido en forma hereditaria o que estaba presente en el momento del nacimiento,

independientemente de que sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste posteriormente.

**CONDICIÓN PARTICULAR:** Son aquellas estipulaciones que por su naturaleza no son materia de condiciones generales y que permiten la individualización de una póliza de seguro determinada, especificando sus particularidades.

**CONDICIÓN PRE-EXISTENTE:** Se corresponde a:

- a. Enfermedades, lesiones accidentales, condiciones, signo o síntoma que se manifiestan por primera vez o se tratan médicamente (ya sea quirúrgicamente o no, bien durante una hospitalización o consulta médica externa) antes de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza para algún Asegurado Principal y/o Asegurado Dependiente, o antes de la fecha de adición o de ingreso de algún dependiente elegible a la misma.
- b. Las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tal enfermedad o lesión, aunque éstos sólo se manifiesten después de la celebración del contrato. Dicha condición será rechazada cuando la Aseguradora, basada en cualquiera de los medios de prueba generalmente aceptados por la Ley (documento público o privado, testimonio, opinión médica, criterio médico-académico, o informe pericial, u otro de naturaleza análoga), tenga indicios de que en el Asegurado se había manifestado, o de que él tenía conocimiento de tal condición, enfermedad o síntoma, con anterioridad a la fecha de efectividad de la póliza

**CÓNYUGE:** Es la persona con quien el Asegurado Principal ha contraído matrimonio, válido en la jurisdicción donde se efectuó dicho matrimonio.

**CONVIVIENTE:** Es la persona con la que el Asegurado Principal se encuentra en régimen vivencial de coexistencia diaria, estable, con permanencia temporal consolidada a lo largo de los años.

**COPAGO:** Es el monto de los gastos cubiertos que todo Asegurado debe pagar directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios de la red de la Aseguradora, antes de recibir de éstos los servicios descritos en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

**CUADRO DE BENEFICIOS:** Es el listado que forma parte de la póliza que incluye los beneficios cubiertos y las cantidades máximas de suma asegurada, que serán pagados una vez que superen el deducible, copagos y participación del Asegurado que sean aplicables.

**CUIDADOS DE CUSTODIA:** Es cualquier cuidado para ayudar a una persona incapacitada a suplir sus necesidades básicas personales.

**CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO:** Son las atenciones básicas brindadas al recién nacido durante la estadía del recién nacido en el hospital. Adicionalmente estarán incluidos dentro de los cuidados rutinarios del recién nacido, el costo de los laboratorios que por protocolo se le realiza a todo recién nacido sano.

**DEDUCIBLE:** Es el monto que cada Asegurado debe cubrir por cuenta propia en un solo evento o bien, debe acumular durante el año calendario por razón de gastos elegibles cubiertos y que estará indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Después de satisfecho el deducible, la Aseguradora pagará el porcentaje de participación estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Ni la participación del Asegurado ni el copago, con los que el Asegurado participa en los gastos elegibles, podrán ser usados para satisfacer el deducible. El deducible tiene que ser satisfecho por el Asegurado, por cada año calendario.

**DESORDEN MENTAL O NERVIOSO:** Es un estado o condición derivada o causada por un trastorno mental, emocional o de conducta. Desorden mental o nervioso no incluye abusos de sustancias de cualquier clase, incluyendo, pero sin limitarlo, al abuso de alcohol, drogas

psicotrópicas, enervantes, alucinantes y demás de uso prohibido o controlado. Tampoco incluye enfermedades de origen psicológico.

**EMERGENCIA:** Es la enfermedad o accidente cubierto por la póliza que pone en peligro la vida o la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado por lo cual se requiere cuidado médico inmediato.

**ENFERMEDAD:** Es toda alteración en la salud que resulte de la acción de agentes mórbidos de origen interno o externo con relación al organismo, que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico.

**ENFERMERO(a):** Es el profesional certificado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento.

**ESPECIALISTA:** Un cirujano, anestesiólogo u otro profesional de la medicina que no sea un médico o doctor general y tenga idoneidad para ejercer la correspondiente especialidad o rama de la medicina, así como un médico o doctor que esté certificado por el órgano competente para practicar la cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el tratamiento sea proporcionado y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del tratamiento de la lesión o accidente, enfermedad o dolencia que sea tratado. Por “escuela médica reconocida” se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud.

**EXPERIMENTAL:** Se refiere a cualquier tratamiento, procedimiento, medio diagnóstico, suministro, tecnología o período de hospitalización (o parte de un período de hospitalización) que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional, o se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

**GASTO USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:** Es el costo o valor en dinero que para efectos de esta póliza tiene un servicio dado de atención médica, hospitalaria, de laboratorio, medicamento, suministro o insumo médico, y que se determina de la siguiente manera, definidos por el equipo médico de la Aseguradora.

a. Para los servicios médicos, hospitalarios y de laboratorio:

- Prestados en la República de Guatemala: Es el costo o valor promedio del servicio conforme el nivel general de cargos hechos por otros médicos u hospitales de carácter similar en el país, cuando se compara con servicios o tratamientos iguales administrados a individuos de mismo sexo y edad para la atención de una misma lesión o enfermedad.
- Prestados en el extranjero: Es el costo o valor promedio del servicio conforme el nivel general de cargos hechos por otros médicos u hospitales de carácter similar en el área geográfica o división política donde el cargo es incurrido o en un área comparable, cuando se compara con servicios o tratamientos iguales administrados a individuos de mismo sexo y edad para la atención de una misma lesión o enfermedad.

En caso de referirse a un periodo de hospitalización mayor del usual y acostumbrado, se requerirá según diagnóstico, de un informe del médico tratante, del por qué o motivos de los días adicionales solicitados, el que se revisará contra los protocolos de atención de la Aseguradora.

**HABITACIÓN PRIVADA:** Es la habitación estándar de un Hospital equipada para alojar a un solo paciente.

**HABITACIÓN SEMI-PRIVADA:** Es la habitación estándar de un Hospital equipada para alojar a más de un paciente.

**HONORARIOS DEL MÉDICO- CIRUJANO ASISTENTE:** Son los cargos de uno o más médicos que asisten al cirujano principal en la realización de una intervención quirúrgica.

**HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO:** Es cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opera y que:

- a. Esté primordialmente dedicada a proporcionar servicios médicos y quirúrgicos a personas lesionadas o enfermas bajo la supervisión de un profesional Médico.
- b. No sea un lugar de reposo, un hogar para ancianos, un hogar para convalecientes, una institución o instalación para cuidados a largo plazo.

**HOSPITALIZACIÓN:** Es el ingreso del Asegurado, ordenado por un médico especialista de conformidad a la dolencia presentada, a una habitación de un hospital para fines diagnósticos y/o terapéuticos durante al menos una noche (un periodo no menor a 18 horas consecutivas). Para efectos de esta definición se entenderá que una hospitalización da comienzo cuando el médico especialista tratante consigne en el expediente médico del hospital la orden de ingreso del Asegurado a la habitación y termina cuando consigne en el expediente médico la orden de salida del Asegurado de dicha Institución.

**LESIÓN:** Es el daño infringido al cuerpo humano por una causa interna y/o externa.

**MÉDICAMENTE NECESARIO O NECESIDAD:** Al servicio médico, suministro, equipo, Medicamento por Receta Médica, o estadía en un Hospital que:

- a. Sea apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad del Asegurado;
- b. No exceda en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado;
- c. Haya sido prescrito por un Médico; y
- d. Sea consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica médica internacional; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.

**MEDICAMENTOS POR RECETA MÉDICA:** A los medicamentos cuya venta o uso está legalmente limitado a su indicación por un Médico dentro del país que se trate.

**MÉDICO O DOCTOR:** Es el profesional de la medicina debidamente autorizado para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios. También se incluirá a personas legalmente autorizadas para el ejercicio de la práctica de odontología. Para efectos de la Aseguradora, un médico no incluye una persona que: viva en el hogar del Asegurado o sea parte de su familia, entendiéndose como tal a aquellos parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.

**MÉDULA ÓSEA:** Es el tejido blando que se encuentra en las cavidades de los huesos, presentando fibras reticulares y células.

**OPERACIÓN QUIRÚRGICA:** Es el procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.

**PAÍS DE RESIDENCIA:** Es el lugar donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario o del Año póliza, o donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la póliza está en vigor.

**PERÍODO DE ESPERA O CARENCIA:** Es el período durante el cual la Aseguradora no cubre ciertos beneficios de la póliza.

**PERÍODO DE GRACIA:** Es el período de tiempo de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha de vencimiento de la fracción de prima, durante el cual la Aseguradora permitirá que la póliza sea renovada. Si la prima no es recibida por la Aseguradora antes de que termine el período de gracia, esta póliza y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha de vencimiento original. En este último caso, ningún beneficio será proporcionado durante el período de gracia.

**PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES CONGÉNITAS:** Es la alteración del estado de salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que pudo haber sido heredada genéticamente, adquirida durante el embarazo o por dificultades en el parto, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después de varios años.

**PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO:** Porcentaje de los gastos con cobertura bajo la póliza, que corren por cuenta del Asegurado.

**PROVEEDORES:** Agrupa los siguientes términos: médicos, enfermeras, hospitales, facilidades quirúrgicas ambulatorias, unidades de cuidados intensivos, red de proveedores preferidos, ambulancias, fisioterapeutas, droguerías o farmacias, técnico de servicios médicos, laboratorios y demás proveedores de suministros médicos.

**RECEPTOR:** Es el Asegurado que ha recibido o está en el proceso de recibir un Trasplante de Tejido o Trasplante de Órgano cubierto bajo esta póliza.

**RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS:** Son los médicos, hospitales, clínicas, laboratorios y demás proveedores de servicios médicos, que se encuentren inscritos en la lista vigente de proveedores preferidos. Esta lista podrá ser modificada a decisión de la Aseguradora en el momento en que lo considere necesario y el Asegurado tendrá acceso a la información actualizada cuando él así lo solicite.

**SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:** Es la opinión médica emitida por un profesional especializado de la medicina sobre un diagnóstico, procedimiento quirúrgico o médico recomendado o un medio diagnóstico, que le serán realizados al paciente por su médico tratante. Su propósito es determinar la concordancia con la opinión original del médico tratante y determinar si el medio diagnóstico está correctamente indicado, si el tratamiento médico resolverá o controlará la enfermedad y si la cirugía curará la condición médica.

**SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO:** A los procedimientos y exámenes de diagnóstico necesarios para establecer las condiciones médicas del Asegurado

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

**TRANSFUSIÓN:** Es la introducción en la corriente sanguínea de sangre completa o de alguno de sus componentes, para compensar una pérdida de sangre por traumatismo, intervención quirúrgica o enfermedad que ponga en peligro inminente la vida del paciente.

**TRASPLANTE:** Es el procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, efectuado durante el período de vigencia de la Póliza, mediante el cual se inserta en el cuerpo de una Persona Asegurada el órgano o tejido (o parte de uno de ellos), provenientes de un Donante fallecido o vivo, requerido médicamente para sustituir una estructura enferma o restaurar una función.

**TRATAMIENTO:** Son los servicios quirúrgicos o médicos necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia con el objeto de que el Asegurado recupere o conserve su estado de salud, o que restaure su estado de salud previo.

**TRATAMIENTO AMBULATORIO:** Es el tratamiento suministrado en el hospital, clínica o sanatorio, consultorio, u oficina del médico o doctor, que no requieren de una admisión intra-hospitalaria.

**TRATAMIENTO DE EMERGENCIA:** Es la atención o servicios médicamente necesarios que se hacen necesarios debido a una emergencia.

**TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO:** Es el tratamiento de una enfermedad o dolencia mental, incluyendo desórdenes alimenticios.

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:** Es aquella parte de un hospital designada como tal ya sea una facilidad general de cuidados intensivos o cualquier tipo de facilidades especializadas de cuidados intensivos, tales como unidades de cuidados coronarios, entre otros. Deberá estar permanentemente equipada y con personal para proveer cuidados mayores y estrecha vigilancia a pacientes gravemente enfermos o lesionados con enfermedades críticas que no deban ser atendidos en otros cuartos o salas del hospital. Como parte de estos cuidados, deberá existir una constante observación por el personal

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución número 125-2017 del 14 de febrero de 2017.