

| |
|--|
| Fecha de vigencia: _____ Agencia donde se adquiere el plan: _____ Por Ejecutivo: _____ Cobro: _____ |
|--|

SOLICITUD DE SEGURO

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS SALUD SIEMPRE

Solicito en mi carácter de Contratante y/o Asegurado la Póliza Individual de Seguro de Gastos Médicos Salud Siempre, para lo cual completo la siguiente información y manifiesto que previo a completar el presente formulario he tenido conocimiento de los beneficios y limitaciones del plan, aceptando las condiciones del mismo.

El inicio de vigencia será determinado de acuerdo a los siguientes incisos, en función de la fecha que sea completada la presente solicitud:

- a) Si la póliza es contratada entre el 1 al 15 del mes en curso, la vigencia es el 1 del mismo mes.
- b) Si la póliza es contratada entre el 16 al último día del mes en curso, la vigencia es el 1 del mes siguiente.

| Cobertura | Plan Contratado | Forma de Pago | Prima Inicial |
|-----------|-----------------|---------------|---------------|
| Completo | | | Q. |

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Cédula/DPI No.: _____ Extendida(o) en: _____

NIT: _____ Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Celular: _____

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre: _____ F. de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Cédula/DPI No.: _____ Extendida(o) en: _____

NIT: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____ Tel. Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Si el plan es con “**Cobertura Familiar**”, por favor completar la siguiente información para asegurados dependientes:

| | NOMBRES Y APELLIDOS | PARENTESCO | FECHA NACIMIENTO | SEXO |
|----|---------------------|------------|------------------|------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |



AUTORIZACIÓN DE COBRO

Por este medio autorizo a Seguros El Roble, S.A. a debitar la(s) prima(s) del Seguro que respalda la presente solicitud a partir del 20 de cada mes para la vigencia del mes siguiente, mediante el medio seleccionado a continuación para debitar el pago de la prima:

Tarjeta de Crédito No.: _____ Emisor: _____
Fecha de vencimiento: _____ / _____
Mes | Año

Cuenta Banco Industrial, S.A.: Monetaria Ahorro No.: _____

Entiendo y acepto que se continuarán con los cobros indicados de acuerdo a la forma de pago hasta que se notifique por escrito a Seguros El Roble, S.A. lo contrario de acuerdo con las condiciones generales de la póliza, de no realizar los pagos de primas de acuerdo a la periodicidad requerida por el contrato de seguro, mi cobertura se verá interrumpida y la continuidad de cobertura de mi seguro quedará sin efecto.

Nombre del Titular de la Tarjeta de Crédito o
Cuenta a Debitar

Firma Registrada del Titular de la
Tarjeta de Crédito o Cuenta a Debitar

Nombre para facturar: _____ NIT: _____

Firma del Contratante y/o Asegurado Titular: _____

Lugar y Fecha: _____, _____

TEXTO REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS EN RESOLUCIÓN No. 233-2011 DEL DIECISÉIS DE MAYO DEL DOS MIL ONCE.

SEGUROS EL ROBLE, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud del seguro. Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.



Seguros El Roble, S.A.

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS SALUD SIEMPRE
(ANUAL RENOVABLE)

Prima del Seguro _____ Póliza No. _____
Plan Contratado **PLAN COMPLETO**
Inicio de Vigencia _____ Final de Vigencia _____
Nombre del Asegurado Titular _____

Domicilio del Asegurado Titular _____

Nombre del Contratante (solo sí se compra la póliza para terceras personas) _____

Domicilio del Contratante _____

Artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala indica 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.***

La presente póliza entra en vigencia en la fecha arriba estipulada y se rige por las disposiciones de las Condiciones Generales estipuladas en las páginas siguientes.

Las coberturas, los montos, los sublímites y los períodos de espera de este plan de seguros se indican en las Condiciones Generales y/o Anexos de la presente póliza.

EN FE DE LO CUAL, se firma y sella en la República de Guatemala, en nombre de La Compañía, por el suscrito funcionario debidamente autorizado conforme a las disposiciones legales aplicables, a los _____ días del mes de _____ del _____.

Por: _____
Apoderado

Seguros El Roble, S.A.

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS SALUD SIEMPRE (ANUAL RENOVABLE)

CONDICIONES GENERALES PLAN COMPLETO

CLÁUSULA 1 - EL CONTRATO

La Póliza, la Solicitud del Seguro, la Solicitud del Contratante y/o Asegurado para Modificaciones y los Anexos adheridos a ella, constituyen el contrato completo de seguro.

Las Condiciones Particulares de la Póliza pueden modificarse en la fecha de renovación, por medio de solicitud escrita del Contratante aceptada por La Compañía sin necesidad del consentimiento del Asegurado y/o sus Dependientes, 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 al Contratante por escrito. Ningún intermediario 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 las primas, o comprometer a La Compañía por medio de promesas o representación.

La Compañía podrá hacer modificaciones al plan contratado con previo aviso al Asegurado y serán efectivas para cada contrato a partir de la siguiente vigencia.

Se conviene que esta Póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República de Guatemala.

CLÁUSULA 2 - OBJETO DEL SEGURO

Otorgar la cobertura y el respaldo económico por servicios prestados de gastos médicos en que pueda incurrir el Asegurado Titular y/o sus Dependientes Asegurados, diseñada para ser utilizada exclusivamente con una red de proveedores médicos denominada **Red Exclusiva**, contratada por La Compañía e integrada por: Hospitales, Médicos, Enfermeras, Centros de Diagnóstico y Laboratorios. La **Red Exclusiva** contratada proporcionará los servicios médicos de salud a los Asegurados. El Asegurado podrá utilizar y gozar de este Seguro únicamente a través de los servicios de gastos médicos prestados por la **Red Exclusiva** y en ningún momento se indemnizarán los beneficios de la presente póliza directamente al Asegurado.

CLÁUSULA 3 - VIGENCIA

Este seguro comienza a partir de la fecha indicada en la carátula de esta póliza y continúa vigente mientras se efectúen los pagos correspondientes.

Queda también establecido que el inicio de vigencia es a partir de las 12:01 AM, hora nacional en la República de Guatemala, será considerada la hora efectiva con respecto de cualquier fecha referida en la Póliza.

CLÁUSULA 4 - OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

Son obligaciones del Contratante:

- a. El pago de la prima convenida.
- b. Informar por escrito a La Compañía, adjuntando la "Solicitud del Contratante y/o Asegurado para Modificaciones" en cuanto a:
 - Nuevos ingresos de dependientes al núcleo familiar.
 - Separaciones definitivas del núcleo familiar.
 - Cambios de plan de seguro.
- c. Trasladar la póliza al Asegurado Titular en el caso que éste sea una persona diferente al Contratante.

CLÁUSULA 5 - MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

En caso de modificaciones de la póliza, las condiciones generales, las condiciones particulares y los anexos respectivos deberán constar por escrito y firmados por el apoderado de La Compañía. En consecuencia; cualquier otra persona no autorizada de La Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Toda reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a La Compañía por escrito.

CLÁUSULA 6 - ELEGIBILIDAD DEL ASEGURADO TITULAR Y SUS DEPENDIENTES

Serán elegibles para gozar de los beneficios que esta Póliza provee; el Asegurado Titular y sus Dependientes comprendidos dentro de los siguientes límites de edad:

Cobertura Individual

| ASEGURADO | INICIO DE EDAD | LÍMITE DE EDAD |
|-----------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Titular | A partir de los 6 Meses de Nacido | Al Cumplimiento de los 65 Años |

Cobertura Familiar

| ASEGURADO | INICIO DE EDAD | LÍMITE DE EDAD |
|-----------|-----------------------------------|--------------------------------|
| Titular | 18 Años | Al Cumplimiento de los 65 Años |
| Cónyuge | 18 Años | Al Cumplimiento de los 65 Años |
| Hijos | A partir de los 6 Meses de Nacido | Al Cumplimiento de los 21 Años |

Al cumplimiento de la edad límite de cobertura el Asegurado Titular y/o su cónyuge dependiente quedarán excluidos de la póliza.

El hijo dependiente al cumplimiento de la edad límite de cobertura queda excluido del plan, sin embargo, podrá contratar una "Cobertura Individual" antes del cumplimiento de la edad límite, gozando del beneficio de continuidad de cobertura (Período de Espera y sumas disponibles en las Coberturas Médicas) siempre y cuando sea contratado bajo un plan de las mismas características.

No se considerará elegible aquella persona que haya tenido contratada una póliza de este Plan y se hubiese consumido el total del límite de Beneficio de Gastos Médicos de Por Vida.

CLÁUSULA 7 - INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE DEPENDIENTES

- El Asegurado Titular que haya contratado "Cobertura Familiar" podrá incluir o excluir a sus dependientes a través de la Solicitud del Contratante y/o Asegurado para Modificaciones. Esta inclusión o exclusión será efectiva a partir del mes siguiente de realizada la solicitud. En caso de inclusión el pago de prima deberá realizarse al inicio de la vigencia correspondiente y en caso de exclusión, si correspondiere, la nueva prima será aplicada a partir del mes siguiente de realizada la solicitud.
- Los dependientes incluidos; para poder gozar de los beneficios con períodos de espera establecidos en la Cláusula 23 Numeral 2, deberán cumplir con los períodos de espera establecidos por la póliza, contados a partir de la fecha de inclusión efectiva en el plan contratado.
- En el caso de incluir a un dependiente cónyuge (mujer) para la cobertura de maternidad, deberá cumplir el período de espera para este beneficio contado a partir de la fecha de inclusión efectiva en el plan.
- Los hijos a incluir son aquéllos que cumplan con las características indicadas en la definición de "Dependientes" de la Cláusula No. 22 de la presente Póliza.
- Cualquier dependiente que sea excluido de la póliza, se deberá notificar a La Compañía por escrito con quince (15) días de anticipación.

- f. Cualquier dependiente que agote el límite de Beneficios de Gastos Médicos de Por Vida, quedará excluido automáticamente de la póliza.

CLÁUSULA 8 - CAMBIO DE RANGO DE EDAD

El cambio de rango de edad se determinará cuando el Asegurado Titular alcance la edad límite del mismo y le corresponda el traslado al siguiente rango de acuerdo a su nueva edad. Al momento de efectuarse el cambio se realiza cobro automático de la prima correspondiente al nuevo rango de edad de acuerdo a las Primas de Seguro del plan vigente al momento del cambio.

CLÁUSULA 9 - CONDICIONES DE PAGO

La prima del plan contratado será determinada por la edad del Asegurado Titular en caso de "Cobertura Individual" y en el caso de "Cobertura Familiar" de acuerdo al número de dependientes. El pago debe efectuarse de forma mensual y anticipada a través de débito automático a cuenta de monetarios, de ahorro o tarjeta de crédito y/o algún otro medio que La Compañía determine. En el momento de efectuarse el cobro, quedará pagada la prima correspondiente al mes siguiente.

CLÁUSULA 10 - PERÍODO DE GRACIA Y CADUCIDAD

El Asegurado tiene un plazo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de vencimiento del pago de la prima para hacerla efectiva. Durante el período de gracia se atenderán exclusivamente casos de consulta externa. Después de cumplido el plazo de gracia, la póliza se dará por caducada. En caso de que una póliza sea caducada se deberá contratar una nueva, debiendo cumplir los nuevos períodos de espera establecidos en la póliza.

CLÁUSULA 11 - NO REHABILITACIÓN DE PÓLIZA

Esta póliza no contempla rehabilitación una vez anulada. Podrá adquirir una nueva póliza debiendo cumplir los nuevos períodos de espera establecidos en la póliza y se procederá a reducir los montos de los Límites de Beneficios de Gastos Médicos que ya se hubiesen consumido en la póliza anterior.

CLÁUSULA 12 - TERMINACIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato podrá ser finalizado por las siguientes causas:

- a. Falta de pago de la prima.
- b. Omisión, reticencia, declaración falsa o inexacta por parte del Asegurado en la Solicitud de Seguro y/o declaración acerca de cualquier circunstancia, que aminoren el concepto de gravedad del riesgo o cambien el objeto del mismo, en cuyo caso no se aceptará la contratación de nuevos planes en el futuro para el Asegurado ni para sus dependientes.
- c. Al agotar el monto del Beneficio de Gastos Médicos de Por Vida:
 - Del Asegurado Titular, bajo la "Cobertura Individual".
 - De todos los integrantes del núcleo familiar, bajo la "Cobertura Familiar".
- d. Anulación del contrato a solicitud del Asegurado o Contratante, quien deberá notificar a La Compañía por escrito con quince (15) días de anticipación.

CLÁUSULA 13 - INDISPUTABILIDAD

Las omisiones o inexactas declaraciones del solicitante del seguro, diversas de las referentes a la edad del Asegurado, dan derecho a La Compañía para dar por terminado el contrato pero dicho derecho caduca, si la póliza ha estado en vigor en la vida del Asegurado, durante dos años a contar de la fecha de su perfeccionamiento.

CLÁUSULA 14 - AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Contratante y el Asegurado serán solidariamente responsables de dar aviso a La Compañía durante el período del seguro, de cualquier agravación esencial del riesgo del Asegurado o de sus Dependientes, tales como; cambios de actividad profesional, actividades deportivas, ocupaciones u otros. Si el Asegurado o el Contratante omiten dar el aviso dentro de treinta (30) días posteriores a la agravación del riesgo, cesará de pleno derecho la obligación de La Compañía en lo sucesivo.

CLÁUSULA 15 - MONEDA

Todos los valores expresados en esta Póliza, así como los pagos de primas y pagos a los proveedores médicos se efectuarán en moneda del curso legal en la República de Guatemala.

CLÁUSULA 16 - VARIOS SEGUROS

Si se contratara con varios aseguradores un seguro contra el mismo riesgo y por el mismo interés, el Asegurado debe poner en conocimiento de cada uno de los aseguradores, la existencia de los otros seguros dentro de los cinco días siguientes a la celebración de cada contrato.

CLÁUSULA 17 - 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.

CLÁUSULA 18 - SUBROGACIÓN

La Compañía tiene el derecho de subrogación sobre los derechos de los Asegurados, incluyendo el derecho de interponer una demanda judicial en nombre del Asegurado, por gastos médicos que La Compañía haya pagado, cuando el Asegurado tenga derecho a recuperar dichos gastos de parte de otra persona responsable, incluyendo seguros de responsabilidad civil, o cualquier persona (excepto en el caso de que, sin haber sido intencional el siniestro, el obligado al resarcimiento fuese el cónyuge, un ascendiente o un descendiente del Asegurado) o entidad que haya causado el accidente, pero excluyendo a un asegurador de gastos médicos de una Póliza emitida a nombre del Asegurado.

Todos los Asegurados cooperarán con La Compañía en sus esfuerzos para obtener el reembolso, incluyendo el proporcionar a La Compañía cuanta información sea necesaria para obtener dicho reembolso y/o de completar cualquier formulario de consentimiento, renuncia, cesión, o cualquier otro documento que sea requerido por La Compañía para obtener el reembolso.

El Asegurado no tomará acción alguna que pueda perjudicar los derechos e intereses de La Compañía bajo esta Póliza.

CLÁUSULA 19 - RESOLUCIÓN DE ASUNTOS LITIGIOSOS

Cualquier diferencia que surja entre La Compañía y el Contratante y/o Asegurado con motivo de la aplicación de las cláusulas de esta Póliza, será resuelta conciliatoriamente por las partes, y si ello no fuera posible, por los Tribunales de la Ciudad de Guatemala, a cuyo efecto el Contratante y/o Asegurado, renuncia expresamente al fuero de su domicilio.

CLÁUSULA 20 - OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

Tan pronto como el Asegurado tuviere conocimiento de la realización de un siniestro por él o por uno de sus Dependientes, deberán avocarse e identificarse como Asegurado de este plan de seguro ante los proveedores de la **Red Exclusiva**. Dado a que el plan de seguro está diseñado a cubrir servicios médicos a través de la **Red Exclusiva**, no es aplicable el Artículo No. 896 del Código de Comercio de Guatemala.

CLÁUSULA 21 - PAGO DE INDEMNIZACIONES

Si procede la reclamación y se da aviso inmediato de acuerdo a la Cláusula 20 de la presente póliza, La Compañía cubrirá el costo de los servicios a los proveedores de la **Red Exclusiva** de acuerdo a las coberturas contratadas.

CLÁUSULA 22 - DEFINICIONES

Para los efectos de esta póliza se entenderá:

1. TÉRMINOS

| | |
|---|--|
| Aborto: | Interrupción del embarazo desde el momento de la concepción hasta finales del sexto mes. |
| Asegurado: | Es el Titular y sus Dependientes (cónyuge e hijos si hubiere) que de acuerdo a los términos de la Póliza, gocen de los beneficios. |
| Asegurado Titular: | Se refiere a la persona individual a nombre de quién se emite la Póliza. |
| Beneficiario: | Se refiere al asegurado que ha de percibir los servicios médicos y hospitalarios por un evento cubierto por el plan contratado. |
| Beneficio: | Evento cubierto por el plan contratado. |
| Cirugía Ambulatoria: | Intervención quirúrgica realizada en un paciente que no requiere hospitalización y de rápida recuperación (menos de 12 horas) la cual no produce afección significativa en signos y funciones vitales. |
| Condición Preexistente: | Todo nuevo Asegurado Titular y sus Dependientes Asegurados, están afectos a esta definición. El término "Condición Preexistente" significa cualquier padecimiento que se hubiera originado antes de la fecha de vigencia de la cobertura del Asegurado; sin embargo, esta exclusión no será aplicable después del plazo de cobertura continua establecido en la Cláusula 23 de Gastos Cubiertos con Períodos de Espera. <i>Esta definición se aplica prescindiendo que el Asegurado haya tenido tratamiento por un padecimiento o no, o si el Asegurado tuviera conocimiento o no de su existencia antes de ingresar al seguro.</i> |
| Cobertura Individual: | Es la protección que otorga La Compañía por medio de los beneficios de ésta póliza a la persona que goza de forma individual de los mismos. Aplican tarifas de acuerdo al rango de edad. |
| Cobertura Familiar: | Es la protección que otorga La Compañía por medio de los beneficios de ésta póliza al Asegurado Titular, cónyuge e hijos mayores de seis (6) meses y menores de veintiuno (21) años. Aplican tarifas de "Cobertura Familiar" de acuerdo al número de dependientes. |
| Contratante: | Se refiere a la persona individual que contrata la Póliza para sí misma o para otras personas; o, la persona jurídica que contrata la Póliza para otras personas; siendo responsable ante La Compañía de pagar la prima de seguro en su totalidad. |
| Cónyuge: | Persona con la cual se tiene reconocida una unión de hecho o ha contraído matrimonio. |
| Dependiente: | Se considerará(n) como familiar(es) dependiente(s) únicamente al cónyuge del Asegurado Titular y a los hijos, hijastros o hijos legalmente adoptados, que sean solteros, que vivan en la misma residencia del Asegurado Titular, que se encuentren estudiando y que dependan económicamente de éste. |
| Embarazo: | Período que comprende desde la concepción hasta el posparto normal. |
| Emergencia: | Es la aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de signos o síntomas agudos de tal severidad que ponen en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, si no se proporciona atención médica inmediata. |
| Enfermedades Congénitas 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. |
| Experimental: | Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología que no ha sido ampliamente aceptado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que estén reconocidas por la Organización Mundial de la Salud y/o se encuentre bajo estudio, investigación, período de prueba o toda fase de un experimento clínico. |
| Gastos Médicos Cubiertos: | Se refiere a los gastos por atención médica, hospitalaria y de diagnóstico que estén cubiertas de acuerdo a lo estipulado en el plan contratado. |
| Gasto No Cubierto: | Todo padecimiento, tratamiento, servicio o evento que no está cubierto por el plan contratado; por lo que cualquier gasto relacionado con lo anterior, debe ser pagado por el Asegurado. |
| Hospital: | Significa una institución organizada de acuerdo con la ley, que forme parte de la Red Exclusiva y |

que cuente con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios a personas enfermas o heridas; que trabajen las (24) veinticuatro horas diarias, bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras.

| | |
|---------------------------|---|
| La Compañía: | Se refiere a Seguros El Roble, S.A. quien conviene en otorgar los beneficios estipulados en esta Póliza de conformidad y con sujeción a los términos de la misma, durante las vigencias y de acuerdo a los términos de las Condiciones Generales de esta Póliza. |
| Médico: | Profesional en medicina legalmente establecido, colegiado activo y que forme parte de la Red Exclusiva . |
| Padecimiento | Significará una enfermedad o accidente que ocasione lesiones corporales y que necesite tratamiento por un médico. a) Se entenderá por enfermedad toda alteración o desviación del estado fisiológico del cuerpo, de origen interno o externo con relación a tal organismo. b) Se entiende por accidente para efectos de esta Póliza, toda lesión corporal inesperada que sufra el Asegurado independientemente de su voluntad y debida a una causa fortuita, momentánea, violenta y externa y que pueda ser determinada de una manera cierta por un médico. |
| Pago Por Evento: | Participación del Asegurado que debe cancelar cada vez que recibe los beneficios cubiertos bajo esta póliza, a los proveedores médicos de la Red Exclusiva . |
| Período de Espera: | Tiempo que debe transcurrir a partir del inicio de vigencia de esta póliza, antes de que un beneficio sea cubierto. |
| Red Exclusiva: | Se refiere a la agrupación de todos los Proveedores de Servicios Médicos con los cuales se ha concertado un acuerdo a fin de proveer servicios médicos y hospitalarios a los Asegurados, a cambio de un honorario establecido entre los proveedores y La Compañía, quienes han sido contratados de manera directa o indirecta. |

2. BENEFICIOS

Beneficio de Gastos Médicos de Por Vida: Es la acumulación de sumas pagaderas durante la vida de cada Asegurado por concepto de “*Gastos Médicos Cubiertos*” mientras el plan contratado se encuentre vigente. Este monto se irá agotando conforme el Asegurado vaya utilizando los beneficios del plan, hasta el límite del plan contratado. Si el Asegurado Titular agotara en su totalidad este beneficio habiendo contratado una “Cobertura Familiar”, el resto de integrantes del núcleo familiar podrán continuar asegurados bajo esta misma póliza pagando la prima correspondiente. Todo gasto médico que exceda el límite de por vida, deberá ser pagado por el Asegurado.

Beneficio de Gastos Médicos Por Año: Es la acumulación de sumas pagaderas durante un año calendario de cada Asegurado por concepto de “*Gastos Médicos Cubiertos*” mientras el plan contratado se encuentre vigente. Este monto es un sublímite del beneficio de Gastos Médicos de Por Vida y se irá agotando conforme el Asegurado vaya utilizando los beneficios del plan durante el año calendario, reduciendo a su vez el monto del Beneficio de Gastos Médicos de por Vida. Todo gasto médico que exceda el sublímite por año, deberá ser pagado por el Asegurado.

Beneficio de Gastos Médicos Por Hospitalización: Es la suma máxima pagadera durante una hospitalización de cada Asegurado por concepto de “*Gastos Médicos Cubiertos*” mientras el plan contratado se encuentre vigente. Este monto es un sublímite del beneficio de Gastos Médicos Por Año que irá agotando el mismo conforme el Asegurado vaya utilizando los beneficios del plan durante el año calendario, reduciendo a su vez el monto del Beneficio de Gastos Médicos de por Vida. Todo gasto médico que exceda el sublímite por hospitalización, deberá ser pagado por el Asegurado.

Tratamiento Hospitalario: Es el ingreso a una institución hospitalaria que forme parte de la **Red Exclusiva** para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico por enfermedad o accidente. Incluye emergencias y gastos por cirugía ambulatoria.

Tratamiento Ambulatorio: Es el tratamiento médico y/o quirúrgico que no requiere la hospitalización del Asegurado. Incluye consultas médicas y exámenes de diagnósticos con proveedores que formen parte de la **Red Exclusiva**.

Maternidad: Incluye los gastos por atención prenatal, resolución del embarazo y atención de posparto normal a partir del mes trece (13) de cobertura ininterrumpida. Se considera tiempo de posparto normal, el período posterior al parto que la paciente se encuentre hospitalizada.

Chequeo Médico Anual: Beneficio cubierto a partir del séptimo mes de adquirida la póliza para Asegurados mayores de treinta y cinco (35) años y que hayan tenido cobertura ininterrumpida. Este beneficio incluye la evaluación por médico especialista y los estudios de diagnóstico descritos a continuación: electrocardiograma, exámen de orina, heces, hematología, nitrógeno de urea en sangre, creatinina en sangre, glicemia, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL.

CLÁUSULA 23 - GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

La cobertura de los Gastos Médicos Cubiertos dará inicio al momento de la vigencia del seguro, de acuerdo a lo siguiente:

1. GASTOS CUBIERTOS SIN PERÍODOS DE ESPERA

- 1.1. Atención y Hospitalización por emergencias (De acuerdo a definición de “Emergencia” indicada en Cláusula 22 Numeral 1):
 - 1.1.1. Honorarios por consulta médica de emergencia y los servicios hospitalarios que se prestan en la Sala de Emergencia del Hospital.
 - 1.1.2. Servicios de ambulancia terrestre para viajar entre los proveedores de la **Red Exclusiva**, si el tratamiento médico que requiere no está disponible en el hospital donde se encuentre internado y que sea prescrito por un médico.
 - 1.1.3. Servicios de hospitalización en habitación semiprivada, incluyendo atención por enfermería en turno regular.
 - 1.1.4. Servicios de hospitalización en unidad de cuidados intensivos, incluyendo atención por enfermería en turno regular.
 - 1.1.5. Medicinas ordenadas y suministradas por el médico tratante para tratamiento y recuperación de la salud del paciente hospitalizado.
 - 1.1.6. Honorarios médicos por tratamiento médico del paciente hospitalizado.
 - 1.1.7. Honorarios de cirujanos y anestelistas por tratamiento médico del paciente hospitalizado.
 - 1.1.8. Fisioterapia recomendada por médico tratante, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado.
 - 1.1.9. Terapia respiratoria recomendada por médico tratante, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado.
 - 1.1.10. Servicios médicos y quirúrgicos odontológicos por lesiones en dientes naturales por accidente ocurrido dentro del período de la vigencia del seguro y los mismos sean prestados dentro de los seis (6) meses después de ocurrido el accidente.
 - 1.1.11. Tratamientos médico-quirúrgicos para tratar lesiones oculares por accidente.
 - 1.1.12. Sala de operaciones, de recuperación o de curaciones derivadas de la atención de emergencia.
 - 1.1.13. Radiología, ultrasonido, tomografía y resonancia magnética ordenados por médicos.
 - 1.1.14. Servicios necesarios durante el internamiento: oxígeno y alquiler del equipo para su administración, exámenes de laboratorio, diagnóstico por rayos X.
- 1.2. Honorarios por consulta médica ambulatoria hasta el límite indicado en la Tabla de Beneficios, no importando la definición de Condición Preexistente.
- 1.3. Servicios de laboratorio ordenados por el médico tratante, hasta haber conocido el diagnóstico y determinar si se considera una Condición Preexistente.
- 1.4. Diálisis peritoneal y hemodiálisis en fase aguda derivada de un padecimiento agudo.

2. GASTOS CUBIERTOS CON PERÍODOS DE ESPERA

- 2.1. Cirugías electivas (programadas) después de cumplir el período de espera de seis (6) meses ininterrumpidos dentro del plan contratado.
- 2.2. Enfermedades del aparato reproductor, después de cumplir el período de espera de seis (6) meses ininterrumpidos dentro del plan contratado y que no estén establecidas como gastos no cubiertos.
- 2.3. Atención prenatal y posnatal del embarazo, atención de parto normal, cesárea y aborto espontáneo a partir del mes trece (13) de cobertura ininterrumpida.
- 2.4. Chequeo médico anual a Asegurados mayores de treinta y cinco (35) años que incluye atención por médico especialista y estudios de diagnóstico después de cumplir el período de espera de seis (6) meses ininterrumpidos dentro del plan contratado.
- 2.5. Cardiología intervencionista después de cumplir el período de espera de seis (6) meses ininterrumpidos dentro del plan contratado.
- 2.6. Servicio de diagnóstico cardiológico tipo coronariografía después de cumplir el período de espera de seis (6) meses ininterrumpidos dentro del plan contratado.
- 2.7. Tratamiento tipo angioplastia después de cumplir el período de espera de seis (6) meses ininterrumpidos dentro del plan contratado.
- 2.8. Condiciones Preexistentes después de cumplir el período de espera de seis (6) meses ininterrumpidos dentro del plan contratado.

CLÁUSULA 24 - GASTOS NO CUBIERTOS

Los Gastos Médicos no cubiertos son los siguientes:

1. Servicios y gastos no necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado, incluyendo teléfono, cama, comida adicional, televisión, internet y otros servicios de naturaleza similar.
2. Servicios y tratamientos experimentales.
3. Cirugía o tratamiento dental, alveolar o gingival, preparación o instalación de dentaduras, prótesis dentales, restauraciones; excepto cuando sea a consecuencia de un accidente causado a los dientes naturales que ocurra mientras el asegurado esté cubierto bajo esta Póliza y el tratamiento sea suministrado dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de ocurrencia.
4. Servicios y tratamientos médicos y quirúrgicos para la evaluación y corrección de la audición, prótesis y aparatos auditivos.
5. Servicios y tratamientos médicos y quirúrgicos oftalmológicos para la corrección de la visión, problemas de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo), ambliopía, daltonismo, presbicia, queratoplastia, queratotomía radiada, tratamientos con láser, estrabismo, problemas oftalmológicos derivados de enfermedades crónicas y degenerativas. Cirugía ocular, **excepto en caso de accidente**. Prótesis, anteojos y lentes de todo tipo.
6. Gastos por servicios y tratamientos médicos y quirúrgicos de tipo cosmético plástico o estético; incluyendo aquellos gastos por tratamientos que se realicen en asociación con este tipo de tratamientos. Todo gasto por melasma, cloasma y vitiligo. Tratamientos para corrección de la mandíbula y cirugías maxilofaciales, cirugía ortognática para el tratamiento de las hiperplasias, hipoplasias del maxilar superior e inferior. Todo tratamiento, cirugía o programa para el control de peso; desviación gástrica o procedimiento de reducción gástrica.
7. Servicios de enfermería particular.
8. Gastos por complicaciones del producto del embarazo, sea no nato o neonato.
9. Todo gasto por atención por enfermedad o accidente en recién nacidos hasta los seis meses de edad. Luego de los seis meses de edad se debe solicitar la inclusión del menor como dependiente al plan contratado por el Asegurado Titular.
10. Anomalías y enfermedades congénitas y/o hereditarias y sus consecuencias. Circuncisión en toda edad.
11. Neurocirugía, **salvo cuando se derive de un accidente**, así como tratamiento médico y quirúrgico para la neurocisticercosis.
12. Cirugía cardiovascular.
13. Todo tipo de trasplante de órganos y extremidades naturales o artificiales. Prótesis de cualquier tipo. Material de ortopedia de todo tipo y endoprótesis para cualquier especialidad y naturaleza.

14. Tratamientos médicos y quirúrgicos de enfermedades diagnosticadas como cáncer y sus consecuencias, incluyendo quimioterapia y radioterapia. Así como cualquier enfermedad degenerativa y autoinmune. **Se cubrirán los gastos que se generen previo al diagnóstico de este tipo de enfermedades.**
15. Cualquier servicio y tratamiento médico o quirúrgico en paciente diagnosticado con HIV positivo y/o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones.
16. Tratamientos médicos y quirúrgicos en ambos géneros para el tratamiento de infertilidad, impotencia, reversión de esterilizaciones, cambio de sexo.
17. Diálisis peritoneal y hemodiálisis en fase crónica.
18. Tratamiento por enfermedades, alteraciones y consecuencias de la ingesta o uso del alcohol, drogas, bebidas embriagantes y/o estupefacientes, así como cualquier tratamiento de rehabilitación de adicciones.
19. Cualquier gasto originado a consecuencia o por enfermedad psiquiátrica o psicológica, tales como demencia, neurosis, enajenación mental, trastornos del sueño y otros descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Pruebas para diagnóstico o tratamiento de cualquier impedimento para el aprendizaje, educación para la salud, orientación matrimonial, retraso del lenguaje, hiperkinesia e hiperactividad.
20. Padecimientos causados a sí mismo estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales o causadas por cualquier otra persona que esté de acuerdo con él para ese efecto.
21. Rehabilitación física o fisioterapia fuera de la hospitalización.
22. Medicamentos, equipo, artículos de soporte médico para uso ambulatorio. Vacunas de todo tipo. Suero para pruebas alérgicas o para tratamientos de sensibilización.
23. Epidemias, enfermedades, accidentes o lesiones originadas por catástrofes naturales, bomba atómica, de hidrógeno o similares, guerra declarada o no; y las declaradas como epidemias por los servicios de salud nacionales u Organismos Internacionales.
24. Síndrome de deficiencia de la hormona del crecimiento, pubertad precoz.
25. Diabetes mellitus de cualquier tipo y sus consecuencias.
26. Condiciones Preexistentes.
27. Lesiones causadas por participar en servicios militares, actos de guerra, rebelión, riña, conmoción civil o actos delictivos en que participe directamente el Asegurado.
28. Tratamiento médico, medicinas u operaciones quirúrgicas de naturaleza preventiva.
29. Curas de reposo, convalecencia, curas en custodia o períodos de cuarentena o aislamiento. Cualquier tipo de internación que sea a consecuencia de un padecimiento o tratamiento no cubierto por esta Póliza.
30. Cualquier tipo de gasto médico incurrido en un proveedor no incluido en la **Red Exclusiva**.
31. Tratamientos por acné, apnea del sueño, calvicie y sus consecuencias directas o indirectas.
32. Exposición deliberada de la vida a un peligro excepcional, así como la práctica profesional de deportes o que no sean practicados con fines recreacionales, daños corporales sostenidos mientras esté tomando parte en montañismo donde cuerdas guías sean usualmente utilizadas; aviación (excepto cuando se encuentre volando únicamente como pasajero en una aerolínea de vuelos comerciales que cuenten con la autorización correspondiente), incluyendo vuelo con ala tipo delta, parapente, paracaídas; deportes de invierno no recreacionales, carreras de caballos, carreras de autos o motocicleta y actividades submarinas profesionales que requieran el uso de aparatos respiratorios; participación en entrenamiento o práctica de deportes profesionales, otros deportes también serán excluidos si son considerados un riesgo mayor por inexperiencia, falta de cuidado o conocimiento o condiciones peligrosas.

CLÁUSULA 25 - LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

En la Tabla de Beneficios de la Póliza se indican los Límites Máximos de Responsabilidad de La Compañía, bajo ningún concepto, La Compañía estará obligada a desembolsar un límite mayor de los indicados en esta Póliza.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. 954-2016 del 02 de agosto de 2016.

ANEXO No. 1

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS SALUD SIEMPRE

| | | |
|---|--------------------------------|---|
| Prima del Seguro _____ | Póliza No. _____ | Plan Contratado <u>PLAN COMPLETO</u> |
| Inicio de vigencia _____ | Final de vigencia _____ | |
| Nombre del Asegurado Titular _____ | | Fecha de Nacimiento _____ |

| Nombre de los Dependientes Asegurados | Parentesco | Fecha de Nacimiento |
|---------------------------------------|------------|---------------------|
| 1. _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ | _____ |

| TABLA DE BENEFICIOS PLAN COMPLETO | | |
|--|---|--|
| BENEFICIOS | | LÍMITES |
| Beneficio de Gastos Médicos (Por cada Asegurado) | De Por Vida | Q.1,500,000.00 |
| | ▪ Sublímite Por Año | Q. 200,000.00 |
| | ▪ Sublímite Por Hospitalización | Q. 100,000.00 |
| ▪ Tratamiento Hospitalario | En Hospitales ^A | Aplica, a partir del mes siete (7) de cobertura ininterrumpida |
| ▪ Tratamiento Ambulatorio | Consulta con Médicos ^A | Límites Anuales Cobertura Individual: 12 Cobertura Familiar: 18 |
| | Exámenes de Diagnóstico ^A | Aplica |
| ▪ Maternidad | Consulta con Ginecólogo ^A , Chequeo Prenatal ^A y Atención de Parto o Cesárea ^A | Aplica, a partir del mes trece (13) de cobertura ininterrumpida |
| ▪ Chequeo Médico Anual | | Aplica, a partir del mes siete (7) de cobertura ininterrumpida |

^A Afiliados a la **Red Exclusiva**

TABLA DE PAGOS POR EVENTO

Participación del Asegurado que debe pagar cada vez que utilice los beneficios cubiertos bajo el plan contratado.

| | | SEGMENTO 1 | SEGMENTO 2 | SEGMENTO 3 |
|--------------------------|---|-------------------------------------|--|--|
| | | Hospital La Paz Zona 14 | Hospital La Paz Zona 10 Hospital La Paz Zona 11 Hospital La Paz Occidente: Quetzaltenango, Tonicapán, Retalhuleu, San Marcos y Huehuetenango | Hospital La Paz Zona 1 Hospital La Paz Eskala |
| DESCRIPCIÓN | | PAGO POR EVENTO | | |
| Tratamiento Ambulatorio | Consulta Médica: Médicos Primarios | Q80 | Q65 | Q50 |
| | Consulta Médica: Sub-Especialistas | Q80 | Q80 | Q80 |
| | Exámenes de Laboratorio, Diagnóstico por imágenes y Cardiología | 25% Mínimo Q190 | 15% Mínimo Q140 | 10% Mínimo Q90 |
| | Endoscopias y/o Procedimientos Especiales y Cirugías Ambulatorias | 25% Mínimo Q525 | 15% Mínimo Q350 | 10% Mínimo Q250 |
| Tratamiento Hospitalario | Emergencias | 25% Mínimo Q450 | 15% Mínimo Q300 | 10% Mínimo Q200 |
| | Hospitalización de 1 a 3 Días | 25% Mínimo Q800 | 15% Mínimo Q600 | 10% Mínimo Q400 |
| | Hospitalización de 4 a 7 Días | 25% Mínimo Q1,600 | 15% Mínimo Q990 | 10% Mínimo Q590 |
| | Hospitalización de 8 o más Días | 25% Mínimo Q2,500 | 15% Mínimo Q1,490 | 10% Mínimo Q900 |
| | Cardiología Intervencionista (Hemodinamia) | 25% | | |
| | Maternidad (Aplica para Plan Completo) | COMO CUALQUIER OTRA HOSPITALIZACIÓN | | |

Los límites de sumas aseguradas de las coberturas y beneficios, montos de pagos por evento, se revisarán anualmente y podrán modificarse de acuerdo a las variaciones en el costo de los servicios médicos.

Los proveedores médicos están segmentados de acuerdo a ubicación geográfica y cartera de servicios.

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS SALUD SIEMPRE

Red Exclusiva

1. HOSPITALES

| | SEGMENTO 1 | SEGMENTO 2 | SEGMENTO 3 |
|---|-------------------------------------|---|--|
| | Hospital La Paz Zona 14 | Hospital La Paz Zona 10 Hospital La Paz Zona 11 Hospital La Paz Occidente: Quetzaltenango, Totonicapán, Retalhuleu, San Marcos y Huehuetenango | Hospital La Paz Zona 1 Hospital La Paz Eskala |
| DESCRIPCIÓN | PAGO POR EVENTO | | |
| Consulta Médica: médicos primarios | Q80 | Q65 | Q50 |
| Consulta Médica: sub-Especialistas | Q80 | Q80 | Q80 |
| Exámenes de Laboratorio, Diagnóstico por imágenes y Cardiología | 25% Mínimo Q190 | 15% Mínimo Q140 | 10% Mínimo Q90 |
| Endoscopias y/o Procedimientos Especiales y Cirugías Ambulatorias | 25% Mínimo Q525 | 15% Mínimo Q350 | 10% Mínimo Q250 |
| Emergencias | 25% Mínimo Q450 | 15% Mínimo Q300 | 10% Mínimo Q200 |
| Hospitalización de 1 a 3 Días | 25% Mínimo Q800 | 15% Mínimo Q600 | 10% Mínimo Q400 |
| Hospitalización de 4 a 7 Días | 25% Mínimo Q1,600 | 15% Mínimo Q990 | 10% Mínimo Q590 |
| Hospitalización de 8 o más Días | 25% Mínimo Q2,500 | 15% Mínimo Q1,490 | 10% Mínimo Q900 |
| Cardiología Intervencionista (Hemodinamia) | 25% | | |
| Maternidad (Aplica para Plan Completo) | COMO CUALQUIER OTRA HOSPITALIZACIÓN | | |

2. CLÍNICAS MÉDICAS

| PROVEEDOR | HORARIOS |
|--|---|
| Hospital La Paz Zona 14 | Lunes a Viernes 7:00 a 19:00 y Sábados de 8:00 a 12:00 |
| Hospital La Paz Zona 10 | |
| Hospital La Paz Zona 11 | |
| Hospital La Paz Zona 1 | |
| Hospital La Paz Eskala | |
| Hospital La Paz Occidente | |
| Centro de Diagnóstico La Paz Totonicapán | Lunes a Viernes 7:00 a 16:00 y Sábados de 8:00 a 12:00 |
| Centro de Diagnóstico La Paz San Juan Ostuncalco | |
| Centro de Diagnóstico La Paz Salcajá | |
| Centro de Diagnóstico La Paz Retalhuleu | |
| La Paz San Marcos | |
| La Paz Huehuetenango | |

I. MÉDICOS ESPECIALISTAS

Especialidades: Cirugía, Cirugía Pediátrica, Ginecología y Obstetricia, Medicina Familiar, Medicina Interna, Neonatología, Pediatría, Traumatología

II. MÉDICOS SUB-ESPECIALISTAS

Especialidades: Cirugía, Cirugía Plástica y de Mano, Cirugía Proctológica, Cirujano Endocrino, Dermatología, Dermatología Pediátrica, Endocrinología, Gastroenterología, Gastroenterología Pediátrica, Hematología, Infectología, Infectología Pediátrica, Intensivista de Adultos, Maxilofaciales, Nefrología, Neonatología, Neumología, Neumología Pediátrica, Neurocirugía, Neurología, Odontología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Rumatología, Terapia Física, Urología

3. CENTROS DE DIAGNÓSTICO

| PROVEEDOR | HORARIOS |
|--|---|
| Hospital La Paz Zona 14 | Servicio 24 horas |
| Hospital La Paz Zona 10 | Servicio 24 horas |
| Hospital La Paz Zona 11 | Servicio 24 horas |
| Hospital La Paz Zona 1 | Servicio 24 horas |
| Hospital La Paz Eskala | Servicio 24 horas |
| Hospital La Paz Occidente | Servicio 24 horas |
| Centro de Diagnóstico La Paz Totonicapán | Lunes a Viernes 7:00 a 16:00 y Sábados de 8:00 a 12:00 |
| Centro de Diagnóstico La Paz San Juan Ostuncalco | |
| Centro de Diagnóstico La Paz Salcajá | |
| Centro de Diagnóstico La Paz Retalhuleu | |