



Términos y Condiciones

BUPA ESSENTIAL CARE

BUPA GUATEMALA

ARTÍCULO



DISPOSICIONES GENERALES

- 1.1 BUPA GUATEMALA, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.:** (de ahora en adelante denominada la "Aseguradora"), en consideración a las declaraciones contenidas en el formulario de Solicitud de Seguro de Salud Individual presentado por el Solicitante (de ahora en adelante denominado el "Asegurado Principal") y sus declaraciones individuales, las cuales se incorporan al presente contrato para sus efectos vinculantes, se compromete a reembolsarle al Asegurado Principal los gastos médicos incurridos por éste último y/o sus Dependientes Asegurados de conformidad con los beneficios estipulados en los términos y condiciones de esta póliza. Todos los beneficios están sujetos a las condiciones de esta póliza, incluyendo los montos Deducibles aplicables, los beneficios máximos y los límites estipulados en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza. El contrato de seguro celebrado entre la Aseguradora y el Asegurado Principal lo constituye la Solicitud de Seguro de Salud Individual, la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales, los Anexos que se contraten y las Condiciones Particulares que se agreguen al mismo.
- 1.2 ESTIPULACIÓN LEGAL:** Por estipulación legal se cita el siguiente artículo el que por su importancia se solicita al Asegurado su atenta lectura. Artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala: "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 (15) días calendario 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 (15) días calendario 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 será interpretada y aplicada de acuerdo con las leyes de la República de Guatemala. Al presente contrato de seguro le son aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala, relacionadas con el contrato de seguro, las que prevalecerán sobre el contenido de este contrato de seguro.
- 1.3 AVISO IMPORTANTE SOBRE LA SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL:** Esta póliza es emitida en base a la Solicitud de Seguro de Salud Individual y al pago de la prima. Cualquier equivocación, omisión, inexactitud, falsedad o retención en las manifestaciones hechas por el Asegurado Principal o sus Dependientes Asegurados puede resultar en que la póliza sea rescindida o cancelada de conformidad con lo que al respecto establece en los artículos 880, 881, 908 y 909 del Código de Comercio de Guatemala.
- 1.4 INDISPUTABILIDAD:** La póliza será indisputable por omisión o inexacta declaración, inmediatamente después de haber cumplido dos (2) años de vigencia contados a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza, conforme al Artículo 1010 del Código de Comercio: "Las omisiones o inexactas declaraciones del Solicitante del seguro, diversas de las referentes a la edad del asegurado dan derecho al asegurador para dar por terminado el contrato; pero dicho derecho caduca, si la póliza ha estado en vigor, en vida del asegurado, durante dos años a contar de la fecha de su perfeccionamiento o de la última rehabilitación."

1.5 ELEGIBILIDAD:

1.5.1 REQUISITOS BÁSICOS DE ELEGIBILIDAD: Esta póliza sólo puede ser emitida a residentes de Guatemala con una edad mínima de dieciocho (18) años (excepto para los Dependientes elegibles) hasta un máximo de setenta y cuatro (74) años de edad. No hay edad máxima de renovación para Asegurados ya cubiertos bajo esta póliza. Esta póliza no puede ser emitida a personas que residen permanentemente en cualquier otro país que no sea Guatemala. Los Asegurados con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía temporal en los Estados Unidos de América pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones siempre y cuando la residencia permanente del Asegurado Principal se mantenga en la República de Guatemala.

1.5.2 DEPENDIENTES ELEGIBLES: Los Dependientes elegibles bajo esta póliza son aquéllos que han sido identificados en la Solicitud de Seguro de Salud Individual y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza. Los Dependientes elegibles incluyen al Cónyuge o Conviviente del Asegurado Principal o una persona que el Asegurado Principal designe, quien deberá cumplir los requisitos de elegibilidad, así como hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, menores de edad para quienes el Asegurado Principal ha sido designado representante legal por un juez competente y nietos nacidos bajo la cobertura de la póliza que sean hijos de Dependientes menores de dieciocho (18) años.

1.5.3 REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD: Para que el (la) Conviviente o persona que designe el Asegurado Principal sea un dependiente elegible, es necesario él (ella) y el Asegurado Principal cumplan los siguientes requisitos:

- (a) Ninguno de los dos puede estar actualmente casado o ser Conviviente de otra persona según la ley.
- (b) Los dos deben compartir la misma residencia permanente.
- (c) Deben tener una relación estable.
- (d) Los dos deben tener por lo menos dieciocho (18) años de edad.
- (e) Los dos deben tener capacidad civil para contratar.
- (f) Los dos deben ser interdependientes financieramente y proporcionar los documentos que comprueben una de las siguientes condiciones de dicha interdependencia financiera:
 - i. Ambos son propietarios de una residencia en común, o
 - ii. Que cumplen con por lo menos dos (2) de los siguientes requisitos:
 - Una cuenta mancomunada de cheques, ahorros o inversiones
 - Un crédito donde ambos son deudores mancomunados
 - Un contrato de arrendamiento de residencia que identifique a ambos como arrendatarios
 - Un testamento y/o póliza de seguro de vida que designe al otro como beneficiario principal

1.5.4 AMPLIACIÓN Y TERMINACIÓN DE COBERTURA: La cobertura está disponible para los hijos Dependientes del Asegurado Principal hasta antes de cumplir los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta antes de cumplir los veinticuatro (24) años, si son solteros. La cobertura para dichos Dependientes continúa hasta la siguiente Fecha de

Aniversario de la Póliza o la siguiente Fecha de Vencimiento de Pago, la que ocurra primero, después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, si son solteros, o después de cumplir los veinticuatro (24) años de edad, si son solteros.

La cobertura para hijos o hijas Dependientes con hijos terminará bajo la póliza de sus padres en la Fecha de Aniversario de la Póliza luego de que el hijo o hija Dependiente haya cumplido los dieciocho (18) años de edad, y deberán obtener cobertura para sí mismos y sus hijos bajo su propia póliza.

Si un(a) hijo(a) Dependiente contrae matrimonio, o toma residencia permanente en otro país que no sea Guatemala, o si el (la) Cónyuge Dependiente deja de estar casado(a) con el Asegurado Principal por razón de divorcio o anulación, la cobertura para dicho Dependiente terminará en la siguiente Fecha de Aniversario de la Póliza o de la siguiente Fecha de Vencimiento de Pago, la que ocurra primero.

Un hijo dependiente que haya nacido en la póliza, y que sea catalogado como Adulto Dependiente según la definición detallada en estos Términos y Condiciones, podrá continuar con la cobertura de seguro bajo esta condición luego de cumplidos los 24 años de edad, para lo cual aplicarán las tarifas y beneficios correspondientes a una persona adulta para cada renovación. De igual manera le aplicarán las restricciones y limitaciones especificadas en la Tabla de Beneficios.

1.5.5 CONTINUIDAD DE COBERTURA: El Dependiente que estuvo cubierto bajo una póliza anterior con la Aseguradora y que es elegible para cobertura bajo su propia póliza, será aprobado sin necesidad de una evaluación de riesgo para una póliza con un Deducible igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones existentes en la póliza anterior. Su Solicitud de Seguro de Salud Individual debe ser recibida antes de terminar el Período de Gracia de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como Dependiente.

1.5.6 EXTENSIÓN DE COBERTURA PARA DEPENDIENTES ASEGURADOS DEBIDO AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO PRINCIPAL: En caso de que fallezca el Asegurado Principal, la Aseguradora proporcionará cobertura continua a los Dependientes sobrevivientes bajo esta póliza durante el tiempo estipulado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza sin costo alguno, si la causa de la muerte del Asegurado Principal se debe a una condición cubierta bajo esta póliza.

Este beneficio aplica solamente a los Dependientes cubiertos bajo la póliza existente, y terminará automáticamente para el (la) Cónyuge o el (la) Conviviente si contrae matrimonio, o para los demás Dependientes sobrevivientes cuando ya no sean elegibles bajo esta póliza y/o para quienes se haya emitido una póliza propia.

Esta extensión de cobertura no aplica para ningún Anexo de cobertura opcional. La extensión de cobertura entrará en vigencia a partir de la próxima Fecha de Vencimiento del Pago o Fecha de Aniversario de la Póliza, la que ocurra primero, después del fallecimiento del Asegurado Principal. Si el dependiente que goza del beneficio de extensión de cobertura se ve excluido de dicho beneficio por las razones estipuladas anteriormente, él/ella podrá mantener su cobertura siempre y cuando pague la prima correspondiente y cumpla con las condiciones de elegibilidad estipuladas en el numeral 1.5.2.

1.6 VIGENCIA DE LA PÓLIZA: La cobertura comienza a las 00:00 horas, hora oficial de Guatemala en la Fecha Efectiva de la Póliza consignada en la

Carátula de la Póliza, y termina a las 24:00 horas, hora oficial de Guatemala en la Fecha de Vencimiento del Pago.

La póliza tiene una vigencia de doce (12) meses y se renovará automáticamente por un período 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 del vencimiento de pago.

- 1.7 ENTREGA DE LA PÓLIZA:** La póliza se considerará entregada al ser recibida por el Asegurado Principal en el lugar indicado para recibir notificaciones.
- 1.8 MODIFICACIÓN DE CONDICIONES:** Ningún Intermediario de Seguros tiene la autoridad para modificar la póliza o exonerar alguna de sus condiciones. Después de que la póliza haya sido emitida, ningún cambio será válido a menos que sea autorizado por escrito por la Aseguradora.
- 1.9 PERÍODO DE ESPERA GENERAL:** Esta póliza contempla un período de espera general de sesenta (60) días calendario, durante el cual solamente estarán cubiertas las Enfermedades y lesiones causadas por un Accidente que ocurra dentro de este período, o aquellas Enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período. Algunos beneficios también contemplan períodos de espera específicos, los cuales están establecidos en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
- 1.10 EXONERACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA GENERAL:** La Aseguradora exonerará el período de espera general de sesenta (60) días solamente si:
- (a) El Asegurado tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos de otra compañía durante por lo menos un (1) año, y
 - (b) La Fecha de Inicio de Cobertura se encuentra dentro de los sesenta (60) días después de que ha expirado la cobertura anterior, y
 - (c) El Asegurado ha informado sobre la cobertura anterior en la Solicitud de Seguro de Salud, y
 - (d) La Aseguradora recibe una copia de la póliza anterior y copia del recibo de pago de la prima del último año de cobertura, junto con la Solicitud de Seguro de Salud Individual.

Esta exoneración del período de espera general no procede para beneficios cubiertos con períodos de espera específicos.

- 1.11 FORMA DE PAGO:** Todas las pólizas son consideradas pólizas anuales. Las primas deberán ser pagadas anualmente, a menos que la Aseguradora autorice otra forma de pago.
- 1.12 CAMBIO DE PRODUCTO O DE OPCIÓN DE DEDUCIBLE:** Al ser una póliza con vigencia anual, el Asegurado Principal únicamente podrá modificar su póliza al momento de la renovación. Éste debe ser notificado por escrito y la Aseguradora deberá recibir la solicitud antes de la fecha de aniversario. Cuando el Asegurado Principal solicite un cambio de producto o de opción de Deducible, aplican las siguientes condiciones:
- (a) Los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado (a excepción de los deducibles acumulados) no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto u opción de Deducible los contemple. Si el producto u opción de Deducible anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto u opción de deducible, se debe cumplir el período de espera específico establecido en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
 - (b) Para el pago de siniestros relacionados con una Enfermedad o Lesión que no haya sido causada por un Accidente o Enfermedad de origen infeccioso que ocurran durante los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los

beneficios pagaderos entre el nuevo producto u opción de Deducible y el producto u opción de Deducible anterior.

- (c) Para el pago de beneficios relacionados con la maternidad, complicaciones de maternidad y cobertura del Recién Nacido que ocurran durante los diez (10) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto u opción de Deducible y el producto u opción de Deducible anterior.
- (d) Para el pago de siniestros relacionados con beneficios con sumas aseguradas de por vida que ocurran durante los seis (6) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto u opción de Deducible y el producto u opción de Deducible anterior.
- (e) Los beneficios con sumas aseguradas de por vida que ya hayan tenido siniestros pagados bajo la cobertura del producto u opción de Deducible anterior, serán disminuidos en la proporción del gasto ya erogado. Cuando el total del beneficio en el nuevo producto u opción de Deducible es menor que la cantidad ya pagada bajo el beneficio en el producto o plan anterior, el beneficio se considera exhausto y ya no corresponderá cobertura bajo el nuevo producto u opción de Deducible.
- (f) No obstante lo anterior, la Aseguradora podrá llevar a cabo los procedimientos de suscripción correspondientes cuando el Asegurado Principal solicite cambio de producto, opción de Deducible, beneficios, o suma asegurada.

1.13 CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA: El Asegurado debe notificar por escrito a la Aseguradora, cuando él o alguno de sus Dependientes Asegurados tengan la intención de permanecer fuera de su País de Residencia por más de ciento ochenta (180) días calendario. Dicha notificación deberá hacerla dentro de los primeros treinta (30) días calendario después del cambio, en cuyo caso quedará a criterio de la Aseguradora y previo aviso al Asegurado Principal, proceder a incrementar la prima y/o incrementar el Deducible anual.

1.14 CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: La póliza puede ser cancelada o no renovada 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 Dependiente, o
- (d) Por notificación por escrito de la Aseguradora en los casos previstos en el Código de Comercio de Guatemala, o
- (e) Por notificación por escrito de la Aseguradora por declaraciones falsas e inexactas.

Si el Asegurado Principal cambia su país de residencia, la Aseguradora se reserva el derecho de no renovar la póliza y de poner en contacto al Asegurado Principal con una aseguradora de Bupa en otro país.

Según lo establecido en el Artículo 907 del Código de Comercio de Guatemala, no obstante, el término de vigencia del contrato, tanto el Asegurado Principal como la Aseguradora podrán dar por terminado el contrato anticipadamente sin expresión de causa con quince (15) días de aviso previo dado a la contraparte.

1.15 CESE DE LA COBERTURA DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA: En caso de que una póliza sea terminada conforme el artículo anterior, la cobertura cesa en el momento de la cancelación o no renovación de la

póliza, y la Aseguradora sólo será responsable por tratamientos cubiertos bajo los términos de la póliza que se hayan llevado a cabo antes de la fecha de cancelación de la misma. No hay cobertura para ningún tratamiento que ocurra después del momento de cancelación o no renovación de la póliza, independientemente de cuándo se presentó por primera vez la condición o cuánto más tratamiento adicional pueda ser necesario.

1.16 REEMBOLSOS: Si el Asegurado Principal cancela la póliza después de que ésta ha sido emitida, rehabilitada o renovada, o la Aseguradora cancela la póliza por cualquier razón bajo los términos de la póliza, la Aseguradora reembolsará la porción no devengada de la prima menos los cargos administrativos. La porción no devengada de la prima se basa en el número de días calendario correspondiente a la forma de pago, menos el número de días calendario que la póliza estuvo en vigor.

1.17 PAGO DE LA PRIMA: El Asegurado Principal es responsable del pago a tiempo de la prima. La prima es pagadera en la Fecha de Aniversario de la Póliza o en cualquier otra Fecha de Vencimiento del Pago que haya sido autorizada por la Aseguradora. El Asegurado es responsable del pago sin necesidad de requerimiento previo por parte de la Aseguradora.

Si el Asegurado no ha recibido un aviso de pago de prima treinta (30) días calendario antes de la Fecha de Vencimiento del Pago, y no sabe el monto del pago de su prima, el Asegurado deberá comunicarse con su agente o directamente con la Aseguradora.

1.18 CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS: La Aseguradora se reserva el derecho de cambiar en forma general las tarifas de esta póliza en cada Fecha de Vencimiento del Pago. Ningún Asegurado será penalizado con el incremento de la prima basado en su historial de reclamaciones.

1.19 PERÍODO DE GRACIA: Si el pago de la prima no es recibido en la Fecha de Vencimiento del Pago, 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 todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha original del vencimiento de la prima. En este último caso, ningún beneficio será proporcionado durante el Período de Gracia.

1.20 REHABILITACIÓN: Si la póliza no fue renovada durante el Período de Gracia, puede ser rehabilitada durante los siguientes sesenta (60) días calendario de haberse terminado el Período de Gracia, a discreción de la Aseguradora, siempre y cuando el Asegurado proporcione nueva evidencia de elegibilidad, la cual consistirá en una nueva Solicitud de Seguro de Salud Individual y cualquier otra información o documento requerido por la Aseguradora. La póliza no podrá ser rehabilitada después de noventa (90) días calendario de la Fecha de Vencimiento del Pago.

1.21 LEGISLACIÓN APLICABLE: Esta póliza se regirá e interpretará de conformidad con la legislación aplicable a la actividad aseguradora, así como cualquier otra legislación general vigente y aplicable a la materia de la República de Guatemala.

1.22 ARBITRAJE Y ACCIÓN LEGAL: Previo al inicio de cualquier procedimiento de arbitraje o acción legal, el Asegurado deberá agotar el proceso de apelación establecido en el numeral 4.10 de este documento.

En el supuesto de que subsista el conflicto una vez se haya agotado el proceso antes relacionado, ambas partes convienen en que toda disputa, controversia o reclamo que se relacione con la aplicación, interpretación y/o cumplimiento de esta póliza, por cualquier causa, deberá resolverse

mediante Arbitraje de Derecho, de conformidad con el Reglamento de Arbitraje de la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala (CRECIG), que se encuentre vigente al momento de surgir el conflicto. El Arbitraje será administrado por la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala (CRECIG), en la ciudad de Guatemala, por medio de un tribunal compuesto de un Árbitro nombrado de conformidad con el Reglamento antes relacionado, y el idioma del Arbitraje será el español. El laudo deberá ser cumplido de buena fe y sin demora alguna por las partes.

El Asegurado y la Aseguradora acuerdan pagar los respectivos costos y honorarios de su representación legal. El Asegurado y la Aseguradora declinan cualquiera y todos los derechos de interponer una acción ante los tribunales del Organismo Judicial, excepto en los casos en que las decisiones tomadas por el tribunal de arbitraje sean ejecutadas por la vía judicial. El Asegurado y la Aseguradora señalan sus respectivas direcciones descritas en la Carátula de la Póliza como lugar para recibir notificaciones, citaciones y comunicaciones.

- 1.23 COORDINACIÓN DE BENEFICIOS:** El Asegurado no podrá recibir o beneficiarse de un doble pago por la misma factura o por un mismo servicio cubierto por este seguro y por otro seguro o plan de beneficios de salud o de gastos médicos. El Asegurado queda obligado a informar a la Aseguradora la existencia de otras pólizas las cuales también provean beneficios similares a los cubiertos por esta póliza. Existiendo otras pólizas anteriores a la fecha efectiva de la presente póliza que cubran el valor íntegro de la reclamación presentada por el asegurado, la presente póliza no cubrirá el pago de dicha reclamación. Sin embargo, si la primera póliza o las que en orden de antigüedad le siguiesen, no cubriesen dicho valor o solo lo cubriesen parcialmente, la presente póliza responderá por la diferencia, sujeto a los límites de cobertura contemplados en la misma.

La siguiente documentación es necesaria para coordinar beneficios: Formulario de Explicación de Beneficios (EOB) que haya sido emitido por la(s) otra(s) aseguradora(s) y copia de las facturas pagadas por la aseguradora local que contengan información sobre el diagnóstico, la fecha de servicio, el tipo de servicio y el monto cubierto.

- 1.24 SUBROGACIÓN:** La Aseguradora tiene el derecho de subrogación o reembolso por parte y en nombre del Asegurado a quien ha pagado una reclamación, cuando el Asegurado haya recobrado todo o parte de dicho pago de una tercera entidad. Además, la Aseguradora se reserva el derecho de proceder en nombre del Asegurado, asumiendo los gastos contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta póliza, o que puedan ser responsables de proporcionar indemnización de beneficios por cualquier reclamación bajo esta póliza.
- 1.25 PRESCRIPCIÓN:** Todas las acciones que derivan de la presente póliza prescribirán en dos (2) años contados a partir de la fecha del acontecimiento que les dio origen, conforme a los artículos 916 y 918 del Código de Comercio de Guatemala.
- 1.26 MONEDA:** Todos los valores monetarios mencionados en esta póliza están expresados en dólares de los Estados Unidos de América (US\$). El tipo de cambio utilizado para pagos de primas y facturas emitidas en cualquier otra moneda que no sea dólares de los Estados Unidos de América (US\$), estarán calculados de acuerdo con el tipo de cambio publicado diariamente por el Banco de Guatemala. Adicionalmente, la Aseguradora se reserva el derecho de efectuar los pagos o reembolsos en la moneda en que se facturó el servicio o tratamiento.

1.27 COASEGURO: Su póliza contempla el pago de un coaseguro del veinte por ciento (20%) después del deducible, este coaseguro aplica para todos los gastos efectuados fuera de Guatemala, con un tope máximo de cinco mil dólares (US\$5,000.00) por asegurado, y un máximo de diez mil dólares (US\$10,000) por familia, por año póliza.

1.28 CONFIDENCIALIDAD y PROTECCION DE DATOS PERSONALES: La confidencialidad de la información de pacientes y Asegurados es una prioridad de la Aseguradora y para todas sus afiliadas. La Aseguradora toma la confidencialidad de la información personal de sus Asegurados muy seriamente. Con este fin, la Aseguradora cumple particularmente con las leyes de protección de la información y los reglamentos de confidencialidad médica que sean aplicables a los servicios que brinda en relación con la póliza, incluyendo (en su caso) las regulaciones de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 de los Estados Unidos de América ("HIPAA", por sus siglas en inglés). Toda actividad de tratamiento de sus datos personales de Asegurados por parte de la Aseguradora se llevará a cabo siempre con sujeción a nuestro aviso de privacidad que, para el producto y/o servicio que es regulado por estos Términos y Condiciones, aparece publicado en nuestra página "<http://www.bupasalud.com.gt>" www.bupasalud.com.gt.

La Aseguradora puede en ocasiones usar los servicios de terceros para realización procesos que pueden conllevar el tratamiento de datos personales de Asegurados. Tales procesos podrían llevarse a cabo fuera de su jurisdicción, incluso en países en donde es posible que no se ofrezca el mismo nivel de protección regulatoria en materia de protección de datos personales. No obstante, en todos los casos, los terceros a quienes podamos darles acceso a información personal están sujetos a estrictas obligaciones contractuales a cargo de ellos, y que están destinadas a que se preserve/resguarde debidamente la confidencialidad y la seguridad de la información personal a la que tales terceros puedan tener acceso, por conducto nuestro.

Si el Contratante y/o el Asegurado Titular/Principal se transfiere a otro seguro de la Aseguradora a otro seguro ofrecido por cualquiera de nuestras compañías afiliadas, entonces la Aseguradora compartirá con tales compañías afiliadas nuestras: la información médica y la información de reclamaciones e historial de la póliza del Contratante y/o del Asegurado Titular/Principal y sus Dependientes.

La Aseguradora podrá compartir la información de Dependientes asegurados con el Contratante y/o respectivo con el Asegurado Titular/Principal por medio del cual los Dependientes (actuales o propuestos) que hayan sido presentados a la Aseguradora para fines de incorporarlos bajo los beneficios de cobertura de la póliza de seguro. La información de Dependientes antes referida y que puede así ser compartida por la Aseguradora, incluye, entre otra, información acerca de beneficios recibidos, reclamaciones pagadas, cantidad de deducible cubierto, y cuando corresponda, cualquier historial médico que pueda impactar en la prestación de beneficios cubiertos.

El Contratante y los Asegurados pueden obtener más información acerca de las prácticas de privacidad de la Aseguradora, en "<http://www.bupasalud.com.gt>" www.bupasalud.com.gt.

1.29 RESIDENCIA EN EL PAÍS: Para tener derecho a la cobertura establecida en los Términos y Condiciones de la póliza, el Asegurado (principal y dependientes) deberá ser residente y vivir de manera permanente en el país declarado en la Solicitud de Seguro.

La Aseguradora considera país de residencia aquel declarado en la Solicitud de Seguro y que: i. el Asegurado (principal y dependientes) resida de manera física y/o permanente por ciento ochenta y tres (183) días calendario (continuos o discontinuos) de un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos; ii. u otro lugar dispuesto de acuerdo con las condiciones particulares de la Póliza.

Esta póliza no será emitida y/o renovada, no está disponible, ni provee cobertura a Asegurados que residen o residan en los Estados Unidos de América por más de ciento ochenta (180) días calendario (continuos o discontinuos) de un periodo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos (sin importar el tipo de visa o estado migratorio del Asegurado (principal y/o dependientes), a menos que sea dispuesto de otra forma en las Condiciones Particulares de la póliza).

Sin perjuicio de lo anterior, la Aseguradora, a su discreción, se reserva el derecho de: terminar la cobertura, evaluar la elegibilidad, cancelar de manera anticipada, o no renovar la póliza, en caso de que cualquier Asegurado (principal o dependientes) resida de manera física o permanente (sin importar el tipo de visa o estatus migratorio) en otro país distinto al declarado como residencia en la Solicitud de Seguro.

1.30 PAGO DE RECLAMOS NO CUBIERTOS: La Aseguradora no está en la obligación de dar cobertura y/o pagar reclamos excluidos o no cubiertos bajo los términos y condiciones de la póliza bajo ninguna circunstancia (como por ejemplo, pero sin limitar, a aquellos casos en donde: La Aseguradora, por error, de su parte, haya realizado pagos a reclamos que posteriormente se identifiquen como excluidos o no cubiertos bajo los términos y condiciones de la póliza; casos en los que La Aseguradora no reciba documentación completa y veraz relacionada al reclamo, entre otros).

Cualquier pago a reclamos de condiciones excluidas o no cubiertas por los términos y condiciones de la póliza, se considerarán un error que de ninguna manera constituirá un derecho adquirido por parte del Asegurado, a su vez, dichos pagos no constituirán un precedente y/o referencia para otras y/o futuras coberturas relacionadas al mismo o similar diagnóstico o cualquier reclamo relacionado; por tanto, el Asegurado no tiene ni tendrá derecho a exigir coberturas a cualquier reclamo derivado del mismo evento y/o cualquier evento, reclamo, o condición excluida o no cubierta bajo los términos y condiciones de su póliza.

En aquellos casos en donde La Aseguradora realice pagos a reclamos no cubiertos por los términos y condiciones de la póliza, La Aseguradora podrá, a su entera discreción: i. solicitar el reembolso de los pagos realizados por error al Asegurado Titular (dicho reembolso deberá ser realizado dentro de los siguientes treinta días a la fecha de cobro por parte de La Aseguradora al Asegurado); ii. reducir el monto pagado por error de cualquier reclamación pendiente o futura; iii. reducir el monto pagado por error de la prima no devengada; iv. levantar cualquier acción necesaria para obtener el reembolso del monto relacionado a los reclamos pagados por error.

ARTÍCULO

2

BENEFICIOS

2.1 CONDICIONES PREVIAS: La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la póliza está sujeta a los términos y condiciones de esta póliza. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por Asegurado, por Año Póliza.

Esta póliza contempla el pago de un coaseguro del veinte por ciento (20%) después del deducible, este coaseguro aplica para todos los gastos efectuados fuera de Guatemala, con un tope máximo de cinco mil dólares (US\$5,000.00) por asegurado, y un máximo de diez mil dólares (US\$10,000) por familia, por año póliza.

Esta póliza proporciona cobertura dentro de la Red de Proveedores de la Aseguradora conforme lo indicado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza. La Aseguradora también cubrirá gastos de Hospitalización y tratamiento que se lleven a cabo en un Hospital fuera de la Red de Proveedores de la Aseguradora cuando así se indique en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza. En estos casos, el gasto está sujeto al treinta por ciento (30%) por concepto de Participación del Asegurado. El setenta por ciento (70%) correspondiente a la Aseguradora no se considera para alcanzar el máximo de Deducible.

Cualquier diagnóstico o procedimiento terapéutico, tratamiento o beneficio está cubierto únicamente si es originado por una condición cubierta bajo esta póliza. Todos los costos están sujetos a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables (UCR) para el procedimiento y área geográfica. Para el caso de Tratamiento Médico de Emergencia, los reembolsos son procesados de acuerdo con las tarifas usuales, acostumbradas y razonables por servicios médicos específicos. La tarifa UCR es la cantidad máxima que la Aseguradora considerará elegible para pago, ajustada para una región o área geográfica específica.

Los Asegurados deben notificar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia debe ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento. En caso de accidente, es obligación del asegurado notificar a la Aseguradora en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento. La omisión de este trámite puede generar la negación del reclamo o la aplicación de los costos que hubiera tenido la Aseguradora en caso de haberse notificado el accidente a tiempo. Si el Asegurado no se comunica con la Aseguradora como se establece en este documento, él/ella será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos relacionados con la reclamación, además del Deducible correspondiente. Además, en caso de accidente, no responderá la eliminación del deducible si el asegurado no notifica como se establece previamente.

Todos los beneficios están sujetos a cualquier Deducible aplicable, a menos que se indique lo contrario.

La Aseguradora no participará en transacciones con cualquier persona o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de Guatemala o los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con la Aseguradora para obtener más información sobre esta restricción.

2.2 BENEFICIOS POR HOSPITALIZACIÓN

2.2.1 SERVICIOS HOSPITALARIOS: Se proporciona cobertura solamente cuando la Hospitalización es médicamente necesaria.

- a) La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el Hospital están cubiertas según los límites indicados en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
- b) La habitación en la unidad de cuidados intensivos y la alimentación en el Hospital están cubiertas según los límites indicados en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
- c) Los Servicios Hospitalarios fuera de la Red de Proveedores de la Aseguradora están sujetos al treinta por ciento (30%) por concepto de Participación del Asegurado cuando así se indique en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza. El setenta por ciento (70%) correspondiente a la Aseguradora no se considera para alcanzar el máximo de Deducible.

2.2.2 HONORARIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA: Los honorarios de médicos, cirujanos, anestelistas, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico o de enfermería solamente están cubiertos cuando son Médicamente Necesarios durante la cirugía o tratamiento. Los honorarios médicos y de enfermería están limitados al menor de:

- a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento, o
- b) Tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado.
- c) Los honorarios del anesthesiólogo se pagarán de acuerdo con:
 - i. El treinta por ciento (30%) de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o
 - ii. El treinta por ciento (30%) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o
 - iii. Las tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado.
- d) Los honorarios del cirujano asistente se pagarán de acuerdo con:
 - i. El veinte por ciento (20%) de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico, o
 - ii. El veinte por ciento (20%) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico, o
 - iii. Las tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado.

Si más de un médico o cirujano asistente es necesario, la cobertura máxima de todos los médicos o cirujanos asistentes en conjunto no excederá el veinte por ciento (20%) de los honorarios del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico.

2.2.3 MEDICAMENTOS POR RECETA: Los medicamentos prescritos durante una Hospitalización están cubiertos hasta un máximo establecido en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

2.2.4 RED DE PROVEEDORES: La Aseguradora ofrece cobertura dentro de la Red de Proveedores de la Aseguradora, independientemente de si el tratamiento se lleva a cabo dentro o fuera del País de Residencia del Asegurado. Los gastos de Hospitalización y tratamientos que se lleven a cabo en un Hospital fuera de la Red de Proveedores de la Aseguradora están sujetos al treinta por ciento (30%) por concepto de Participación del Asegurado. El setenta por ciento (70%) correspondiente a la Aseguradora no se considerará para alcanzar el máximo de Deducible.

- (a) La lista de Hospitales y Médicos en la Red de Proveedores está disponible a través de la Aseguradora o en su página de internet especificada en la Carátula de la Póliza y puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso.
- (b) Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la Red de Proveedores, todo tratamiento deberá ser coordinado por la Aseguradora.
- (c) En los casos en los que la Red de Proveedores de la Aseguradora no esté especificada en el País de Residencia del Asegurado, no existe restricción sobre los Hospitales que el Asegurado puede utilizar en su País de Residencia.

2.2.5 ACOMPAÑANTE DE UN MENOR DE EDAD HOSPITALIZADO: Los cargos incluidos en la factura del Hospital por concepto de cama para acompañante de un niño hospitalizado menor de dieciocho (18) años se pagarán hasta un máximo especificado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

2.3 BENEFICIOS POR PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS

2.3.1 CIRUGÍA AMBULATORIA: Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados en un Hospital, clínica o consultorio médico están cubiertos hasta un máximo establecido en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Estas cirugías permiten que el paciente regrese a casa el mismo día que se realiza el procedimiento.

2.3.2 SERVICIOS AMBULATORIOS: Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es Medicamento Necesario.

2.3.3 MEDICAMENTOS POR RECETA: Los Medicamentos por Receta que hayan sido prescritos por primera vez después de una Hospitalización o cirugía ambulatoria por una condición médica cubierta bajo esta póliza están cubiertos por un período máximo de seis (6) meses continuos después de la fecha de alta o de la cirugía. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado.

Los Medicamentos por Receta prescritos para un tratamiento ambulatorio o sin Hospitalización relacionados con una condición médica cubierta bajo esta póliza están limitados al beneficio máximo especificado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado.

El porcentaje de todos los gastos cubiertos, hasta el límite máximo, será aplicado primero contra el pago del Deducible. Cuando los gastos excedan el valor del Deducible, la Aseguradora pagará la diferencia entre la cantidad de gastos aplicada al Deducible y el límite del beneficio para cubrir Medicamentos por Receta.

- 2.3.4 FISIOTERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN:** Las sesiones de fisioterapia y Servicios de Rehabilitación deberán ser autorizadas con anticipación. Se cubrirá un período inicial de sesiones tal como se indica en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza si son autorizadas con anticipación por la Aseguradora. Cualquier extensión deberá ser autorizada con anticipación o la reclamación será denegada. Se deberá presentar evidencia médica y un plan de tratamiento actualizado para obtener cada aprobación. Una sesión puede incluir múltiples disciplinas, tales como terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla si son programadas juntas como una sesión, o serán consideradas como sesiones separadas si son programadas en diferentes días calendario u horas.
- 2.3.5 ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR:** Se cubrirá un período inicial tal como se indica en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza siempre y cuando sea autorizado con anticipación por la Aseguradora. Cualquier extensión también deberá ser autorizada con anticipación, o la reclamación será denegada. Para obtener cada aprobación es necesario presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.
- 2.3.6 RECONOCIMIENTOS MÉDICOS DE RUTINA:** Los reconocimientos médicos de rutina están cubiertos hasta el máximo especificado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza, sin Deducible. Los reconocimientos médicos de rutina pueden incluir Procedimientos de Diagnóstico.
- 2.3.7 VACUNAS:** La compañía cubrirá los gastos por el costo y aplicación de las vacunas médicamente requeridas, según el programa nacional de vacunación (niños y adultos), incluyendo vacuna del Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical, vacuna contra la influenza (gripe), vacunas legalmente exigidas para viajes vacunas contra el neumococo, y medicinas contra la malaria.
- 2.3.8 TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA:** Los tratamientos en centros de atención de urgencias y clínicas de conveniencia en los Estados Unidos de América que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia cubierta bajo la póliza estarán cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
- 2.3.9 CONSULTAS PSICOLÓGICAS Y/O PSIQUIÁTRICAS:** Se cubrirán las visitas al especialista para consultas psicológicas y/o psiquiátricas, siempre y cuando no dependan de una condición primaria, hasta el monto máximo establecido en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

2.4 BENEFICIOS POR MATERNIDAD (para aquellas opciones de Deducible donde sea aplicable)

2.4.1 EMBARAZO, MATERNIDAD Y PARTO:

- (a) El beneficio máximo por embarazo para la respectiva asegurada está especificado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza y no está sujeto a Deducible.
- (b) Los tratamientos pre- y post-natal, incluyendo examen de detección prenatal genética no invasivo (detección de ADN fetal libre), las vitaminas requeridas durante el embarazo, parto normal, parto por cesárea y el cuidado para Recién Nacido saludable están incluidos como se indica en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

(c) Los embarazos cubiertos son aquéllos para los que la fecha estimada de parto es por lo menos diez (10) meses calendario después de la Fecha de Inicio de Cobertura para la respectiva asegurada.

(d) Además de lo anterior, las siguientes condiciones relacionadas con el embarazo, la maternidad y el parto aplican a los hijos e hijas Dependientes y sus hijos:

En la Fecha de Aniversario de la Póliza después de que el hijo o hija Dependiente cumpla los dieciocho (18) años de edad, él o ella deberá obtener cobertura para sí mismo(a) y su hijo(a) bajo su propia póliza individual si desea mantener la cobertura para su hijo(a).

- Él o ella deberá presentar una notificación por escrito, la cual será aprobada sin evaluación de riesgo para un producto con cobertura de embarazo, maternidad y parto igual o menor, con un Deducible igual o mayor, y con las mismas condiciones y restricciones en vigor bajo la póliza anterior.
- Para ser elegible para recibir cobertura por embarazo, maternidad y parto, la hija Dependiente asegurada de dieciocho (18) años o más deberá presentar notificación del embarazo por escrito. Dicha notificación deberá ser recibida antes de la fecha del parto, y será aprobada sin evaluación de riesgo para un producto con cobertura de embarazo, maternidad y parto igual o mayor, con un Deducible igual o mayor, y con las mismas condiciones y restricciones en vigor bajo la póliza anterior. Si no hay interrupción en la cobertura, el período de espera de diez (10) meses calendario para la póliza de la hija será reducido por el tiempo que ella haya estado cubierta bajo la póliza de sus padres.

(e) La cobertura para Complicaciones del Embarazo, la Maternidad y el Parto está definida como se estipula en el numeral 2.4.3.

2.4.2 COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:

(a) Cobertura provisional:

Si nace de un Embarazo Cubierto, el Recién Nacido tendrá cobertura automática por complicaciones del nacimiento y por cualquier Lesión o Enfermedad durante los primeros noventa (90) días calendario de vida después del parto, hasta el máximo especificado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza, sin Deducible. Si nace de un embarazo no cubierto, el Recién Nacido no tendrá cobertura provisional.

(b) Cobertura permanente:

- i. Adición automática: Para incluir al Recién Nacido en la póliza de los padres o de su madre soltera sin evaluación de riesgo, dicha póliza debe haber estado vigente durante por lo menos diez (10) meses calendario consecutivos antes del parto. Para incluir al Recién Nacido, se deberá presentar dentro de los noventa (90) días calendario después del parto copia de la certificación de nacimiento que incluya el nombre completo, sexo y fecha de nacimiento del Recién Nacido. Si no se recibe la certificación de nacimiento dentro de los noventa (90) días calendario después del parto, deberá llenarse una Solicitud de Seguro de Salud Individual para la adición, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo. La prima correspondiente a la adición debe pagarse al momento de la notificación del nacimiento. La cobertura con el Deducible correspondiente

entrará entonces en vigor a partir de la fecha del nacimiento hasta el límite máximo de la póliza.

- ii. Adición no-automática: La adición de hijos que hayan nacido antes de que la póliza de sus padres o de su madre soltera haya estado vigente durante al menos diez (10) meses calendario consecutivos antes del parto está sujeta a evaluación de riesgo. Para incluir al hijo en la póliza de sus padres o de su madre soltera, se deberá llenar una Solicitud de Seguro de Salud Individual y presentarse junto con la certificación de nacimiento y el pago de la prima correspondiente a la adición.

La adición de hijos adoptados, hijos nacidos como resultado de tratamientos de fertilidad, e hijos nacidos por Maternidad Subrogada está sujeta a evaluación de riesgo. Se deberá presentar una Solicitud de Seguro de Salud Individual y copia de la certificación de nacimiento, y la adición estará sujeta a evaluación de riesgo.

2.4.3 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y EL PARTO (para aquellas opciones de Deducible donde sea aplicable):

Las complicaciones del embarazo, la maternidad y/o del recién nacido durante el parto (no relacionadas a condiciones congénitas o hereditarias), tales como prematuridad, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoglucemia, déficit respiratorio, y traumatismo durante el parto estarán cubiertas como sigue:

- (a) Un beneficio máximo de por vida estipulado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza, el cual incluye cualquier otro beneficio ya pagado bajo cualquier otra opción de Deducible y/o anexo adicional de la Aseguradora.
- (b) Este beneficio solamente aplicará si se cumplen todas las estipulaciones bajo los numerales 2.4.1 y 2.4.2 de esta póliza.
- (c) Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo esta póliza, incluyendo pero no limitado a complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos en los cuales la fecha del parto se lleve a cabo durante los diez (10) meses calendario del período de espera para el beneficio de maternidad.
- (d) Los embarazos ectópicos y los abortos involuntarios están cubiertos bajo el total máximo de este beneficio.
- (e) Para propósitos de esta póliza, el parto por cesárea no es considerado una complicación del embarazo, maternidad y parto.
- (f) Las complicaciones causadas por una condición cubierta que ha sido diagnosticada antes del embarazo, y/o cualquiera de sus consecuencias, serán cubiertas de acuerdo los límites de esta póliza.

La opción del Anexo de Cobertura para Condiciones Perinatales y del Embarazo para extender la cobertura de Complicaciones del Embarazo, la Maternidad y el Parto para la madre y el Recién Nacido aplica para aquellas opciones de Deducible con cobertura de maternidad y esté así indicado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Sin embargo, no está disponible para hijos(as) Dependientes.

2.4.4 ALMACENAMIENTO DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL: La cobertura para el almacenamiento de sangre de cordón umbilical está limitada al total especificado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza. No está sujeto a Deducible.

2.5 BENEFICIOS POR TRANSPORTACIÓN MÉDICA

2.5.1 TRANSPORTACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: El transporte de Emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) solamente está cubierto como se indica en su Tabla de Beneficios si está relacionado a una condición cubierta para la cual no puede proporcionarse tratamiento localmente, y el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. El transporte de Emergencia hacia la instalación médica más cercana deberá ser realizado por una entidad autorizada para dicho propósito por los entes gubernamentales correspondientes. El vehículo o aeronave utilizado deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender Emergencias médicas.

Se deberá obtener autorización previa de la Aseguradora. La falta de autorización previa del Asegurador podrá dar lugar a la denegación de la cobertura.

La selección del centro de traslado médico más cercano por parte de La Aseguradora se realizará según la siguiente priorización:

- 1° Centro médico más cercano dentro del país donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentra el asegurado en el momento en que solicita el transporte o,
- 2° Centro médico más cercano en el país limítrofe con el país donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentra el asegurado en el momento en que solicita el transporte o,
- 3° Centro médico en otro país cercano dentro de la región donde el asegurado se encuentre hospitalizado y/o donde se encuentre el asegurado en el momento en que se solicita el transporte o,
- 4° En el caso de evacuación médica a los Estados Unidos de América, se considerará el centro médico correspondiente en la ciudad más cercana al país donde se encuentre hospitalizado el asegurado y/o donde se encuentre el asegurado en el momento en que se solicita el transporte. La Aseguradora no autorizará traslados a otra ciudad de los Estados Unidos de América salvo que sea médicamente necesario debido a la disponibilidad de tratamiento en el centro más cercano.

En los casos en que se requiera una ambulancia terrestre, debido a un accidente, se deberá notificar al asegurador dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes a la ocurrencia del evento.

Las atenciones programadas que no se consideren una emergencia no estarán cubiertas por el beneficio de Evacuación Médica de Emergencia.

Transporte por Ambulancia Aérea:

- (a) Todo el transporte en ambulancia aérea debe ser evaluado, aprobado previamente y coordinado por USA Medical Services. Si el asegurado no obtiene autorización previa, el Asegurador se reserva el derecho de no pagar los gastos.
- (b) La cantidad máxima pagadera por este beneficio por Asegurado, por Año Póliza está especificada en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

- (c) El Asegurado se compromete a mantener a la Aseguradora libre de responsabilidad que resulte de tales servicios de transporte, por demoras o restricciones en los vuelos por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, o debido a condiciones operacionales.
- (d) Cuando el Asegurado sea transportado por ambulancia aérea para recibir tratamiento, el Asegurado y la persona acompañante (padre o madre de un menor de edad o cónyuge o conviviente del Asegurado), si aplica, recibirán reembolso por los gastos del viaje de regreso al lugar de donde el Asegurado fue transportado. El viaje de regreso deberá llevarse a cabo no más de noventa (90) días calendario después de que haya finalizado el tratamiento. Solamente se proporcionará cobertura por los gastos de viaje equivalentes al valor de un boleto aéreo en clase económica, como máximo, por persona. Los servicios de transporte deberán ser autorizados con anticipación por la Aseguradora y coordinados por USA Medical. Si el asegurado no obtiene autorización previa, La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos.
- (e) La Aseguradora no pagará ningún otro costo relacionado con el traslado, como gastos de traslado diferentes a los aquí mencionados.

2.5.2 REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES: En caso de que el Asegurado Principal y/o sus dependientes fallezcan fuera de Guatemala, la Aseguradora cubrirá los gastos de repatriación de los restos mortales del fallecido como se especifica en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza, siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de esta póliza. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al País de Residencia del Asegurado. Los trámites deben ser coordinados conjuntamente con la Aseguradora.

2.6 OTROS BENEFICIOS

2.6.1 CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS: La cobertura para condiciones congénitas y/o hereditarias bajo esta póliza es como sigue:

- (a) El beneficio máximo por Asegurado, de por vida para cobertura de condiciones que se manifiesten antes de que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad está especificado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza, e incluye cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o Anexo, después de satisfacer el Deducible correspondiente.
- (b) La cobertura para condiciones que se manifiesten en el Asegurado a los dieciocho (18) años de edad o después, será igual al límite máximo de esta póliza después de satisfacer el Deducible correspondiente.
- (c) El beneficio comienza una vez que la Condición Congénita y/o Hereditaria ha sido diagnosticada por un Médico. El beneficio es retroactivo a cualquier período previo a la identificación de la condición actual.

2.6.2 CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES TERMINALES: Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos. Derivado de esta cobertura, LA COMPAÑIA pagará los servicios hasta por un

máximo de doce (12) meses, si el ASEGURADO recibe un diagnóstico de enfermedad terminal y si ya no puede recibir tratamiento que conduzca a su recuperación.

LA COMPAÑIA pagará solo por una de las siguientes opciones:

1. Servicios de centros especializados para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en:
 - alojamiento en centro para pacientes terminales
 - cuidados de enfermero(a) profesional calificado
 - medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal
 - cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales
2. Servicios de enfermería en casa para pacientes terminales y de cuidados paliativos, el servicio consiste en:
 - cuidados de enfermero(a) profesional calificado ante la autoridad nacional competente donde se reciba el tratamiento o servicio,
 - medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal
 - cuidados asistenciales proporcionado por un enfermero(a) profesional calificado

Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por la Aseguradora.

2.6.3 PRÓTESIS: Este beneficio cubre prótesis de brazos, manos, piernas y pies artificiales hasta el máximo especificado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza por Asegurado, por Año Póliza, sujeto al límite máximo de por vida también especificado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza. El beneficio incluye todos los costos asociados con el procedimiento, incluyendo cualquier terapia relacionada con el uso del nuevo dispositivo artificial.

Los brazos y piernas artificiales serán cubiertos cuando el paciente es capaz de alcanzar funcionalidad o actividad ambulatoria por medio del uso de la prótesis y/o brazo o pierna artificial, y si el paciente no sufre una condición cardiovascular, neuromuscular o del aparato locomotor que sea significativa y pueda llegar a afectar o ser afectada negativamente por el uso del dispositivo artificial (por ejemplo, una condición que impida al paciente caminar normalmente).

Las reparaciones del dispositivo artificial están cubiertas solamente cuando sean necesarias debido a cambios anatómicos o de funcionalidad o debido a desgaste por uso normal, que hagan que el dispositivo no funcione, y cuando dicha reparación devuelva la funcionalidad del equipo.

La sustitución del dispositivo artificial está cubierta solamente cuando cambios anatómicos o de funcionalidad o desgaste por uso normal hagan que el dispositivo no funcione y no pueda ser reparado. La cobertura inicial, las reparaciones y/o sustituciones de los brazos y piernas artificiales deben ser pre-autorizadas por la Aseguradora.

2.6.4 TRATAMIENTOS ESPECIALES: Las prótesis, los dispositivos ortopédicos (por ejemplo dispositivos de uso externo para la audición, rodilleras y plantillas), el equipo médico durable, los implantes, la radioterapia, la quimioterapia, y los siguientes Medicamentos Altamente Especializados: Interferón beta-1a, Interferón peguilado alfa 2a, Interferón beta-1b, Etanercept, Adalimumab, Bevacizumab, Ciclosporina A,

Azatioprina, y Rituximab están cubiertos de acuerdo a lo especificado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza, pero deben ser autorizados y coordinados con anticipación por la Aseguradora. De lo contrario, los gastos serán pagados o reembolsados al costo usual, acostumbrado y razonable que hubiese incurrido la Aseguradora. Para información sobre la cobertura de prótesis de brazos, manos, piernas y pies artificiales, por favor vea el numeral 2.6.3.

2.6.5 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA (con o sin Hospitalización): Esta póliza cubre el Tratamiento Médico de Emergencia fuera de la Red de Proveedores de la Aseguradora cuando la vida o integridad física del Asegurado se encuentra en peligro inminente, y la Emergencia ha sido notificada a la Aseguradora, tal como se indica en esta póliza. Todos los gastos médicos de un proveedor fuera de la red relacionados con un Tratamiento Médico de Emergencia serán cubiertos y pagados como si el Asegurado hubiese sido tratado en un Hospital dentro de la red.

2.6.6 TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: Solamente tendrá cobertura bajo esta póliza el Tratamiento Dental de Emergencia que resulte de un Accidente cubierto y se lleve a cabo dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a dicho Accidente.

2.6.7 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL: Cuando la deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por trauma en un accidente, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si es autorizado con anticipación por la Aseguradora. La evidencia del trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).

2.6.8 CONDICIONES PREEXISTENTES: Las condiciones preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:

- (a) Las que son declaradas al momento de llenar la Solicitud de Seguro de Salud Individual:
 - i. Éstas estarán cubiertas, acorde a los criterios de aprobación por parte de la Aseguradora. Las mismas se detallan en sus documentos de póliza al momento de su aprobación y no estarán sujetas a un período de espera, salvo condiciones específicas establecidas en los beneficios de su plan y póliza contratada.
- (b) Las que no son declaradas al momento de llenar la Solicitud de Seguro de Salud Individual: Estas condiciones preexistentes NUNCA estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, la Aseguradora se reserva el derecho de rescindir, cancelar o modificar la póliza en base a la omisión de dicha información por parte del Asegurado.

2.6.9 PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: La cobertura para el trasplante de órganos, células y/o tejido humano se ofrece únicamente dentro de la Red de Proveedores para Procedimientos de Trasplante de la Aseguradora. La lista de hospitales en la Red de Proveedores para Procedimientos de Trasplante está disponible en la Aseguradora y puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso. No se proporcionará cobertura fuera de la Red de Proveedores para Procedimientos de Trasplante de la Aseguradora. La cantidad máxima pagadera por este beneficio por Asegurado, por diagnóstico, de por vida está especificada en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza, después de satisfacer el Deducible. Los trasplantes de médula ósea derivados de un diagnóstico de cáncer serán cubiertos bajo el beneficio de cáncer, si así se especifica en su Tabla de Beneficios. Este beneficio de cobertura para Procedimientos de Trasplante comienza

en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por el Médico, ha sido certificada por una Segunda Opinión Médica o Quirúrgica, y ha sido autorizada por la Aseguradora, y está sujeto a todos los términos, condiciones y exclusiones de la póliza.

Este beneficio incluye:

- (a) Cuidado antes del trasplante, incluyendo todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento de trasplante, y preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de trasplante.
- (b) Reconocimiento médico pre-quirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
- (c) Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, células y/o tejido, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta el máximo especificado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza, por diagnóstico, el cual está incluido como parte del beneficio máximo para el trasplante. Los procedimientos de preparación del Donante incluyendo pruebas de compatibilidad de Donantes potenciales están incluidos en este beneficio conforme lo indicado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
- (d) La Hospitalización, cirugías, honorarios de Médicos y cirujanos, anestesia, medicamentos, y cualquier otro tratamiento necesario durante el procedimiento de trasplante.
- (e) El cuidado post-operatorio, incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento Médicamente Necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.
- (f) Medicamentos o medidas terapéuticas necesarios para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula y/o tejido humano trasplantado.
- (g) Atención médica en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo, cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de Emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros, o medicamentos relacionados con el trasplante.

La opción del Anexo de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante aplica cuando esté indicado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

2.6.10 CUIDADO PODIÁTRICO NO COSMÉTICO: Consulte su Tabla de Beneficios para confirmar si su producto ofrece esta cobertura para cuidado podiátrico para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies.

2.6.11 PRÓTESIS CAPILARES (PELUCAS): La cobertura para prótesis capilar está sujeta a las siguientes condiciones:

- (a) Cuando el asegurado esté llevando un tratamiento para el cáncer.
- (b) La pérdida de cabello sea directa y exclusiva a consecuencia del tratamiento de cáncer.
- (c) Debe ser pre-autorizado por la Aseguradora.

ARTÍCULO

3

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos, excepto cuando esté específicamente indicado como beneficio cubierto en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza:

- 3.1 GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS:** El tratamiento de cualquier enfermedad o Lesión, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:
- (a) Que no sea Médicamente Necesario, o
 - (b) Para un Asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un Médico, Doctor o profesional acreditado, o
 - (c) Que no sea autorizado o recetado por un Médico o Doctor, o
 - (d) Que está relacionado con el Cuidado Asistencial, o
 - (e) Que se lleva a cabo en un Hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.
- Cualquier exclusión particular de la póliza excluye de cobertura todo servicio médico para el área, órgano y/o sistema implicado en dicha exclusión. Por tanto, nunca tendrá cobertura bajo esta póliza, independientemente de cuál sea la causa primaria y/o secundaria, incluyendo pero no limitando causas mórbidas y/o accidentes.
- 3.2 LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO Y SUICIDIO FALLIDO:** Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o dolencias auto infligidas por el propio asegurado o un tercero a solicitud del asegurado, suicidio y suicidio fallido.
- 3.3 EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS Y OÍDOS:** Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual.
- 3.4 MEDICINA ALTERNATIVA:** Tratamiento quiropráctico, homeopático, acupuntura, o cualquier tipo de medicina alternativa.
- 3.5 TRATAMIENTO DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA GENERAL:** Cualquier Enfermedad o Lesión que no haya sido causada por un Accidente o Enfermedad Infecciosa que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros sesenta (60) días calendario desde la Fecha de Inicio de Cobertura.
- 3.6 CIRUGÍA O TRATAMIENTO COSMÉTICO:** Cirugía o tratamiento electivo o cosmético cuyo propósito principal es el embellecimiento, o tratamiento que no sea médicamente necesario, excepto cuando resulte de una lesión, deformidad, accidente o enfermedad que compromete la funcionalidad, que haya ocurrido por primera vez estando el asegurado cubierto bajo esta póliza, que genere un gasto sustentado por una factura, y que sea documentado por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).
- 3.7 CONDICIONES PREEXISTENTES:** Cualquier gasto relacionado con Condiciones Preexistentes, excepto como se define y estipula en las Condiciones Generales de la Póliza.
- 3.8 TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O NO APROBADO PARA USO GENERAL:** Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada, o que sea considerado Experimental, o que esté todavía en la fase investigativa, o en

el proceso de ensayo clínico, o que no haya sido aprobado para uso general por el Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines (DRCPPA) de Guatemala o la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA) si el tratamiento es realizado fuera de Guatemala.

- 3.9 TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES:** Tratamiento en cualquier institución gubernamental, o cualquier gasto incurrido si el Asegurado recibió cuidados gratuitos. Servicios o tratamientos prestados gratuitamente, o que han sido puestos bajo la dirección de una autoridad gubernamental.
- 3.10 ENFERMEDADES MENTALES Y DESÓRDENES DE LA CONDUCTA:** Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico a menos que sean resultado de una condición cubierta. Las enfermedades mentales y/o los desórdenes de la conducta o del desarrollo, el síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño, y cualquier otro desorden del sueño.
- 3.11 GASTOS QUE EXCEDAN UCR:** Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo Usual, Acostumbrado y Razonable por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.
- 3.12 COMPLICACIONES DE CONDICIONES NO CUBIERTAS:** El tratamiento o servicio por cualquier condición médica, mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de dichos servicios médicos, mentales o dentales, u otras condiciones específicamente excluidas por una condición particular, o no cubiertas bajo esta póliza.
- 3.13 TRATAMIENTO DENTAL NO RELACIONADO A UN ACCIDENTE CUBIERTO:** Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días calendario de la fecha de un accidente cubierto.
- 3.14 LESIONES RELACIONADAS A ACTIVIDADES POLICIALES O MILITARES:** Tratamiento de Lesiones que resulten mientras el Asegurado preste servicio como integrante de la policía o de una unidad militar, o por participación en guerra, motín, conmoción civil, o cualquier actividad ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.
- 3.15 ADMISIÓN ELECTIVA AL HOSPITAL:** La admisión electiva por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea autorizada por escrito por la Aseguradora.
- 3.16 TRATAMIENTO REALIZADO POR FAMILIAR INMEDIATO:** Tratamiento que haya sido realizado por algún Médico o proveedor de servicios médicos que sea Cónyuge, Conviviente, padres, hermanos o hijos de cualquier Asegurado bajo esta póliza.
- 3.17 MEDICAMENTOS SIN RECETA:** Cualquier medicamento, ya sea de venta libre o no, que no cuente con una receta médica, así como tampoco lo siguiente:
- (a) Los medicamentos que no sean médicamente necesarios, incluyendo cualquier medicamento administrado en conexión con un servicio o suministro que no sea médicamente necesario.
 - (b) Cualquier medicamento o dispositivo anticonceptivo, excepto cuando su propósito principal no sea con fines anticonceptivos y la condición o diagnóstico a ser tratada, cuenta con cobertura dentro de los términos y condiciones de su póliza.
 - (c) Los medicamentos o vacunas para prevenir alergias.
 - (d) Los medicamentos para tratar la dependencia al tabaco.

- (e) Los medicamentos cosméticos, aunque sean recetados para propósitos no-cosméticos.
- (f) Medicamentos administrados en el mismo momento y lugar donde se prescribió la receta médica.
- (g) Los cargos por suministrar, administrar o inyectar medicamentos.
- (h) El re-surtimiento de una receta médica que sobrepase el número de re-surtimientos prescritos por el médico, o que se haga más de un año después de cuando se prescribió la última receta.
- (i) Dispositivos, aparatos o sueros terapéuticos inyectables, incluyendo suministros para colostomía y prendas de soporte, independientemente del uso que se pretenda darles.
- (j) Supositorios de progesterona.

3.18 EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL PERSONAL: Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea autorizado por escrito por la Aseguradora.

3.19 TRATAMIENTO RELACIONADO A RADIACIÓN O CONTAMINACIÓN NUCLEAR: Lesiones o Enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.

3.20 TRATAMIENTOS PARA LA OBESIDAD: Tratamiento para o como resultado de la obesidad o el control de peso, incluyendo suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional.

3.21 TRATAMIENTO PARA LA ESTIMULACIÓN DEL CRECIMIENTO: Tratamiento con un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.

3.22 CONDICIONES RELACIONADAS AL SEXO, LA SEXUALIDAD Y LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE: Cualquier gasto por reasignación de sexo, disfunción sexual incluyendo pero no limitado a impotencia, inadecuaciones, y cualquier otra enfermedad transmitida sexualmente.

3.23 TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD: Cualquier tipo de tratamiento o procedimiento de fertilidad e infertilidad, incluyendo, pero no limitado a ligadura de trompas, vasectomía y cualquier otro procedimiento electivo de carácter permanente para prevenir el embarazo, así como la reversión de esterilización voluntaria, la inseminación artificial, y la Maternidad Subrogada.

3.24 COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD: Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad e infertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.

3.25 TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA MATERNIDAD DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA: Todo tratamiento a una madre o un Recién Nacido que sea relacionado con la maternidad durante el período de espera de diez (10) meses para la cobertura del cuidado del embarazo y la maternidad.

3.26 ABORTO: La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.

3.27 TRATAMIENTO DE LA MANDÍBULA: Cualquier gasto asociado con el tratamiento del maxilar superior, la mandíbula, y/o el conjunto de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación mandibular que haya sido causado por una condición dental, un tratamiento dental anterior, y/o

sus complicaciones, incluyendo pero no limitado a cualquier diagnóstico donde la condición principal sea dental.

3.28 USO NOCIVO O PELIGROSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O MEDICINAS:

Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones, enfermedades o dolencias ocasionadas por culpa grave del asegurado debido al uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores. En casos de accidentes en vehículos o transportes motorizados (por ejemplo, automóviles, motos, camiones, lanchas, barcos, etc.) en los que el asegurado esté involucrado como conductor y que resulten en un ingreso hospitalario o por sala de urgencias, la Aseguradora se reserva el derecho de solicitar una prueba de drogas y/o alcohol en la sangre al momento de recibir la primera atención médica y/o los reportes correspondientes de las autoridades competentes para completar el dictamen. Se excluye la cobertura cuando el nivel de alcohol en la sangre sea mayor al límite establecido por la ley correspondiente en el lugar donde ocurrió el accidente o cuando los exámenes de sangre muestren la presencia de drogas ilegales.

3.29 ALIMENTOS, COMPLEMENTOS Y SUPLEMENTOS:

Cualquier alimento, complemento o suplemento alimenticio, incluyendo vitaminas y fórmula infantil, aun cuando hayan sido prescritos a asegurados con enfermedades o condiciones cubiertas bajo la póliza, cualquiera que sea la causa, excepto cuando ésa sea la única forma de alimentación posible para mantener la vida del paciente, o cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios.

3.30 ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS:

El tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica, así como tampoco están cubiertas las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica, excepto las vacunas que se especifican en el beneficio de vacunas o en su Tabla de Beneficios.

3.31 ACTOS NEGLIGENTES:

Las afectaciones del estado de salud del ASEGURADO a consecuencia de actos negligentes, imprudentes y temerarios o como resultado del incumplimiento por parte del ASEGURADO de las leyes, regulaciones y/o normativas aplicables o por actos u omisiones contrarias a las advertencias o instrucciones de uso de bienes y servicios.

3.32 PRÓTESIS CAPILARES (PELUCAS):

Estarán excluidos los gastos para la adquisición de prótesis capilar a consecuencia de un diagnóstico para cáncer siempre y cuando:

- a. No sean pre-autorizados por la aseguradora.
- b. Éstos sean asociados con el cuidado y mantenimiento de las pelucas, incluyendo, pero no limitado a costos relacionados con porta pelucas, servicios de estilistas, productos de cuidado capilar y ajustes necesarios.

3.33 EUTANASIA O MUERTE ASISTIDA:

Esta póliza no cubre ningún gasto derivado de la eutanasia o muerte asistida, en cualquiera de sus modalidades (voluntaria activa, voluntaria pasiva o suicidio asistido), incluso si en el país donde se encuentre el asegurado dicho procedimiento esté legalizado y/o regulado.

LAS SIGUIENTES EXCLUSIONES PUEDEN ESTAR CUBIERTAS BAJO CONVENIO EXPRESO SEGÚN CARÁTULA DE LA PÓLIZA:

- 3.34 VIH/SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), VIH positivo, o enfermedades relacionadas con el SIDA. Sin embargo, cuando así se indique en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza, las enfermedades relacionadas con el SIDA o anticuerpos VIH (VIH positivo), estarán cubiertas si se comprueba que fueron causadas por una transfusión de sangre recibida después de la fecha efectiva de esta póliza. El virus del VIH también estará cubierto si se comprueba que fue contraído como resultado de un accidente ocurrido durante el curso normal de la ocupación del asegurado. El asegurado deberá notificar a la aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a dicho accidente, y al mismo tiempo proporcionar el resultado negativo de un examen de anticuerpos de VIH con fecha previa al accidente.
- 3.35 ALMACENAMIENTO DE TEJIDO Y/O CÉLULAS:** Los costos de almacenamiento de médula ósea, sangre de cordón umbilical, células madre u otro tipo de tejido o célula.
- 3.36 COSTOS RELACIONADOS AL TRASPLANTE:** Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.
- 3.37 CUIDADO PODIÁTRICO:** Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma y/o cuidado podiátrico para tratar desordenes funcionales de los pies, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.

ARTÍCULO

4

RECLAMACIONES

- 4.1 DIAGNÓSTICO:** Para que una condición sea considerada como una Enfermedad o desorden cubierto bajo esta póliza, se requieren copias de los resultados de laboratorio, radiografías, o cualquier otro reporte o resultado de exámenes clínicos en los que el Médico se ha basado para hacer un diagnóstico positivo.
- 4.2 SOLICITUD DE UNA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA:** Si un cirujano ha recomendado que el Asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de Emergencia, el Asegurado debe notificar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si la Aseguradora considera que es necesaria una Segunda Opinión Médica o Quirúrgica, ésta debe ser realizada por un Médico seleccionado y coordinado por la misma. Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones médicas o quirúrgicas requeridas y coordinadas por la Aseguradora. En caso de que la Segunda Opinión Médica o Quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, la Aseguradora también cubrirá el costo de una tercera opinión médica o quirúrgica de un Médico seleccionado entre el Asegurado y la Aseguradora. Si la segunda o tercera opinión médica o quirúrgica confirma la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo a lo establecido en esta póliza.

SI EL ASEGURADO NO OBTIENE UNA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA REQUERIDA, ÉL O ELLA SERÁ RESPONSABLE POR EL TREINTA POR CIENTO (30%) DE TODOS LOS GASTOS CUBIERTOS DE MÉDICOS Y HOSPITALES RELACIONADOS CON LA RECLAMACIÓN, ADEMÁS DEL DEDUCIBLE.

4.3 DEDUCIBLE:

- (a) Todos los asegurados bajo la póliza están sujetos al pago de un deducible dentro de Guatemala y otro fuera de Guatemala, por cada año póliza, según el plan seleccionado por el Asegurado Principal y conforme se indica en la Carátula de la Póliza. Cuando corresponda, la cantidad del deducible pertinente será aplicada por asegurado, por año póliza antes de que los beneficios sean pagaderos o reembolsados al asegurado. Todas las cantidades correspondientes al pago de deducibles se acumulan hasta un total máximo por póliza equivalente a la suma de dos deducibles individuales. Todos los asegurados bajo la póliza contribuye para alcanzar las cantidades máximas de los deducibles dentro y fuera de Guatemala. Una vez que las cantidades máximas correspondientes al deducible por póliza han sido alcanzadas, la aseguradora considerará como alcanzada también la responsabilidad individual de cada asegurado por concepto de deducible.
- (b) Los gastos elegibles incurridos por el asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza que sean utilizados para acumular al deducible correspondiente para ese año, serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año póliza, siempre que no existan gastos elegibles incurridos dentro de los primeros nueve (9) meses del año póliza. En caso de que el beneficio sea otorgado para aplicar el deducible del asegurado para el siguiente año póliza, y posteriormente el asegurado presente reclamaciones o solicitudes de reembolso por gastos elegibles durante los primeros nueve (9) meses del año póliza, el beneficio otorgado será revertido, y el asegurado será responsable del pago del deducible del siguiente año póliza. Este beneficio no aplica para deducibles adicionales al deducible anual regular de la póliza que pudieran ser aplicados para determinadas limitaciones del Asegurado.

- (c) En caso de un accidente serio que requiera hospitalización inmediata, no se aplicará ningún deducible por el período de la primera hospitalización únicamente. El deducible correspondiente se aplicará a cualquier hospitalización subsiguiente. Es obligación del asegurado notificar el accidente a la Aseguradora en el curso de las primeras 72 (setenta y dos) horas de ocurrido el evento. No corresponderá la eliminación del deducible si el asegurado no notifica como se establece previamente.

4.4 PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO: Algunos productos, sujetos a una Red de Proveedores de la Aseguradora, ofrecen la opción de cubrir gastos de Hospitalización y tratamiento que se lleven a cabo en un Hospital fuera de la Red de Proveedores de la Aseguradora, tal como se indica en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Estos beneficios están sujetos al treinta por ciento (30%) por concepto de Participación del Asegurado. El setenta por ciento (70%) correspondiente a la Aseguradora no se considera para alcanzar el máximo de Deducible.

4.5 PRE-AUTORIZACIÓN DE RECLAMACIONES: Algunos de los beneficios bajo esta póliza están sujetos a un requisito de 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. Esta cláusula no aplica para los casos como se especifica bajo el numeral 2.6.4.

4.6 PRUEBA DE RECLAMACIÓN: El Asegurado deberá someter prueba escrita de la reclamación, consistiendo dicha prueba en las facturas originales detalladas, expedientes médicos, y el formulario de solicitud de reembolso debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser entregados a la Aseguradora dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del tratamiento o servicio. Sin excepción, para considerarse como válidas, todas las facturas deberán cumplir con los requisitos fiscales y legales vigentes en el país donde se prestó el servicio. La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar copia del comprobante de pago correspondiente.

Se requiere completar un formulario de solicitud de reembolso por cada incidente para todas las reclamaciones presentadas. En el caso de las reclamaciones relacionadas con accidentes automovilísticos, se requieren los siguientes documentos para revisión: informes policiales, copia de la póliza de seguro de automóvil (si existe), informe Médico del tratamiento de Emergencia y resultado de las pruebas de toxicología. En caso que el Asegurado no esté de acuerdo con lo determinado por la Aseguradora en relación a algún reclamo (cerrado) o en caso de que la aseguradora necesite información adicional, tendrá hasta 180 días a partir de la fecha de emisión de la explicación de beneficios para presentar dicha información. Los formularios de solicitud de reembolso son proporcionados junto con la póliza; también pueden obtenerse comunicándose con su agente o con la Aseguradora en el lugar para recibir notificaciones de la Carátula de la Póliza o en la página web de la Aseguradora. Para que los beneficios sean pagaderos bajo esta póliza, los hijos Dependientes que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, deberán presentar una declaración por escrito firmada por el Asegurado Principal confirmando que dichos hijos Dependientes son solteros.

4.7 PAGO DE RECLAMACIONES: La Aseguradora tiene como política efectuar pagos directos a Médicos y Hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, la Aseguradora reembolsará al Asegurado Principal la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la Aseguradora y la tarifa Usual, Acostumbrada y Razonable para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado. La Aseguradora deberá recibir la información médica y no médica requerida antes de: 1) Aprobar un pago directo, o 2) Reembolsar al Asegurado Principal.

En caso del fallecimiento del Asegurado Principal, la Aseguradora pagará cualquier beneficio pendiente de pago a los beneficiarios indicados en la Solicitud de Seguro de Salud Individual y/o al proveedor de servicios médicos y/o a la persona que haya incurrido con los gastos, según el caso. Una vez que se hayan practicado las investigaciones correspondientes, estén completos los requisitos contractuales y legales del caso y no exista desacuerdo en la liquidación e interpretación de las cláusulas de esta póliza, la Aseguradora pagará el reembolso de pagos a los diez (10) días calendario, de conformidad con el Artículo 34 de la Ley de la Actividad Aseguradora.

La Aseguradora no participará en transacciones con cualquier parte o país donde dichas transacciones estén prohibidas por las leyes de Guatemala o los Estados Unidos de América. Por favor comuníquese con la Aseguradora para obtener más información sobre esta restricción.

4.8 EXÁMENES FÍSICOS: Durante el proceso de estudio de una reclamación, antes de que se llegue a una conclusión, la Aseguradora se reserva el derecho de solicitar exámenes físicos de cualquier Asegurado cuya Enfermedad o Lesión sea la base de la reclamación, cuando y con la frecuencia que lo considere necesario, corriendo los gastos a cargo de la Aseguradora.

4.9 OBLIGATORIEDAD DEL ASEGURADO: El Asegurado debe proporcionar a la Aseguradora todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite la Aseguradora, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga tales expedientes y reportes médicos.

De conformidad con el Artículo 897 del Código de Comercio, la Aseguradora tendrá derecho a exigir del Asegurado o del beneficiario, toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro, por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

Si el Asegurado o el beneficiario no cumplen 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.

4.10 APELACIÓN DE RECLAMACIONES: En caso de un desacuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora sobre una reclamación, el Asegurado deberá solicitar una revisión del caso por el comité de apelaciones de la Aseguradora antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Para comenzar esta revisión, el Asegurado deberá enviar una petición por escrito al comité de apelaciones. Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cual decisión debe ser revisada y por qué. Dichas apelaciones deben ser entregadas en la Aseguradora. Al recibir la petición, el comité de apelaciones determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días calendario, el comité de apelaciones notificará al Asegurado sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión. Si el Asegurado no está de acuerdo con la resolución de la apelación, podrá actuar conforme lo indicado en el numeral 1.22.

ARTÍCULO

5

DEFINICIONES

Para los efectos de la presente póliza, se entenderán los siguientes términos y definiciones:

ACCIDENTE: Daño, trauma o lesión provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, y violenta que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico.

Los accidentes deben ser notificados durante las setenta y dos (72) horas siguientes al evento. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica no se realiza dentro de los treinta (30) días siguientes al evento. En dichos casos, el pago del siniestro se procesará como una enfermedad o dolencia. Aplican las exclusiones respectivas de la póliza.

ACCIDENTE SERIO: Un trauma imprevisto que ocurre sin la intención del Asegurado debido a una causa externa que provoca un impacto violento en el cuerpo, resultando en una Lesión corporal demostrable que requiere una Hospitalización inmediata de veinticuatro (24) horas o más durante las primeras horas siguientes al Accidente para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. La Lesión severa deberá ser determinada por acuerdo mutuo entre el Médico tratante y el consultor médico de la Aseguradora después de revisar las notas de evaluación inicial y los expedientes clínicos de la sala de Emergencias y de la Hospitalización.

ACTIVIDADES O DEPORTES PELIGROSOS: Cualquier actividad o deporte extremo, ya sea cuando el Asegurado recibe un pago por realizar dicha actividad o deporte extremo, o cuando lo realiza como profesional, y que lo exponga a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, mas no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping).

ADULTO DEPENDIENTE: Es aquella persona que presenta algún tipo de limitación o discapacidad funcional a largo plazo o permanente, entendida como una restricción en su capacidad física, mental, intelectual o sensorial, diagnosticada por un médico autorizado o declarada legalmente y que por consiguiente requiere la asistencia de un tercero.

ANEXO: El documento que se adhiere a una póliza de seguro en el que se modifican las condiciones generales de la póliza.

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 Efectiva de la Póliza, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses, que termina en la Fecha de Vencimiento del Pago de la póliza.

ASEGURADO: La persona para quien se ha completado una Solicitud de Seguro de Salud Individual, pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la Aseguradora. El término "Asegurado" incluye al Asegurado Principal y a todos los Dependientes cubiertos bajo esta póliza.

ASEGURADO PRINCIPAL: La persona que llena la Solicitud de Seguro de Salud Individual. Ésta es la persona que está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.

ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: Cuidados al Asegurado en su hogar, los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el Médico tratante en lugar de la Hospitalización, los cuales son necesarios para el tratamiento adecuado de la Enfermedad o Lesión. La Atención Médica en el Hogar incluye los servicios de profesionales certificados y autorizados (por ejemplo, Enfermeros, terapeutas, etc.) fuera del Hospital, y no incluyen los cuidados asistenciales.

CARÁTULA DE LA PÓLIZA: Documento de la póliza que especifica el número de la Póliza, la Fecha Efectiva de la Póliza, Información General, Responsabilidades del Asegurado, Responsabilidades de la Aseguradora, y la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza, y que enumera al Asegurado Principal y cada Dependiente cubierto bajo la póliza.

COASEGURO: El coaseguro es el porcentaje de los gastos médicos elegibles que el asegurado debe pagar, después de satisfacer/cubrir el deducible, por los beneficios indicados en su Tabla de Beneficios, dentro y/o fuera del país de residencia y teniendo en consideración los límites de beneficios.

COASEGURO MAXIMO (Stop Loss): El coaseguro máximo es la suma total de dinero por concepto de coaseguro que el asegurado debe pagar anualmente, además del deducible, antes de que la compañía pueda pagar los beneficios al 100%. El coaseguro máximo o "Stop Loss" se alcanza cuando el asegurado ha pagado el deducible y alcanzado el monto máximo anual de desembolso directo por concepto de coaseguro.

COMITÉ DE APELACIONES: El órgano de la Aseguradora encargado de resolver los desacuerdos por reclamaciones entre asegurados y la Aseguradora, de acuerdo a lo estipulado en estas condiciones generales.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y/O EL PARTO: Condiciones causadas por, y/o que ocurren como resultado del embarazo, la maternidad o el parto (no relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias). Para propósitos de esta cobertura, los partos por cesárea no son considerados una complicación del embarazo, la maternidad y/o el parto.

COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO: Cualquier Enfermedad o desorden del Recién Nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos o hereditarios, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días calendario de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

CONDICIÓN CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA: Cualquier Enfermedad o desorden adquirido durante la concepción o la etapa fetal del desarrollo como consecuencia de la constitución genética de los padres o de factores ambientales o agentes externos, sea o no manifestado o diagnosticado antes del nacimiento, durante el nacimiento, después del nacimiento o años más tarde. El beneficio máximo por Asegurado, de por vida para cobertura de condiciones que se manifiesten antes de que el Asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad está especificado en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza, e incluye cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o Anexo, después de satisfacer el Deducible correspondiente.

CONDICIÓN PARTICULAR: Documento que la Aseguradora agrega a la póliza para aclarar o explicar la póliza, permitiendo su individualización.

CONDICIÓN PREEXISTENTE: Es aquella condición:

- (a) Que ha sido diagnosticada por un Médico antes de la Fecha de Inicio de Cobertura o de su Rehabilitación, o
- (b) Para la cual se ha recomendado o recibido tratamiento médico antes de la Fecha de Inicio de Cobertura o su Rehabilitación, o
- (c) Que habría resultado en el diagnóstico médico de una Enfermedad o condición tras el análisis de los síntomas o signos si se hubiesen presentado a un Médico antes de la Fecha de Inicio de Cobertura.

CONDICIÓN TERMINAL: La Enfermedad o condición activa, progresiva e irreversible la cual, sin los procedimientos de soporte de vida, causará la muerte del paciente en un futuro cercano, o bien un estado de inconsciencia permanente para el cual es improbable que haya recuperación.

CONTINUIDAD DE COBERTURA (NO PÉRDIDA-NO GANANCIA): La continuidad de cobertura asegura que no haya ningún lapso en cobertura al cambiar de un producto u opción de Deducible a otro dentro de la misma compañía o para transferencias entre compañías del grupo Bupa. Sin embargo, los cambios y transferencias están sujetos a una provisión de no pérdida-no ganancia, mediante la cual se aplica el menor de los beneficios pagaderos entre los productos u opciones de Deducible involucrados en el cambio o transferencia durante un período determinado con anterioridad.

Los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto u opción de Deducible los contemple. Si el producto u opción de Deducible anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto u opción de Deducible, se debe cumplir el período de espera específico de dicho beneficio establecido en la Tabla de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

El otorgar continuidad de cobertura no significa que no apliquen los procedimientos de evaluación de riesgo correspondientes.

CONVIVIENTES: Las parejas de diferente sexo no casadas, ni declaradas unidas legalmente, quienes mantienen una relación familiar estable y comparten una vida en común. Deben cumplir las siguientes condiciones: ser ambos mayores de dieciocho (18) años de edad y compartir la misma vivienda al menos por doce (12) meses consecutivos todo lo cual deberá demostrarse fehacientemente a satisfacción de la Aseguradora.

CÓNYUGE: La persona con quien el Asegurado Principal ha contraído matrimonio, válido en la jurisdicción donde se efectuó dicho matrimonio y por las leyes guatemaltecas.

COPAGO: El copago es la tarifa fija de los gastos cubiertos que todo asegurado debe pagar directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios antes de recibir los servicios independientemente de los límites de los beneficios y el mismo se indica bajo su Tabla de Beneficios.

CUIDADO ASISTENCIAL: Ayuda para realizar actividades cotidianas que puede ser proporcionada por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, para bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.).

CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE: Es el cuidado médico de rutina que se proporciona a un Recién Nacido Saludable.

CUIDADOS PALIATIVOS: Se entenderán como cuidados paliativos aquellos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. representan un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades mortales. incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. No incluyen radioterapias o quimioterapias paliativas como método para el manejo del dolor.

DEDUCIBLE: El deducible individual es el importe de los cargos cubiertos que debe ser pagado por el Asegurado antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos. Los gastos incurridos en el País de Residencia están sujetos al Deducible en el País de Residencia. Los gastos incurridos fuera del País de Residencia están sujetos al Deducible fuera del País de Residencia. El deducible familiar es

el importe máximo por concepto de pago de deducible equivalente a la suma de dos deducibles individuales por año póliza.

DEPENDIENTE: Los Dependientes elegibles bajo esta póliza son aquéllos que han sido identificados en la Solicitud de Seguro de Salud Individual y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza. Los Dependientes incluyen:

- (a) El o la Cónyuge o Conviviente del Asegurado Principal, o una persona que el Asegurado Principal designe, quien deberá cumplir los requisitos de elegibilidad
- (b) Hijos biológicos
- (c) Hijos adoptados legalmente
- (d) Hijastros
- (e) Menores de edad para quienes el Asegurado Principal ha sido designado representante legal por un juez competente
- (f) Nietos nacidos bajo la cobertura de la póliza que sean hijos de Dependientes menores de dieciocho (18) años.

DESEMBOLSO MAXIMO (out of pocket maximum): El desembolso máximo es el monto máximo que el asegurado debe pagar por los gastos médicos cubiertos en un año póliza. Este monto incluye el deducible, coaseguro y copago.

DONANTE: Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos, células o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (Receptor).

EMBARAZO CUBIERTO: Los embarazos cubiertos son aquéllos para los cuales la póliza proporciona beneficios de embarazo y para los cuales la fecha probable del parto es por lo menos diez (10) meses calendario después de la Fecha de Inicio de la Cobertura para la respectiva asegurada. Este período de diez (10) meses calendario será aplicado independientemente de si el período de espera de sesenta (60) días calendario para cobertura bajo esta póliza ha sido exonerado.

ENFERMEDAD O DOLENCIA: Condición anormal o alteración en la salud del asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor certificado por el órgano competente, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

ENFERMEDAD: Condición anormal del cuerpo humano que se manifiesta por signos, síntomas y/o resultados anormales en los exámenes médicos, que hacen que esta condición sea diferente del estado normal del organismo.

ENFERMEDAD INFECCIOSA: Condición clínica que resulta de la presencia de agentes microbianos patógenos, incluyendo virus patógenos, bacterias patógenas, hongos, protozoos, parásitos multicelulares, y proteínas aberrantes conocidas como priones, que puede ser transmitida de una persona a otra.

ENFERMERO(A): Profesional certificado por el órgano competente para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento.

EPIDEMIA: La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.

ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO: Los hijos mayores de los dieciocho (18) años de edad y menores de veinticuatro (24) debidamente inscritos en un colegio o

universidad debidamente registrado en el momento en que la póliza es emitida o renovada y que dependen económicamente del Asegurado Principal.

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/la hijo/a dependiente, según sea el caso.

EUTANASIA O MUERTE ASISTIDA: Acto voluntario, explícito y consentido de poner fin a la vida de una persona que ha sido previamente diagnosticada en fase terminal de una enfermedad, a través de procedimientos médicos preestablecidos, ya que padecen una enfermedad grave e incurable, o una condición grave, crónica, irreversible e incapacitante, que causa sufrimiento físico o psicológico constante e intolerable.

EXPERIMENTAL: Todo servicio, procedimiento, dispositivo médico, medicamento o tratamiento que no se adhiere a las pautas de práctica estándar aceptadas por el Departamento de Regulación y Control de Productos Farmacéuticos y Afines (DRCPFA) de Guatemala o la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA) si el tratamiento es realizado fuera de Guatemala.

FECHA DE ANIVERSARIO DE LA PÓLIZA: El primer día del próximo Año Póliza.

FECHA DE INICIO DE COBERTURA: La fecha en que el seguro entra en vigor para el Asegurado Principal y cada uno de los dependientes, la cual puede ser igual o diferente a la Fecha Efectiva de la Póliza.

FECHA DE VENCIMIENTO DEL PAGO: La fecha en que debe ser pagada la prima del seguro por el período correspondiente. Al momento del vencimiento terminan todos los beneficios de la póliza, si la prima no es pagada. Es la fecha en que concluye la cobertura de la póliza. Esta fecha puede coincidir con la Fecha de Aniversario de la Póliza si el modo de pago es anual.

FECHA EFECTIVA DE LA PÓLIZA: La fecha en que la cobertura del Asegurado Principal entra en vigor.

FDA (Food and Drug Administration): La Agencia del Gobierno de los Estados Unidos de América responsable de la regulación de alimentos, suplementos alimenticios, medicamentos, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y derivados sanguíneos cuyas normas y regulaciones son aplicables globalmente.

GASTO ELEGIBLE: Los honorarios y cargos por tratamientos cubiertos que la Aseguradora pagará tal como se ha especificado en la Tabla de Beneficios, y los cuales son presentados para reembolso por el Asegurado de acuerdo a los términos y condiciones de la cobertura y sujetos a cualquier deducible o coaseguro correspondiente.

HABITACIÓN PRIVADA: La habitación estándar de un Hospital equipada para alojar a un solo paciente.

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

HIJASTRO: Niño nacido de o adoptado por el(la) Cónyuge o Conviviente del Asegurado Principal y que no ha sido adoptado legalmente por el Asegurado Principal.

HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO: Los cargos de un profesional anestesiólogo por la administración de anestesia durante una intervención quirúrgica o servicio Médico Necesario para controlar el dolor durante dicha intervención.

HONORARIOS DEL MÉDICO CIRUJANO: Los cargos del cirujano principal y uno o más médicos que asisten al cirujano principal en la realización de una intervención quirúrgica.

HOSPITAL: Institución legalmente autorizada para operar como centro médico o quirúrgico en el país donde se encuentra, y que se dedica principalmente a proporcionar instalaciones y equipo para el estudio, diagnóstico, tratamiento y terapia para el cuidado de personas lesionadas o enfermas bajo la supervisión de un equipo de médicos. No se entenderá como hospital los lugares de reposo, hogar para ancianos, hogar de convalecientes o institución o instalación para cuidados a largo plazo.

HOSPITALIZACIÓN: Ingreso del Asegurado a una instalación hospitalaria o sanatorio por veinticuatro (24) horas o más para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la Enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la Hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una Hospitalización.

INTERMEDIARIO DE SEGUROS: Los agentes de seguros dependientes, agentes de seguros independientes y corredores de seguros.

LESIÓN: Daño infligido al organismo por una causa externa.

MATERNIDAD SUBROGADA: La maternidad a través de una madre de alquiler, donde una mujer acepta, por acuerdo, quedar embarazada con el objetivo de engendrar y dar a luz un niño (o niños) que posteriormente será(n) reconocido(s) como hijo(s) propio(s) de una pareja o de una persona soltera. Dicha figura no está regulada o permitida por la legislación guatemalteca. Sin embargo, la presente definición se incluye para dar un mejor entendimiento a la causal de exclusión contenida en el numeral 3.24 del Artículo 3.

MÉDICAMENTO NECESARIO: El tratamiento, servicio o suministro médico prescrito por un médico tratante y autorizado y coordinado por la Aseguradora. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado Medicamento Necesario si:

- (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, Enfermero(a) privado(a), sustitución de una Habitación Privada estándar por una suite o junior suite), o
- (b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado, o
- (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado, o
- (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (colegio de médicos, fisioterapeutas, enfermeros, etc.), o
- (e) Es calificado como Cuidado Asistencial.

MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS: Son medicamentos con mecanismos de acción especiales diseñados para tratar condiciones médicas de alta complejidad y cronicidad, con un alto costo mensual y cuyo seguimiento se hace bajo estricta supervisión de un especialista. La Aseguradora evaluará y determinará si cubrirá el componente activo en cualquiera de sus presentaciones disponibles, genéricas o de casa comercial.

MEDICAMENTOS COSMÉTICOS: Es toda sustancia o preparado destinado a ser puesto en contacto con las diversas partes superficiales del cuerpo humano tales como, pero no limitados a uñas, labios, dientes y mucosas bucales con el fin exclusivo o principal de limpiarlos, perfumarlos, modificar su aspecto, protegerlos, mantenerlos en buen estado o corregir los olores corporales.

MEDICAMENTOS POR RECETA: Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la prescripción de un médico.

MÉDICO O DOCTOR: Profesional debidamente certificado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término “Médico” o “Doctor” también incluirá a personas legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.

NOTIFICACIÓN: Comunicación obligatoria por parte del Asegurado donde informa y notifica a la Aseguradora sobre la ocurrencia de un accidente o la necesidad de recibir tratamiento de emergencia. Esta notificación debe realizarse en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas desde el inicio del tratamiento. Se aceptará que un tercero realice la notificación en nombre del asegurado en caso de estar imposibilitado. La comunicación se recibirá a través de los canales de asistencia, los cuales están especificados en la tarjeta de seguro.

OPINIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA: Diagnóstico emitido por un médico sobre un problema específico de salud que aqueje a una persona.

PAÍS DE RESIDENCIA: Guatemala; sin embargo, para lo que establece el numeral 1.13, podrá también entenderse como País de Residencia el lugar donde:

- (a) El Asegurado reside la mayor parte del Año Calendario o del Año Póliza, o
- (b) El Asegurado ha residido por más de ciento ochenta y tres (183) días calendario continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días calendario mientras la póliza está en vigencia.

PANDEMIA: Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.

PARTICIPACION DEL ASEGURADO: La porción de los gastos que el Asegurado debe pagar además del Deducible.

PERÍODO DE GRACIA: El período de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha en que debió efectuarse el pago de la prima, durante el cual la Aseguradora permitirá que la póliza sea renovada.

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO: Procedimientos y pruebas de laboratorio Médicamente Necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografía computarizada, y tomografía por emisión de positrones (PET).

PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: Procedimiento durante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.) o tejido es implantado de una persona a otra, o cuando un órgano, célula y/o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

PRÓTESIS: Es una extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo que falta por diversas razones.

PRÓTESIS CAPILAR (PELUCAS): La prótesis capilar es una pieza formada por una base especial en forma de malla a la que están unidas fibras de cabello.

RECEPTOR: La persona que ha recibido, o está en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido.

RECIÉN NACIDO: Un infante desde el momento de su nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días calendario de vida.

RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA: Examen médico que se lleva a cabo a intervalos regulares para verificar un estado normal de salud o descubrir una Enfermedad en su etapa inicial. El reconocimiento médico no incluye exámenes o consultas para dar seguimiento a una Enfermedad que ha sido diagnosticada con anterioridad.

RED DE PROVEEDORES: Grupo de médicos y hospitales autorizados y contratados por la Aseguradora con el propósito de tratar a los Asegurados. La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores está disponible en la Aseguradora y en el sitio web de la Aseguradora, y está sujeta a cambio sin previo aviso.

RED DE PROVEEDORES PARA PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: Grupo de hospitales y médicos contratados por la Aseguradora con el propósito de proporcionar beneficios de trasplante al Asegurado. La lista de hospitales y médicos dentro de la Red de Proveedores para Procedimientos de Trasplante está disponible en la Aseguradora y en el sitio web de la Aseguradora, y está sujeta a cambio sin previo aviso.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA O QUIRÚRGICA: Diagnóstico de un Médico distinto del Médico tratante como método para determinar necesidades médicas o quirúrgicas antes de que se realice una cirugía o tratamiento. Es un mecanismo para reducir cirugías innecesarias.

SERVICIOS AMBULATORIOS: Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de Hospitalización. Los Servicios Ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, Enfermedad o cirugía, o para el tratamiento del dolor, que les permita alcanzar y mantener su función física, sensorial, e intelectual normal. Estos servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional, y otros.

SERVICIOS HOSPITALARIOS: El personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones privadas o semi-privadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios Médicamente Necesarios ordenados por un médico para el Asegurado que ha sido hospitalizado. Los Servicios Hospitalarios comprenden los cargos de habitación y alimentación, en caso de Hospitalización, así como el uso de todas las facilidades médicas del Hospital. Incluye todos los tratamientos y servicios médicos prescritos por un Médico, incluso el cuidado intensivo cuando sea necesario. Estos servicios también incluyen llamadas telefónicas locales, televisión y periódicos. El(la) Enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una Habitación Privada estándar por una suite o junior suite no se consideran Servicios Hospitalarios.

SOLICITANTE: La persona que llena y suscribe la Solicitud de Seguro de Salud Individual para obtener cobertura.

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL: Formulario que contiene la declaración escrita del Solicitante con respecto a su información y la de sus Dependientes, usada por la Aseguradora para determinar la aceptación o denegación del riesgo. La Solicitud de Seguro de Salud Individual incluye cualquier declaración verbal hecha por el Solicitante durante una entrevista médica realizada por la Aseguradora, el historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, la Aseguradora antes de la emisión de la póliza.

TRANSPORTE POR AMBULANCIA AÉREA: Transporte aéreo de emergencia desde el hospital donde el Asegurado está ingresado, hasta el hospital más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.

TRANSPORTE POR AMBULANCIA TERRESTRE: Transporte de emergencia hacia un hospital por ambulancia terrestre.

TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes que han sido dañados o perdidos en un Accidente cubierto.

TRATAMIENTO EN CENTROS DE ATENCIÓN DE URGENCIAS Y CLÍNICAS DE CONVENIENCIA: son los tratamientos recibidos en Centros clasificados de Atención de Urgencias (Urgent Care) en los Estados Unidos de América. Este es un tipo de centro de servicios médicos especializado en el diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas serias o agudas, que generalmente requieren atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida o la salud. Este servicio es un cuidado intermedio entre el médico primario y el servicio de emergencias. Servicios en centros de emergencia de los hospitales u otros que no sean Urgent Care, no serán cubiertos bajo este beneficio.

TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA: Atención o servicios Médicamente Necesarios debido a una emergencia.

USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE (UCR): Los precios promedio estipulados por los proveedores de servicios médicos en una misma área geográfica que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar al proporcionado y libre de complicaciones.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1330-2025 del 18 de agosto de 2025, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

