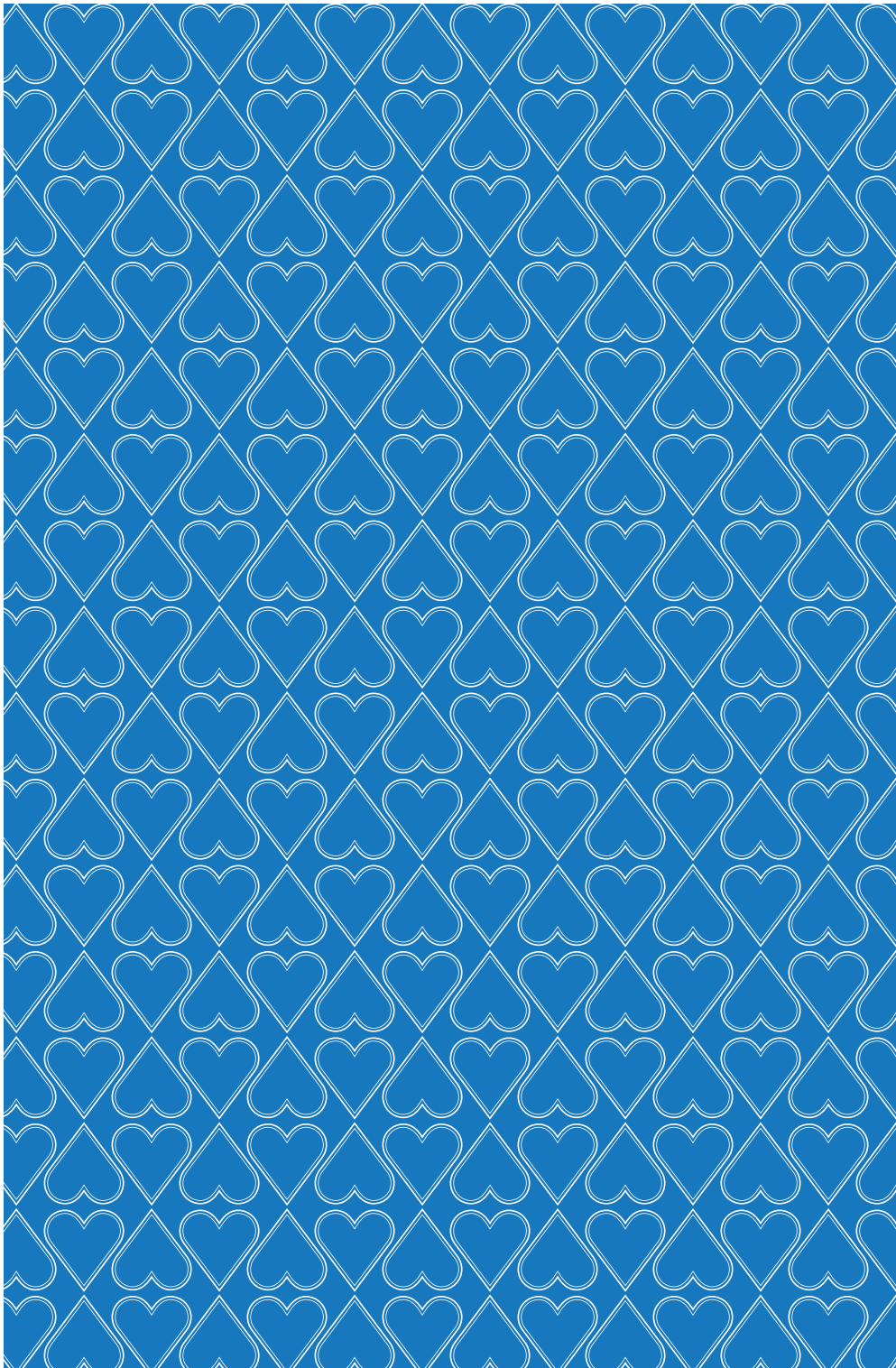




Términos y Condiciones

CORPORATE CARE

BUPA GUATEMALA





CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

PÓLIZA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES DE GRUPO - BUPA CORPORATE CARE

ARTÍCULO 1: DISPOSICIONES GENERALES APLICABLES AL ADMINISTRADOR DEL GRUPO Y/O ASEGURADO PRINCIPAL

- 1.1 **BUPA GUATEMALA, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.:** (de ahora en adelante denominada la “Aseguradora”), en consideración a las declaraciones contenidas en el Consentimiento Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo presentado por el Solicitante (de ahora en adelante denominado el “Asegurado Principal”) y sus declaraciones individuales y el formulario de Solicitud de Seguro de Salud de Grupo presentado por el Administrador del Grupo, las cuales se incorporan al presente Contrato de Seguro 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. El Contrato de Seguro celebrado entre la Aseguradora y el Administrador del Grupo lo constituye la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo, el Consentimiento Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo, la Carátula de la Póliza, el Certificado Individual de Seguro, las Condiciones Generales de la Póliza, 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 Administrador del Grupo y al Asegurado Principal 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 Administrador de Grupo 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”. Al presente contrato de seguro, le son aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala, relacionadas con el contrato de seguro, las cuales prevalecerán sobre el contenido de este contrato de seguro.
- 1.3 **AVISO IMPORTANTE SOBRE LAS SOLICITUDES DE SEGURO:** Esta póliza es emitida en base a la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo, al Consentimiento Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo. Cualquier equivocación, omisión, inexactitud, falsedad o reticencia en las manifestaciones hechas por el Administrador del Grupo y/o el Asegurado Principal y/o sus Dependientes Asegurados, en los dos (2) primeros años de vigencia contados a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza, puede resultar en que la póliza sea cancelada de conformidad con lo que al respecto establecen los artículos 880, 881 y 908 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 entidades jurídicas debidamente registradas en Guatemala para empleados vinculados con contrato de trabajo, u otro vínculo con el Asegurado Principal previamente conocido y aceptado por La Aseguradora y que tienen por lo menos dieciocho (18) años de edad (excepto los dependientes elegibles). No hay un límite de edad máxima para solicitar cobertura bajo esta póliza, sujeto a evaluación de riesgos del Grupo. 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. El grupo asegurado debe mantener el requerimiento mínimo de cinco (5) Asegurados Principales para ser elegible para renovación.

1.5.2 DEPENDIENTES ELEGIBLES: Si el Administrador del Grupo está de acuerdo y lo notifica por escrito a la Aseguradora, el Asegurado Principal puede solicitar la inclusión de los Dependientes elegibles. Son Dependientes elegibles bajo esta póliza aquéllos que han sido identificados en el Consentimiento Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza. Los Dependientes elegibles incluyen al Cónyuge o Conviviente del Asegurado Principal o la persona que designe el Asegurado Principal, 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, u otro vínculo que hayan sido aceptados por la Aseguradora.

1.5.3 REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD: Para que el/la Conviviente o la persona que designe el Asegurado Principal sea un Dependiente elegible, es necesario que 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.
- (b) Los dos deben compartir la misma residencia permanente.
- (c) Los dos deben tener por lo menos dieciocho (18) años de edad.
- (d) Los dos deben tener capacidad civil para contratar.
- (e) 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.

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.

- 1.6 **ENTREGA DE LA PÓLIZA Y LOS CERTIFICADOS:** La póliza y los Certificados Individuales de Seguro se considerarán entregados al ser recibidos por el Administrador del Grupo en el lugar indicado para recibir notificaciones indicado en la Carátula de la Póliza.
- 1.7 **CAMBIO DE OPCIÓN O PLAN:** En la Fecha de Aniversario de la Póliza, el Administrador del Grupo puede solicitar un cambio de Opción o plan (deducible) para el grupo asegurado. Si el cambio es aprobado, la Aseguradora ajustará la prima a partir de la fecha de vigencia del cambio. Los cambios de Opción o plan para un asegurado individual no serán aprobados. Para Grupos Colectivos, durante los sesenta (60) días siguientes a la fecha de vigencia del cambio, los beneficios pagaderos estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo la nueva Opción o plan o la Opción o plan anterior, mientras que los beneficios por maternidad y para el recién nacido estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo la nueva Opción o plan o la Opción o plan anterior durante los diez (10) meses siguientes a la fecha de vigencia del cambio. Para Grupos Experiencia, los beneficios bajo la nueva Opción o plan entrarán en vigencia a partir de la fecha del cambio.
- 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 **OBLIGACIONES DEL ADMINISTRADOR DEL GRUPO:** Son obligaciones del Administrador del Grupo:
 - (a) Suscribir la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo y remitirla a la Aseguradora, así como remitir los Consentimientos Individuales de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo de los integrantes del Grupo.
 - (b) Pagar a la Aseguradora el total de la prima de la póliza.
 - (c) Comunicar a las personas elegibles al seguro los criterios para fijar los montos de deducibles, los beneficios máximos y los límites de la póliza, y solicitarles que llenen el respectivo Consentimiento Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo, así como de informar a los Asegurados sobre los aspectos que sean de su competencia y que le hayan sido notificados por la Aseguradora.
 - (d) Entregar el Certificado Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo de cada Asegurado a los Asegurados Principales del Grupo.

- (e) Informar inmediatamente y por escrito a la Aseguradora, adjuntando los documentos respectivos, en cuanto a:
 - i. Los nuevos ingresos al Grupo.
 - ii. Las separaciones definitivas del Grupo.
 - iii. Cualquier situación de los Asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza.
 - iv. Propuestas de modificación de los montos Deducibles, los beneficios máximos y los límites de la póliza, a reserva de lo que la Aseguradora decida al respecto.
- (f) En caso de que el Administrador del Grupo concluya sus obligaciones para con el Grupo, deberá notificarlo inmediatamente a la Aseguradora, y sus obligaciones serán transferidas al nuevo Administrador del Grupo.
- (g) El Administrador del Grupo se compromete a no efectuar cargos adicionales al Asegurado sobre la prima fijada por la Aseguradora.
- (h) Recaudar de las personas del grupo asegurado la cantidad de la prima de seguro con la que contribuyen, con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.

1.10 ALTA Y BAJAS DE ASEGURADOS: El Administrador del Grupo puede añadir nuevos Asegurados al Grupo presentando el Consentimiento Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo tal como se indica a continuación:

- (a) Grupos Colectivos: Al ser aprobados por el departamento de evaluación de riesgo, el Asegurado Principal y sus Dependientes serán incluidos en el Grupo (i) a partir de la Fecha Efectiva del Certificado Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo, si se trata de inscripción inicial, o (ii) en la fecha de renovación, treinta (30) días después de que se haya recibido el Consentimiento Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo si se trata de un alta posterior. Un bebé Recién Nacido podrá ser incluido en la póliza de los padres o de su madre soltera sin evaluación de riesgo a partir de la fecha de nacimiento, siempre y cuando la póliza haya estado vigente durante por lo menos diez (10) meses calendario consecutivos antes de la fecha estimada de parto (como se especifica en el numeral 2.4.2 (b)) y la notificación del nacimiento sea recibida durante los noventa (90) días siguientes al parto (solamente en Planes de deducibles de US\$0 / US\$1,000 y Plan US\$500 / US\$ 2,000). Para añadir Recién Nacidos que no cumplan con los requerimientos aquí indicados, el Asegurado Principal debe presentar un Consentimiento Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo, y dicha alta estará sujeta a evaluación de riesgo. Una vez aprobada, la cobertura será efectiva a partir de la fecha del alta.
- (b) Grupos Experiencia: Los Asegurados Principales y sus Dependientes serán incluidos en base a lo acordado entre la Aseguradora y el Administrador de Grupo y si las Condiciones Particulares lo contempla (i) a partir de la Fecha Efectiva del Certificado Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo, o (ii) en la fecha de renovación, treinta (30) días después de que se haya recibido el Consentimiento Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo si se trata de un alta posterior. Un bebé Recién Nacido será incluido a partir de la fecha de nacimiento sin evaluación de riesgo, siempre y cuando la notificación del nacimiento sea recibida durante los noventa (90) días siguientes al parto.

El Administrador del Grupo se compromete a inscribir a todos los Asegurados Principales elegibles en los primeros quince (15) días a partir de la fecha en que sean elegibles. El no cumplir con este requisito puede ser causa para la terminación del Contrato de Seguro.

De acuerdo con lo estipulado en el Artículo 908 del Código de Comercio de Guatemala, la Aseguradora puede terminar, a su discreción, la cobertura de un Asegurado Principal y sus Dependientes si el Asegurado Principal o sus Dependientes han engañado o tratado de engañar a la Aseguradora. La Aseguradora puede cancelar la cobertura de un Asegurado si en cualquier momento se vuelve ilegal proporcionar cobertura a dicho Asegurado.

La prima será calculada desde la fecha inicial hasta la fecha final de cobertura del nuevo Asegurado, de forma prorrateada.

- 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 PAÍS DE RESIDENCIA:** El Asegurado Principal debe notificar por escrito al Administrador del Grupo y/o a la Aseguradora cuando él o alguno de sus Dependientes Asegurados tengan la intención de permanecer fuera de Guatemala 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 o cancelación de la cobertura.
- 1.13 VIGENCIA DE LA PÓLIZA:** Es el período de tiempo previsto en la Carátula de la Póliza durante el cual surten efectos las coberturas. Dicho período comienza a las 00:00 horas, hora oficial de Guatemala, del día de inicio 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, sujeta a las definiciones, condiciones y otras disposiciones de la póliza vigente en la Fecha de Vencimiento del Pago.
- 1.14 VIGENCIA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL:** La cobertura comienza a las 00:00 horas, hora oficial de Guatemala en la Fecha Efectiva consignada en el Certificado Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo, y termina a las 24:00 horas, hora oficial de Guatemala en la Fecha de Vencimiento del Pago o en cualquier otra fecha por la cancelación de un Certificado Individual de Seguro indicada por el Administrador del Grupo.
- 1.15 PERIODO DE ESPERA ESPECIFICO:** Esta póliza contempla un período de espera para los beneficios de embarazo, maternidad y parto para cirugía bariátrica y para los beneficios de VIH/SIDA, el cual comienza en la fecha Efectiva consignada en el Certificado Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo, durante el cual los beneficios aun no son pagaderos al Asegurado. Para los beneficios de embarazo, maternidad y parto, la Asegurada debe haber estado cubierta bajo la póliza durante un período de diez (10) meses calendario continuos antes de la fecha estimada del parto. Para los beneficios de VIH/SIDA, el Asegurado debe haber estado cubierto bajo la póliza durante un período de doce (12) meses calendario continuos.
- 1.16 CONDICIONES PREEXISTENTES:** Las condiciones preexistentes no están cubiertas, a menos de que la Aseguradora apruebe lo contrario.
- 1.17 CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO:** El Certificado Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo puede ser cancelado o no renovado por cualquiera de las siguientes circunstancias:
- (a) Si termina el Contrato de Seguro entre la Aseguradora y el Administrador del Grupo, o
 - (b) Por falta de pago de la prima, después del Período de Gracia, o
 - (c) Por notificación por escrito de la Aseguradora en los casos previstos en el Código de Comercio de Guatemala, o

- (d) Por notificación por escrito de la Aseguradora por declaraciones falsas e inexactas, o
- (e) Por decisión del Administrador del Grupo de cancelar un Certificado Individual de Seguro, o la cobertura de cualquiera de los Dependientes, en cualquier momento. La Aseguradora no puede cancelar un Certificado Individual de Seguro de manera retroactiva. El Administrador del Grupo es responsable por el pago de las primas hasta la fecha efectiva de la cancelación, o
- (f) Por fallecimiento del Asegurado Principal, o
- (g) Por decisión del Asegurado Principal de ya no continuar con la cobertura.
- (h) Si un Asegurado cambia su país de residencia, tal como se indica en la Cláusula 1.12 de las Condiciones Generales de la Póliza.

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

1.18 **CESE DE LA COBERTURA DESPUÉS DE LA TERMINACIÓN DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO:**

En caso de que un Certificado Individual de Seguro sea cancelado conforme el numeral anterior, la cobertura cesará en el momento de la cancelación o no renovación del mismo, 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 del Certificado Individual de Seguro. No hay cobertura para ningún tratamiento que ocurra después del momento de cancelación o no renovación del Certificado Individual de Seguro, independientemente de cuándo se presentó por primera vez la condición o cuánto más tratamiento adicional pueda ser necesario.

1.19 **REEMBOLSOS:**

Si el Administrador del Grupo cancela un Certificado Individual de Seguro después de que éste ha sido emitido, rehabilitado o renovado, o la Aseguradora cancela el Certificado Individual de Seguro por cualquiera de las razones descritas en el numeral 1.17 de este documento, la Aseguradora reembolsará la porción no devengada de la prima al Contratante. La porción no devengada de la prima se basa en el número de días calendario correspondientes a la forma de pago, menos el número de días calendario que el Certificado Individual de Seguro estuvo en vigor.

1.20 **PAGO DE LA PRIMA:**

El Administrador del Grupo es responsable del pago a tiempo de la prima, tanto si la prima es contributiva como no contributiva. 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 Administrador del Grupo es responsable del pago sin necesidad de requerimiento previo por parte de la Aseguradora.

Si el Administrador del Grupo 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 Administrador del Grupo deberá comunicarse con su Intermediario de Seguros o directamente con la Aseguradora.

1.21 **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.

1.22 **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 del Pago. En este último caso, ningún beneficio será proporcionado durante el Período de Gracia.

1.23 REHABILITACIÓN: Si la prima no fue pagada durante el Período de Gracia, la póliza 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 Administrador del Grupo proporcione 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.

1.24 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.

1.25 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 4.9 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 Administrador del Grupo y/o el Asegurado Principal y la Aseguradora acuerdan pagar los respectivos costos y honorarios de su representación legal. El Administrador del Grupo y/o el Asegurado Principal 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 Administrador del Grupo y/o el Asegurado Principal y la Aseguradora señalan sus direcciones descritas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual de Seguro, respectivamente, como lugar para recibir notificaciones, citaciones y comunicaciones.

1.26 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 Compañía 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) u otro análogo, 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.

1.27 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.

1.28 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. Si el beneficiario no tiene conocimiento de su derecho, éste prescribirá a los cinco (5) años contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones de la Aseguradora.

1.29 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.

1.30 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 [HYPERLINK "http://www.bupasalud.com.gt"](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 [HYPERLINK "http://www.bupasalud.com.gt"](http://www.bupasalud.com.gt) www.bupasalud.com.gt.

1.31 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 proporciona cobertura conforme lo indicado en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo.

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) por el procedimiento y área geográfica. Para el caso de Tratamiento Médico de Emergencia, los reembolsos son procesados de acuerdo a las tarifas usuales, acostumbradas y razonables (UCR) 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. Si el Asegurado no notifica a la Aseguradora como se establece en este documento, él/ella tendrá una participación del treinta por ciento (30%) de todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos relacionados con la reclamación, además del Deducible correspondiente.

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 semiprivada y alimentación en el Hospital están cubiertas según los límites indicados en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro.
- (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 del Certificado Individual de Seguro.

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.

2.2.3 MEDICAMENTOS POR RECETA: Los medicamentos prescritos durante una Hospitalización están cubiertos hasta un máximo establecido en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro.

2.2.4 PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO: Los cargos de hospital por patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET), ultrasonido, endoscopia y otras pruebas de diagnóstico están cubiertos hasta la cantidad máxima indicada en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro cuando dichos procedimientos sean recomendados por un médico para ayudarle a determinar o evaluar la condición del paciente, y cuando son realizados en el hospital como parte de la hospitalización.

2.2.5 RED DE PROVEEDORES: Aunque el Asegurado no está obligado a obtener tratamiento dentro de la Red de Proveedores, puede obtener una lista de los proveedores en la red comunicándose con el Equipo de Servicio Corporativo.

- (a) La lista de Hospitales en la Red de Proveedores está disponible a través de la Aseguradora o en su página de internet 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, el tratamiento deberá ser coordinado por la Aseguradora.

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 la cantidad máxima indicada en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro. 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 Médicamente Necesario.

- (a) Honorarios por visitas a médicos y especialistas: Los honorarios por visitas a médicos y especialistas por una consulta realizada como servicio ambulatorio están cubiertos hasta la cantidad máxima indicada en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro.

(b) Procedimientos de diagnóstico ambulatorios: Los cargos por exámenes de laboratorio (tales como exámenes de sangre y orina), radiografías, ecocardiogramas, ultrasonido, imagen de resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), procedimientos endoscópicos (tales como colonoscopias y cistoscopias), y otros procedimientos de diagnóstico están cubiertos hasta la cantidad máxima indicada en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro cuando dichos procedimientos sean recomendados por un médico para ayudarle a determinar o evaluar la condición del paciente.

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 cubiertos hasta la cantidad máxima indicada en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro. 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 del Certificado Individual de Seguro 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 del Certificado Individual de Seguro 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 la cantidad máxima indicada en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro, 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 Virus 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 del Certificado Individual de Seguro.

2.3.9 SALUD MENTAL EN AMBULATORIO: Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su plan/ opción ofrece esta cobertura. La aseguradora pagará los gastos derivados del tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, siempre y cuando sea médicamente necesario, hasta el límite máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

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 indicado en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro 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), 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 del Certificado Individual de Seguro.
- (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) 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 del Certificado Individual de Seguro, 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 de la fecha estimada 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 un Consentimiento Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo 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 un Consentimiento Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo 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 un Consentimiento Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo 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 indicado en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro, 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.
- (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 estimada 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.

2.5 BENEFICIOS POR TRANSPORTACIÓN MÉDICA

2.5.1 TRANSPORTACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: El transporte de Emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) está cubierto como se indica en su Tabla de Beneficios solamente 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:

- (a) 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,
- (b) 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,
- (c) 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.
- (d) 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.

- (a) Transporte por ambulancia terrestre: La cantidad máxima pagadera por este beneficio, por incidente está indicada en la Tabla de Beneficios, y solamente será cubierto cuando los servicios de la ambulancia terrestre local utilizada sean para transportar al asegurado:
 - i. De la ubicación de un accidente al hospital,
 - ii. Para el traslado de un hospital a otro, o
 - iii. De su casa al hospital, siempre y cuando:
 - médicamente necesaria,
 - relacionada a una condición cubierta, y
 - el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física.
- (b) Transporte por Ambulancia Aérea:
 - i. 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.
 - ii. La cantidad máxima pagadera por este beneficio por Asegurado, por Año Póliza está especificada en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro.
 - iii. El Asegurado se compromete a mantener a la Aseguradora, a USA Medical Services, 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.
- (c) Viaje de Regreso: Cuando el Asegurado sea transportado por ambulancia aérea para recibir tratamiento, el Asegurado y la persona acompañante (padre o madre de un Dependiente menor de edad o Cónyuge o Conviviente del Asegurado Principal), 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.

(d) 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 hasta la cantidad máxima indicada en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro, 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 TRATAMIENTO DEL CÁNCER: Los honorarios médicos relacionados específicamente con la preparación y administración del tratamiento para el cáncer incluyendo trasplante de médula ósea, radioterapia, quimioterapia y oncología, están cubiertos hasta la cantidad máxima indicada en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro. Los cargos de hospital por la administración de exámenes y medicamentos tales como los requeridos para la quimioterapia, que sean específicamente relacionados con el tratamiento para el cáncer también están cubiertos como se especifica en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro. Todos los beneficios son pagaderos hasta el límite máximo por Año Póliza indicado en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro.

2.6.2 DIÁLISIS POR INSUFICIENCIA RENAL: Los gastos elegibles por diálisis para el tratamiento de insuficiencia renal están cubiertos hasta la cantidad máxima indicada en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro.

2.6.3 PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: El tratamiento requerido para los servicios de procedimientos de trasplante está cubierto hasta la cantidad máxima indicada en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro, después del Deducible correspondiente. El beneficio 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 a costa de la Aseguradora, y ha sido aprobada 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 del Certificado Individual de Seguro, 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.

- (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 cobertura de beneficios está sujeta a previa aprobación por parte de la Aseguradora del proveedor o la instalación donde se llevará a cabo el tratamiento. La reclamación será denegada de no tener dicha aprobación por parte de la Aseguradora.

El tratamiento para procedimientos de trasplante que incluyan órganos artificiales o de animales no está cubierto. La compra de un órgano para trasplante no está cubierta.

2.6.4 CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS: El tratamiento médicamente necesario para condiciones congénitas y/o hereditarias está cubierto hasta la cantidad máxima indicada en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro. El beneficio comienza cuando la condición congénita y/o hereditaria ha sido diagnosticada por un médico.

2.6.5 TRATAMIENTOS ESPECIALES: Las prótesis, los dispositivos ortóticos (implantados durante cirugía), 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 la cantidad máxima indicada en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro, pero deben ser autorizados y coordinados con anticipación por la Aseguradora.

2.6.6 TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA (con o sin Hospitalización): Esta póliza cubre el Tratamiento Médico de Emergencia 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.

2.6.7 TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON UN ACCIDENTE: El tratamiento dental relacionado con un accidente que sea necesario para reparar el daño de dientes sanos y naturales como consecuencia de un accidente o lesión está cubierto. El tratamiento deberá proporcionarse y completarse dentro de un período de seis (6) meses después de la fecha en que ocurrió el accidente o lesión. El dentista deberá confirmar que los dientes tratados fueron dañados como consecuencia de un accidente. Un diente sano y natural es aquél que no tiene caries, ni empastes en más de dos superficies, ni gingivitis o periodontitis asociada con la pérdida de hueso bucal, ni terapia de conducto radicular, no es un implante dental, y funciona normalmente al masticar y al hablar. Esta cobertura no aplica a implantes dentales, coronas, o dentaduras postizas.

2.6.8 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 cubierto, 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.).

2.6.9 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..

2.6.10 VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA): La cobertura para el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) está limitada la cantidad máxima indicada en la Tabla de Beneficios del Certificado Individual de Seguro doce (12) meses después de la Fecha Efectiva de cobertura del Asegurado, si el virus o los anticuerpos no han sido detectados o manifestados antes o durante este período.

2.6.11 AUTISMO: Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su producto ofrece esta cobertura. Se ofrece cobertura por Asegurado, por año de membresía como se indica en la Tabla de Beneficios, para los costos relacionados con el autismo, incluyendo consultas médicas, y medicamentos una vez que sea diagnosticado el síndrome (desorden) en cualquiera de sus manifestaciones (espectro). Este beneficio también incluye terapias de lenguaje, terapia ocupacional y terapias de modificación de conducta (ABA) siempre y cuando sean realizadas por un médico o especialista certificado y en una institución médica (clínica u hospital y centro de terapias). Este beneficio está sujeto a autorización previa por el equipo médico de la Aseguradora.

2.6.12 COBERTURA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR: En caso de que fallezca el Asegurado Titular, la Aseguradora otorgará cobertura a los asegurados dependientes cubiertos bajo la póliza al momento del fallecimiento del Asegurado Titular durante 1 año sin costo alguno a partir del vencimiento pagado por el Asegurado Titular, si la causa de la muerte del Asegurado Titular se debió a un accidente, enfermedad o dolencia cubierto bajo esta póliza. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo la póliza existente y terminará automáticamente para el cónyuge o pareja

sobreviviente si contrae matrimonio, o para los dependientes sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta póliza y/o para los cuales se haya emitido su propia póliza por separado.

Esta cobertura no será procedente si los beneficiarios del asegurado titular solicitan la devolución de la prima no devengada por fallecimiento, y dicha devolución es efectuada en términos de las Condiciones Generales.

2.6.13 PRÓTESIS CAPILAR (PELUCA): 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 del Certificado Individual de Seguro:

- 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.
 - (f) Que sea un artículo personal, como llamadas telefónicas, periódicos, alimentos para visitantes o cosméticos.
- 3.2 ENFERMEDADES O LESIONES AUTO INFLIGIDAS:** Cualquier cuidado o tratamiento, estando el Asegurado en su sano juicio o no, debido a enfermedades o Lesiones auto infligidas, suicidio cuando la muerte del asegurado no sea inmediata, intento de suicidio, uso o abuso de alcohol, uso o abuso de drogas, uso de sustancias ilegales, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente resultante de cualquiera de los criterios anteriores.
- 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, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.
- 3.4 MEDICINA ALTERNATIVA:** Tratamiento quiropráctico, homeopático, acupuntura, o cualquier tipo de medicina alternativa.
- 3.5 CIRUGÍA COSMÉTICA:** La cirugía cosmética o el tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea requerido debido al tratamiento de una Lesión, deformidad o Enfermedad que compromete la funcionalidad de algún órgano y que se haya manifestado por primera vez estando el Asegurado cubierto bajo esta póliza. Esta exclusión también aplica a cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no hayan sido causadas por trauma.
- 3.6 CONDICIONES PREEXISTENTES:** Cualquier gasto relacionado con Condiciones Preexistentes, excepto si es autorizado por escrito por la Aseguradora.

- 3.7 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.
- 3.8 TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES:** Tratamiento en cualquier institución gubernamental, o cualquier gasto incurrido si el Asegurado recibió cuidados gratuitos. Servicios o tratamientos prestados gratuitamente.
- 3.9 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.
- 3.10 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.
- 3.11 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 pacto en contrario, o no cubiertas bajo esta póliza.
- 3.12 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.
- 3.13 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.
- 3.14 VIH/SIDA:** Cualquier tratamiento que se lleve a cabo antes del período de espera de doce (12) meses.
- 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, padre, hermano o hijo de cualquier Asegurado bajo esta póliza.
- 3.17 MEDICAMENTOS SIN RECETA:** 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.
- 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 ALMACENAMIENTO DE TEJIDO Y/O CÉLULAS:** Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las condiciones de esta póliza. 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 crío preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

- 3.20 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.
- 3.21 TRATAMIENTO RELACIONADO CON EL PESO:** Cualquier gasto, servicio, o tratamiento por obesidad, control de peso, o cualquier forma de suplemento alimenticio. Excepto cuando se especifique en Tabla de Beneficio.
- 3.22 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.
- 3.23 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.
- 3.24 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.
- 3.25 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.
- 3.26 TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA MATERNIDAD PARA EMBARAZOS NO CUBIERTOS:** Todo tratamiento relacionado con la maternidad durante el período de espera de diez (10) meses para la cobertura del cuidado del embarazo y la maternidad, para embarazos no cubiertos, o para un recién nacido que no haya sido incluido en la póliza.
- 3.27 ABORTO:** La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.
- 3.28 CUIDADO PODIÁTRICO:** Cuidado podiátrico para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo pero no limitado a callos, callosidades, juanetes, verrugas plantares, fasciitis plantar, Hallux valgus, dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles y pies débiles, incluyendo pedicura, zapatos especiales, y soportes de cualquier tipo o forma, excepto cuando se especifique cobertura en su Tabla de Beneficios.
- 3.29 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.
- 3.30 DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL:** Excepto cuando ha sido causada por politraumatismo en un accidente cubierto. Los procedimientos quirúrgicos estarán cubiertos solamente si están autorizados con anticipación por la Aseguradora. La evidencia de trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).
- 3.31 COSTOS RELACIONADOS CON EL TRANSPORTE DE EMERGENCIA:** Cualquier costo adicional o secundario relacionado con la necesidad de transporte de emergencia, tales como gastos de hotel.
- 3.32 TRATAMIENTO DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA:** 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.

3.33 ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS: El tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier epidemia y/o pandemia y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o pandémica no están cubiertos, excepto las vacunas que se especifican en el beneficio de vacunas o en su Tabla de Beneficios.

3.34 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.

3.35 SALUD MENTAL EN HOSPITALIZACIÓN: Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su plan/opción ofrece esta cobertura. Los gastos derivados del Tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, siempre y cuando sea médicamente necesario producto de una enfermedad o dolencia cubierta, y las terapias se otorguen durante la estadía en el hospital. El asegurado deberá comunicarse con la compañía para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La compañía se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

3.36 CIRUGÍA BARIÁTRICA: Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su producto ofrece esta cobertura. El procedimiento estará cubierto después de cumplirse un período de espera de veinticuatro (24) meses, sujeto a los siguientes criterios:

- (a) Tener un índice de masa corporal (IMC) de cuarenta (40) o más y un diagnóstico de obesidad mórbida;
- (b) Tener un IMC entre treinta y cinco (35) y cuarenta (40) y un problema de salud serio relacionado con su peso;
- (c) Presentar evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos veinticuatro (24) meses, y
- (d) Haber pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el asegurado someterse al procedimiento.
- (e) La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el equipo médico de la aseguradora. El asegurado deberá comunicarse con la aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

3.37 CAMA PARA ACOMPAÑANTE PARA MENOR HOSPITALIZADO: Consulte su Tabla de Beneficios para saber si su producto ofrece esta cobertura. Los cargos incluidos en la factura del hospital por concepto de cama para acompañante de un dependiente hospitalizado menor de dieciocho (18) años se pagarán como se indica en su Tabla de Beneficios.

3.38 PRÓTESIS CAPILAR (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.

3.39 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.

ARTÍCULO 4: RECLAMACIONES

4.1 PRE-AUTORIZACIÓN DE RECLAMACIONES: El Asegurado debe notificar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El Tratamiento Médico de Emergencia debe ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento.

Si el Asegurado no se comunica con la Aseguradora como se establece en este documento, él/ella tendrá una participación del treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de Médicos y Hospital relacionados con la reclamación, además del Deducible y la participación del Asegurado estipulada en su plan, si corresponden.

4.2 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.

4.3 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 TENDRÁ UNA PARTICIPACIÓN DEL TREINTA POR CIENTO (30%) DE TODOS LOS GASTOS CUBIERTOS DE MÉDICOS Y HOSPITALES RELACIONADOS CON LA RECLAMACIÓN, ADEMÁS DEL DEDUCIBLE.

4.4 DEDUCIBLE: El Administrador de Grupo elegirá un plan de deducible para los asegurados del Grupo Asegurado. El deducible se encuentra en el Certificado Individual. Antes de que la Aseguradora pague los beneficios, el Asegurado debe pagar el deducible que equivale a una cantidad específica correspondiente a los cargos elegibles incurridos por cada Asegurado cada Año Póliza. Si la familia del Asegurado está cubierta bajo la póliza, el deducible se aplica separadamente a cada Asegurado. Sin embargo, la Aseguradora aplicará un total máximo de dos deducibles por familia, por Año Póliza, si se procesan reclamaciones para dos o más Asegurados en la familia. Aun cuando la cantidad de la reclamación sea menor que el deducible, el Asegurado deberá enviar a la Aseguradora un formulario de solicitud de reembolso, que le proporcionará ésta, si desea que esa cantidad sea tomada en cuenta al calcular el deducible anual.

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.

En caso de un accidente serio que requiera hospitalización inmediata, no se aplicará el deducible durante la primera hospitalización únicamente. El deducible correspondiente se aplicará a cualquier hospitalización subsiguiente.

4.5 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.

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 intermediario de seguros o con la Aseguradora en el lugar para recibir notificaciones del Certificado Individual 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.

4.6 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. La Aseguradora efectuará los pagos por medio de cheque o transferencia electrónica. Algunas veces, las regulaciones bancarias internacionales no permiten hacer pagos en la moneda solicitada. En esos casos, la Aseguradora enviará el pago en dólares de los Estados Unidos de América. Es responsabilidad del Asegurado Principal pagar cualquier cargo que no sea elegible para pago bajo la póliza.

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.

4.7 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.

4.8 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.

4.9 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 1.25.

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.

ADMINISTRADOR DEL GRUPO: Es el contratante de la póliza, siendo la persona individual o jurídica capaz de celebrar la contratación de la póliza con el consentimiento de los miembros de dicho Grupo.

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.

ÁREA DE COBERTURA: El área geográfica en la cual el Asegurado tiene derecho a recibir tratamiento. Esta área puede incluir o excluir los Estados Unidos de América continentales (denominados EE.UU. en este documento), dependiendo de la opción de cobertura elegida por el Administrador del Grupo.

ASEGURADO: La persona que ha completado el Consentimiento Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo 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 el Consentimiento Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo. 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 Administrador del Grupo y Responsabilidades de la Aseguradora.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO: Documento que especifica el número de Póliza, el número del Certificado Individual de Seguro, la Fecha Efectiva del Certificado Individual de Seguro, Información General, Aviso Importante, y la Tabla de Beneficios, e indica quién es el 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 del Certificado Individual, 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.

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.

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES DE GRUPO: Documento que contiene declaraciones por escrito sobre el Solicitante y sus dependientes al solicitar cobertura, el cual es utilizado por la Aseguradora para determinar la aceptación o denegación del riesgo. También se incluyen las declaraciones orales realizadas por el Solicitante durante la entrevista médica realizada por la Aseguradora, su historial médico, cuestionarios y cualquier otro documento proporcionado o solicitado por la Aseguradora antes de aprobar la Póliza.

CONTRIBUTIVA: El término "Contributiva" se refiere al pago de la prima y significa que, para obtener los beneficios de este seguro, el miembro del Grupo deberá efectuar una contribución proporcional a la prima fijada, y el término "No Contributiva" significa que el seguro es sin costo alguno para el miembro del Grupo.

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.

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 aquéllos 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 y fuera del País de Residencia están sujetos al pago de Deducible según el plan elegido. 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 el Consentimiento Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo 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

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 poliza. Este monto incluye el deducible, coaseguro y copago.

DIAGNÓSTICO: Calificación que da el Médico a la Enfermedad según los signos que advierte, a través de exámenes (resultados de laboratorio, radiografías o cualquier otro examen clínico), la naturaleza y circunstancias de dicha Enfermedad, y la decisión alcanzada en base a este proceso.

DONANTE: Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos, células y/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 estimada del parto es por lo menos diez (10) meses calendario después de la Fecha de Inicio de la Cobertura para la respectiva asegurada.

EMERGENCIA: Condición médica que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del Asegurado si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.

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.

EQUIPO DE SERVICIO CORPORATIVO: Equipo de ejecutivos de servicio, profesionales y multilingües de la Aseguradora, capacitados para ayudar al Administrador del Grupo y a los Asegurados con preguntas relacionadas con su póliza, el estado de sus reclamaciones, su cobertura y la actualización de su información personal.

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, posterior al período de espera, 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 póliza inicia su vigencia.

FECHA EFECTIVA DEL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO: La fecha en que el seguro del Asegurado Principal y sus Dependientes 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.

GRUPO ASEGURADO: Es el conjunto de personas que, satisfaciendo las características del Grupo Asegurable, las condiciones de elegibilidad y lo establecido en el Contrato de Seguro, están cubiertas bajo este Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo.

GRUPO ASEGURABLE: Conjunto de personas individuales que tienen una relación laboral con el Administrador del Grupo, independiente de la celebración del Contrato de Seguro y que forman parte del Grupo especificado en la Solicitud del Seguro de Salud de Grupo.

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 Medicamente 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.

MÉDICAMENTE 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 Medicamente 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.

OPCIÓN: El área de cobertura, el límite máximo anual y el deducible seleccionados por el Administrador del Grupo para los asegurados en el grupo.

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 1.12, 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 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 ESPERA: Período de tiempo que comienza en la Fecha Efectiva del Certificado Individual de Seguro durante el cual los beneficios aun no son pagaderos al Asegurado.

- (a) Para los beneficios de embarazo, maternidad y parto, la Asegurada debe haber estado cubierta bajo la póliza durante un período de diez (10) meses calendario continuos antes de la fecha estimada del parto.
- (b) Para los beneficios de VIH/SIDA, el Asegurado debe haber estado cubierto bajo la póliza durante un período de doce (12) meses calendario continuos.

PERIODO DE ESPERA GENERAL: El período de tiempo durante el cual el asegurado no contará con ningún beneficio, excepto 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.

PERÍODO DE ESPERA ESPECÍFICO: El período de tiempo especificado para ciertas coberturas durante el cual el asegurado no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos beneficios que se hayan realizado antes de que haya sido completado el período de espera correspondiente indicado en la Tabla de Beneficios. Los beneficios con período de espera específicos no se eliminan o exoneran bajo ninguna circunstancia.

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 continúe con las coberturas.

POLITRAUMATISMO: Lesiones corporales accidentales que ocurren simultáneamente en diferentes partes del cuerpo como resultado de un accidente serio.

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO: Procedimientos y pruebas de laboratorio Médico 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.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO: Una operación, incluyendo las consultas inmediatamente antes y después de la cirugía, y todo el cuidado necesario antes de que el paciente sea dado de alta del hospital.

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.

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 semiprivadas 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 Júnior suite no se consideran Servicios Hospitalarios.

SOLICITANTE: La persona que llena y suscribe el Consentimiento Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo para obtener cobertura.

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: Servicios médicos o quirúrgicos (incluyendo pruebas de diagnóstico) que son necesarios para diagnosticar, aliviar, o curar una Enfermedad o Lesión.

TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON UN ACCIDENTE: Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes sanos y naturales que han sido dañados o perdidos como consecuencia de 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.

URGENCIA: Situación médica que generalmente requiere atención inmediata; pero que no representan riesgo inminente a la vida del asegurado, ni genera peligro en la evolución de su afección. Su evaluación, estabilización o tratamiento médico se realiza en un centro de salud de forma ambulatoria.

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 692-2025 del 4 de mayo de 2025, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

5ª Avenida 5-55, Zona 14
Europlaza World Business Center
Torre III, Nivel 11, Oficina 1103
Ciudad de Guatemala
PBX 2300-8000
www.bupasalud.com
ServicioGuatemala@bupalatinamerica.com