

SEGUROS AGROMERCANTIL, S.A.
CONDICIONES GENERALES
PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES
PREMIER PLUS
2015

ÍNDICE

	Página
ARTÍCULO 1: DEL CONTRATO DE SEGURO	3
ARTÍCULO 2: ESTIPULACIÓN LEGAL PARA ACEPTACIÓN DE PÓLIZA	3
ARTÍCULO 3: CONDICIÓN RESOLUTORIA	3
ARTÍCULO 4: VIGENCIA DE LA PÓLIZA	4
ARTÍCULO 5: ELEGIBILIDAD	4
ARTÍCULO 6: RESPONSABILIDADES DEL ASEGURADO	6
ARTÍCULO 7: BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS	7
ARTÍCULO 8: EXCLUSIONES	15
ARTÍCULO 9: AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE LOS BENEFICIOS	19
ARTÍCULO 10: DISPOSICIONES GENERALES	20
ARTÍCULO 11: DEFINICIONES	27

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

PREMIER PLUS

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1: DEL CONTRATO DE SEGURO

Seguros Agromercantil, Sociedad Anónima (en adelante denominada la “Aseguradora”) se compromete a pagarle al Asegurado Titular los beneficios estipulados en esta póliza por los gastos cubiertos que haya incurrido un Asegurado como consecuencia de cualquier tratamiento, servicio y suministro médico cubierto que se lleve a cabo en cualquier parte del mundo después de la Fecha de Inicio de Cobertura, estando la póliza en vigor. Todos los beneficios están sujetos a las condiciones de esta póliza, incluyendo los montos deducibles aplicables, los beneficios máximos y los límites estipulados en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza.

ARTÍCULO 2: ESTIPULACIÓN LEGAL PARA ACEPTACIÓN DE PÓLIZA

Por estipulación legal se cita el siguiente artículo, el que por su importancia se solicita al Asegurado su atenta lectura: Artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala: **“En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación. Si dentro de los quince días siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último”.**

Se entiende que esta póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República de Guatemala.

ARTÍCULO 3: CONDICIÓN RESOLUTORIA

La emisión de esta póliza se fundamenta en las declaraciones y en la buena fe del Asegurado Titular. En consecuencia, cualquier declaración falsa, reticencia u omisión de información, simulación o disimulo y que traiga como consecuencia la agravación del riesgo, rescindirá la presente póliza en todos sus efectos, quedando liberada la Aseguradora de cualquier responsabilidad por concepto de pago de beneficios estipulados en la misma. Así mismo, queda entendido que surtirá el mismo efecto anterior, cuando un Asegurado o su representante o quien haya proporcionado los servicios médicos, en colusión con el Asegurado, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en esta póliza, y sus eventuales

modificaciones, de acuerdo con lo estipulado en los Artículos 880, 881 y 908 del Código de Comercio de Guatemala.

Cualquier pago realizado por parte de la Aseguradora a causa de omisión, declaración inexacta o negligencia por parte del Asegurado, deberá ser reintegrado a la Aseguradora por el Asegurado Titular.

ARTÍCULO 4: VIGENCIA DE LA PÓLIZA

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

La responsabilidad de la Aseguradora comienza a las cero (0) horas, hora oficial de Guatemala de la Fecha de Inicio de Vigencia consignada en la Carátula de la Póliza y termina a las veinticuatro horas (24:00:00), hora oficial de Guatemala de la Fecha de Vencimiento de Vigencia consignada en la Carátula de la Póliza.

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

ARTÍCULO 5: ELEGIBILIDAD

5.1 Requisitos Básicos de Elegibilidad

El Asegurado Titular y sus Asegurados Dependientes deben cumplir con los siguientes requisitos para ser elegibles:

- a) El país de residencia debe ser Guatemala;
- b) Para ser Asegurado Titular, no debe ser menor de dieciocho (18) años de edad, ni mayor de setenta y cuatro (74) años de edad, al momento de solicitar el seguro. No hay edad máxima para la renovación de la póliza;
- c) Se requerirá una evaluación médica completa para los Solicitantes a partir de los sesenta y cuatro (64) años de edad; La Aseguradora podrá reembolsarles hasta un máximo de cincuenta dólares (USD\$50.00) para cubrir el costo de la información médica solicitada, una vez sea aprobada la cobertura a estos solicitantes.
- d) Pagar la prima correspondiente; y
- e) Para efectos de renovación de la póliza, no existirá edad máxima.

5.2 Dependientes Elegibles

- a) Los dependientes elegibles son el (la) Cónyuge, el (la) Conviviente del Asegurado Titular y sus hijos dependientes. En todos estos casos, el vínculo se demostrará aportando a la solicitud la documentación pertinente.
- b) El seguro para los hijos dependientes solteros se mantiene en vigor hasta la Fecha de Renovación de la póliza después de cumplir los dieciocho (18) años de edad.

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

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

- c) Los Asegurados Dependientes dejarán de ser elegibles en los siguientes casos:
- a. Si un hijo (a) dependiente contrae matrimonio, o deja de ser estudiante a tiempo completo;
 - b. Si un Cónyuge cubierto bajo esta póliza deja de estar casado con el Asegurado Titular por razón de divorcio o por anulación del matrimonio; o
 - c. Si el Asegurado Dependiente es un(a) Conviviente y deja de serlo por ya no mantener una relación de vida doméstica con el Asegurado Titular.

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

5.3 Continuidad del Seguro

- a) Si un Asegurado Dependiente ya no es elegible debido a uno de los eventos indicados en el Artículo 5.2.c) anterior, y cumple con los requisitos para ser Asegurado Titular, si así lo desea y paga la prima correspondiente, podrá continuar el seguro como Asegurado Titular sin necesidad de una evaluación de riesgo. Dicho Asegurado Dependiente estará sujeto a las mismas condiciones generales de la póliza anterior y deberá entregar a la Aseguradora la Solicitud de Seguro antes del vencimiento del Período de Gracia de la renovación de la póliza que sigue al evento correspondiente.
- b) En caso de fallecimiento del Asegurado Titular o en caso que éste ya no sea elegible, los Asegurados Dependientes podrán continuar el seguro bajo una nueva póliza sin necesidad de una evaluación de riesgo con tal que sean elegibles. Dichos Asegurados Dependientes estarán sujetos a las mismas condiciones generales de la póliza anterior y deberán entregar a la Aseguradora la Solicitud de Seguro antes del vencimiento del Período de Gracia de la renovación de la póliza.
- c) En caso de fallecimiento del Asegurado Titular los Asegurados Dependientes podrán aprovecharse del “Beneficio por Fallecimiento del Asegurado Titular” estipulado en el Artículo 7.19 de esta póliza.

5.4 Adición de Recién Nacidos

a) De maternidad cubierta bajo esta póliza

Para incluir en la póliza como Asegurado Dependiente a un hijo recién nacido de un parto cubierto por esta póliza y que no sea resultado de un tratamiento de fertilidad, se requiere notificar a la Aseguradora dentro de los primeros treinta (30) días calendario de la fecha de nacimiento y pagar cualquier prima adicional correspondiente. Dicho hijo dependiente no será sometido a evaluación de riesgo alguna y tendrá derecho a los beneficios de las Condiciones Congénitas y/o Hereditarias estipulados en el Artículo 7.10 de esta póliza.

Si dicho hijo dependiente recién nacido no es inscrito como tal durante los primeros treinta (30) días calendario de la fecha de nacimiento, se deberá presentar a la Aseguradora la prueba de asegurabilidad y dicho hijo dependiente recién nacido deberá someterse a una evaluación de riesgo. En este caso, el hijo dependiente recién nacido sólo tendrá derecho a los beneficios de las Condiciones Congénitas y/o Hereditarias estipulados en el Artículo 7.10 de esta póliza para Enfermedades que se manifiesten después de su Fecha de Inicio de Cobertura.

b) De maternidad no cubierta por esta póliza

Para incluir en la póliza a un hijo dependiente recién nacido de un parto no cubierto o que sea resultado de un tratamiento de fertilidad, se deberá presentar a la Aseguradora la prueba de asegurabilidad y dicho hijo dependiente recién nacido deberá someterse a una evaluación de riesgo. En este caso el hijo dependiente recién nacido sólo tendrá derecho a los beneficios de las Condiciones Congénitas y/o Hereditarias estipulados en el Artículo 7.10 de esta póliza para Enfermedades que se manifiesten después de su Fecha de Inicio de Cobertura.

ARTÍCULO 6: RESPONSABILIDADES DEL ASEGURADO

6.1 Deducible Anual:

- a) Se aplicará un (1) Deducible Anual por Asegurado definido en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza. Para las pólizas donde hay Dependientes Asegurados se aplicará un máximo de dos (2) Deducibles Anuales por Póliza y cada uno de los deducibles acumulados por cada uno de los miembros podrán contribuir para alcanzar este máximo de deducible familiar por Año Póliza.
- b) Si el Deducible Anual ha sido cubierto por gastos fuera de los Estados Unidos de América y el Asegurado incurre en gastos por servicios médicos dentro de los Estados Unidos de América donde el Deducible Anual es más alto, la diferencia entre estos dos Deducibles Anuales será a cargo del Asegurado.
- c) Cualquier gasto cubierto que haya sido aplicado al Deducible Anual durante los tres (3) últimos meses del Año Póliza será transferido y aplicado al Deducible Anual del siguiente Año Póliza.

- d) En caso de Accidente Grave, según se define en esta póliza, no se aplicará el Deducible Anual durante la primera hospitalización Medicamente Necesaria que sigue inmediatamente a dicho Accidente Grave. Para cualquier tratamiento posterior el Deducible Anual será aplicado.
- e) El Deducible Anual será reducido en un cincuenta por ciento (50%) al Asegurado que no haya presentado reclamos durante tres (3) Años Póliza consecutivos completos. El beneficio será efectivo a partir del 1ro. de julio del 2015.

Por tanto, el Asegurado solo deberá pagar el cincuenta por ciento (50%) del Deducible Anual correspondiente al presentar reclamos por primera vez, después de cumplido lo señalado en el párrafo anterior.

En caso de iniciar una reclamación en los últimos tres (3) meses del Año Póliza el beneficio será transferido y aplicado al siguiente Año Póliza.

Una vez se haya presentado un reclamo, el plazo para calificar por este beneficio se inicia nuevamente a partir de la próxima Fecha de Renovación de la Póliza. Este beneficio aplica a todas las opciones con Deducible Anual igual o menor a cinco mil dólares (USD\$5.000).

- f) Los gastos médicos cubiertos en que incurra el Asegurado y cuyo monto sea menor al valor del Deducible Anual, el asegurado deberá pagarlos y podrá presentar dichos gastos a la Aseguradora para que le sean acumulados a su Deducible Anual, o puede presentarlos al acumular el monto de gastos que sean igual o superior al Deducible Anual.

6.2 Pago por Penalización: En caso que el Asegurado o quien actúe en su nombre, no notifique de acuerdo con lo establecido en el Artículo 9 de la presente póliza, el Asegurado será responsable de hacer un pago por penalización definido en la Carátula de la Póliza.

ARTÍCULO 7: BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS

7.1 Servicios Exclusivos: El Asegurado tiene acceso a los servicios exclusivos definidos en la Carátula de la Póliza, proporcionados a través de la red nacional e internacional de Proveedores Médicos afiliados. En caso de que el servicio sea prestado fuera del domicilio, el Asegurado es responsable por los gastos de viaje y hospedaje en que incurra.

7.2 Gastos Cubiertos: A los efectos de esta póliza y sujeto a los términos estipulados en estas condiciones generales y a todas las demás disposiciones y condiciones, se entenderá por gastos cubiertos los gastos médicos Usuales, Acostumbrados y Razonables incurridos por un Asegurado después de su Fecha de Inicio de Cobertura y durante la vigencia de la póliza. Dichos gastos incluyen tratamientos, servicios o suministros médicos, incurridos como resultado de, o en relación con el tratamiento de las Enfermedades o condiciones médicas cubiertas y que sean Medicamente Necesarias.

Los gastos cubiertos incluyen pero no están limitados a:

- a) Servicios Médicos, quirúrgicos y hospitalarios.
- b) Servicios Ambulatorios como se definen en esta póliza.
- c) Exámenes de diagnóstico.
- d) Medicamentos por Receta Médica, equipos médicos e implantes quirúrgicos.

El Asegurado tiene derecho a los beneficios que se describen en este artículo, los cuales están sujetos a las limitaciones o exclusiones que se describen en otros artículos de esta póliza y en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza, incluyendo el beneficio máximo por Año Póliza.

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

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

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

7.6 Cama para Acompañante de un Menor de Edad Hospitalizado: Los cargos incluidos en la factura del Hospital por concepto de cama para acompañante de un Asegurado Dependiente hospitalizado Menor de dieciocho (18) años de edad se cubren hasta el máximo estipulado en el cuadro de beneficios de la carátula de la póliza.

7.7 Tratamientos Especiales: Se cubren los tratamientos relacionados con psiquiatría, autismo y enfermedad de Alzheimer hasta el máximo estipulado en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza. Para poder optar por esta cobertura la condición debe ocurrir durante la vigencia de La Póliza.

7.8 Maternidad:

- a) Este beneficio aplica para opciones con Deducible Anual igual o inferior al límite de Maternidad estipulado en la Carátula de la Póliza.
- b) El beneficio máximo de gastos cubiertos de maternidad es el indicado en el cuadro de beneficios estipulado en la Carátula de la Póliza; y aplica por embarazo, sin aplicación de Deducible Anual. Este beneficio incluye los gastos pre y post natales, atención de parto (natural o cesárea), y gastos del recién nacido.
- c) El beneficio de maternidad tiene un Período de Espera de diez (10) meses a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura de la Asegurada, haya sido o no exonerado el

Período de Carencia de treinta (30) días calendario que aplica para todos los beneficios bajo esta póliza. Ningún servicio relacionado a la maternidad antes del Período de Espera de diez (10) meses tendrá cobertura.

- d) El beneficio de maternidad no aplica para las hijas dependientes. Las hijas incluidas como Aseguradas Dependientes en una póliza anterior con la Aseguradora, que decidan continuar como Asegurada Titular o Cónyuge bajo otra póliza, tendrán un Período de Espera de diez (10) meses a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de la nueva póliza para tener derecho al beneficio de maternidad.
- e) Se incluye dentro del beneficio de maternidad: el parto normal, parto por cesárea y tratamiento pre y post-natal, y el costo por extracción y preservación durante un año de células madre extraídas del cordón umbilical del recién nacido durante el parto o cesárea cubierto por la póliza.

7.9 Complicaciones de Maternidad y Complicaciones del Nacimiento: Este beneficio aplica para opciones con Deducible Anual igual o inferior al límite de Maternidad estipulado en la Carátula de la Póliza, siempre y cuando se haya satisfecho el Período de Espera de diez (10) meses, sin importar que haya sido o no exonerado el Período de Carencia de treinta (30) días calendario, el beneficio máximo para las Complicaciones de Maternidad y las Complicaciones del Nacimiento, según se definen en los Artículos 11.16 y 11.17, es el estipulado en el cuadro de beneficios de la Carátula de la póliza. Dicho beneficio incluye cualquier beneficio de Complicaciones de Maternidad o Complicaciones del Nacimiento ya pagado bajo cualquier otra póliza y/o Anexo de la Aseguradora. No están cubiertas condiciones que sean resultado de un tratamiento de fertilidad, o de cualquier tipo de procedimiento de Fertilidad Asistida o de un parto no cubierto. El beneficio no aplica para las hijas dependientes. Las hijas incluidas como Aseguradas Dependientes en una póliza anterior con la Aseguradora, que decidan continuar como Asegurado Titular o Cónyuge bajo otra póliza, tendrán un Período de Espera de diez (10) meses a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de la nueva póliza para tener derecho a este beneficio.

7.10 Condiciones Congénitas y/o Hereditarias:

Antes de los 18 años de edad

El beneficio máximo de por vida para las Condiciones Congénitas y/o Hereditarias del hijo dependiente que se manifiesten antes de los dieciocho (18) años de edad, según se definen en los Artículos 11.18 y 11.19, es el estipulado en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza. El beneficio excluye condiciones que sean resultado de un tratamiento de fertilidad, o de cualquier tipo de procedimiento de Fertilidad Asistida. En caso de un parto múltiple cubierto por la póliza que no es producto de un tratamiento de fertilidad o de cualquier tipo de procedimiento de Fertilidad Asistida, cada hijo (a) dependiente recién nacido tendrá derecho al beneficio máximo estipulado en este artículo.

Después de los 18 años de edad

El beneficio máximo de por vida para Condiciones Congénitas y/o Hereditarias que se manifiesten a partir del décimo octavo (18) cumpleaños del hijo (a) dependiente o Asegurado elegible es el estipulado en la Carátula de la Póliza. Se excluyen condiciones que sean

resultado de un tratamiento de fertilidad, o de cualquier tipo de procedimiento de Fertilidad Asistida.

7.11 Tratamiento Dental por Accidente: Se cubre el tratamiento necesario para la reconstrucción o el reemplazo de piezas dentales naturales que hayan sido dañadas o perdidas en un Accidente, siempre que tal tratamiento sea provisto dentro de los noventa (90) días calendario siguientes a dicho Accidente.

7.12 Cirugía reconstructiva: Se cubren las cirugías reconstructivas siempre y cuando:

- a) La cirugía esté relacionada con una Enfermedad que no es una Condición Pre-existente y que es cubierta por esta póliza;
- b) La cirugía esté relacionada con una Lesión producida por un Accidente ocurrido por primera vez estando el Asegurado cubierto; y
- c) Para cirugías de la nariz, que la cirugía sea Médicamente Necesaria para el tratamiento de deformidades de la nariz o del tabique nasal que hayan sido causadas por un trauma en un Accidente, o para el tratamiento de cáncer de la nariz. Para estas cirugías se deberá notificar previamente a la Aseguradora y obtener la autorización correspondiente de la Aseguradora de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 9 de esta póliza. La evidencia de trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiológicos (rayos-X, tomografías, resonancias magnéticas, etc.) y debe ser entregada a la Aseguradora.

7.13 Equipo Médico Durable o Dispositivos Especiales: Se cubren prótesis externas, dispositivos ortóticos, Equipos Médicos Durables (alquiler o compra), e implantes; hasta el monto máximo anual estipulado en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza. Para este beneficio se deberá notificar previamente a la Aseguradora y obtener la autorización correspondiente de la Aseguradora, de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 9 de esta póliza. La Aseguradora también deberá coordinar este beneficio. En el caso que el beneficio sea autorizado y posteriormente el Asegurado adquiera el Equipo Médico Durable o Dispositivo Especial, los gastos cubiertos serán reembolsados de acuerdo con los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables correspondientes.

7.14 Transporte de Emergencia: Se cubre el transporte de emergencia, por Ambulancia Aérea o Ambulancia Terrestre, al lugar más cercano de tratamiento apropiado, siempre y cuando:

- a) El transporte sea Médicamente Necesario, para trasladar al Asegurado al Hospital más cercano donde existe el tratamiento requerido;
- b) El transporte esté relacionado con una Enfermedad o Accidente cubierto que no puede ser tratado en el lugar donde se encuentra el paciente o donde se originó la Emergencia;
- c) El transporte por cualquier otro medio pueda resultar en la pérdida de la vida, de la integridad personal o de la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado;

- d) La ambulancia cuente con equipo e instrumentos médicos especiales a bordo, una tripulación especializada en transportes médicos y un operador que es una compañía legalmente licenciada y autorizada como operador de ambulancias; y
- e) El uso del transporte por Ambulancia Aérea sea previamente notificado a la Aseguradora y sea autorizado y coordinado por ésta, de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 9 de esta póliza.
- f) El Asegurado exonere de responsabilidad a la Aseguradora y a cualquier compañía afiliada con la misma, por cualquier hecho humano o mecánico acaecido durante el traslado del Asegurado Principal o del Asegurado Dependiente y/o sus acompañantes autorizados, si los hubieren. Esta exoneración se extiende, a demoras, o restricciones en los vuelos originadas por problemas mecánicos, disposiciones de autoridades gubernamentales, decisiones de la tripulación de la nave aérea o a condiciones climáticas o atmosféricas; en el caso de ambulancia terrestre, a hechos de tránsito provenientes de caso fortuito o fuerza mayor.

La cobertura máxima para el beneficio de Ambulancia Aérea es el estipulado en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza, por Asegurado, por Año Póliza. El beneficio de Ambulancia Terrestre es sin límite.

7.15 Enfermedad o Lesión en Aeronave Privada: Se cubre cualquier Enfermedad o Lesión sufrida como pasajero, piloto o miembro de la tripulación en una Aeronave Privada de acuerdo con las condiciones de esta póliza.

7.16 Terapia Física Ambulatoria, Rehabilitación Física Ambulatoria, Cuidado Médico a Domicilio por Enfermera Privada: Se cubre hasta el máximo estipulado en la carátula de la póliza, siempre y cuando el tratamiento haya sido prescrito y certificado por el Médico tratante, sea Medicamente Necesario para el tratamiento adecuado de la Enfermedad o Lesión, y sea prescrito en lugar de la hospitalización.

a). Terapia Física Ambulatoria y Rehabilitación Física Ambulatoria: Se debe notificar y obtener pre-autorización por la Aseguradora para cualquier tratamiento que exceda los 30 días. Este servicio incluye las terapias de lenguaje.

b). Cuidado médico en el hogar (incluyendo tratamientos, servicios médicos y de enfermería): Debe ser notificado y pre-autorizado por la Aseguradora.

7.17 Medicamentos por Prescripción Médica: Se cubre hasta el máximo estipulado en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza, por Asegurado por Año Póliza. Se cubren solamente los medicamentos que:

- a) Requieran receta médica para ser expedidos y no sean de venta libre;
- b) Sean dispensados por un Médico o farmacéutico autorizado; y
- c) Estén aprobados por la FDA para el tratamiento de la condición del Asegurado y según las regulaciones específicas que se apliquen en el país donde se recibe el tratamiento.

En todos los casos la reclamación deberá estar acompañada de la receta médica.

7.18 Repatriación de Restos Mortales: En el caso que el Asegurado fallezca fuera de su País de Residencia, se cubre el costo de la repatriación de los restos mortales al País de Residencia del fallecido hasta el límite autorizado en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza. Este beneficio se ofrece siempre y cuando el fallecimiento sea consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto por la póliza. El beneficio se limita a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar el cuerpo del fallecido y transportarlo a su País de Residencia. Para este beneficio se deberá notificar previamente a la Aseguradora y obtener la autorización correspondiente de la Aseguradora de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 9 de la presente póliza. Este beneficio es secundario a cualquier otro beneficio de repatriación de restos mortales que el Asegurado tuviera independiente al de esta póliza.

En casos especiales autorizados por la Aseguradora, el cuerpo del Asegurado podrá ser trasladado al país que solicite la familia. Las condiciones para la cobertura de dicho traslado son las descritas en el párrafo anterior.

7.19 Beneficio por Fallecimiento del Asegurado Titular: En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, sus Asegurados Dependientes inscritos en esta póliza podrán mantener la Póliza y los Anexos en vigor sin tener que pagar las primas correspondientes por un periodo de dos (2) años a partir del día posterior a la Fecha de Vencimiento de Vigencia de la póliza, siempre y cuando la causa de la muerte del Asegurado Titular se deba a una Enfermedad o Accidente cubierto bajo esta póliza.

7.20 Cuidados Paliativos/Hospicio en Caso de Enfermedad Terminal: Se cubren los servicios relacionados con los Cuidados Paliativos/Hospicio, siempre y cuando el Médico tratante certifique que el Asegurado ha sido diagnosticado con una Enfermedad terminal con menos de seis (6) meses de vida y presente a la Aseguradora un plan de tratamiento para los Cuidados Paliativos.

Para este beneficio se deberá notificar previamente a la Aseguradora y obtener la autorización correspondiente de la Aseguradora de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 9 de esta póliza.

Los servicios cubiertos por este beneficio incluyen pero no se limitan a: consultas médicas, los servicios de Enfermeros, suministros médicos, Medicamentos por Prescripción Médica para el control de síntomas y el dolor, cuidado médico a domicilio y terapia física y ocupacional, siempre y cuando formen parte del plan de tratamiento autorizado por la Aseguradora.

Si es Medicamento Necesario que el Asegurado esté internado en una residencia para enfermos terminales, la residencia debe especializarse en los Cuidados Paliativos.

El beneficio máximo por Asegurado, de por vida, es el estipulado en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza.

7.21 Trasplante de Órganos y Tejidos: Este beneficio cubre los tratamientos, procedimientos, servicios o suministros Medicamento Necesarios, proporcionados por o como resultado de un Trasplante de órganos o tejido cubierto bajo esta póliza. Los procedimientos e instalaciones donde se realizarán los Trasplantes deberán ser previamente notificados a la Aseguradora y se deberá obtener la autorización correspondiente de la Aseguradora de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 9 de esta póliza. La Aseguradora también deberá coordinar este beneficio y para tal fin deberá ser notificada tan pronto como se determine que el

Asegurado es un candidato para un Trasplante. No se cubren los servicios prestados por, o en relación con, un procedimiento de Trasplante que no haya sido previamente notificado a la Aseguradora y autorizado y coordinado por la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de someter la documentación médica correspondiente al Trasplante a uno o más Médicos especialistas en Trasplantes para determinar la Necesidad Médica y pertinencia del Trasplante. El beneficio máximo por Trasplantes es hasta el límite estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza por Asegurado, por órgano o tejido. Adicionalmente, se cubren los gastos de un Donante Vivo hasta el límite estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

Este beneficio incluye:

- a) El cuidado médico previo al procedimiento de Trasplante, directamente relacionado con el Trasplante, el cual incluye la evaluación pre-Trasplante para determinar si el Asegurado es candidato para el Trasplante, la evaluación del Asegurado para el procedimiento de Trasplante, y la preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de Trasplante;
- b) Todos los estudios pre-operatorios incluyendo servicios de laboratorio y rayos-x, tomografía computarizada, resonancia magnética, ultrasonido, biopsias, Medicamentos por Receta Médica y otros suministros;
- c) El costo de búsqueda, obtención y transporte del órgano y gastos del donante;
- d) El procedimiento de Trasplante;
- e) Todos los cuidados posteriores al Trasplante, directamente relacionados con el Trasplante, incluyendo, pero no limitado a cualquier tratamiento posterior y Medicamento Necesario que resulte del Trasplante y cualquier complicación que surja después del procedimiento, sea directa o indirectamente consecuencia del Trasplante; y
- f) Cualquier Medicamento por Receta Médica o medida terapéutica destinada a asegurar la viabilidad y permanencia del órgano trasplantado.

No se cubre algún tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro si se diera alguna de las circunstancias que se enumeran a continuación:

- i. Que no sea Medicamento Necesario;
- ii. Considerado electivo, Experimental o Investigativo;
- iii. Brindado cuando el Asegurado contaba con procedimientos o tratamientos alternativos, con igual eficacia, para tratar la condición o la Enfermedad que fundamentalmente hizo necesario el Trasplante;
- iv. Provisto por o como resultado de un Trasplante en que el receptor recibe un equipo o artefacto mecánico o artificial destinado a reemplazar órganos humanos, o en el que el donante es un animal; y
- v. Relacionado con un procedimiento de segundo Trasplante posterior a un Trasplante fallido inicialmente realizado antes de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado o con un Trasplante no autorizado previamente por la Aseguradora.

7.22 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): Se cubre siempre y cuando los anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (seropositivos) o el Virus del Sida no hayan sido detectados antes de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado. Para la cobertura de los gastos relacionados a este beneficio tiene Periodo de Espera de veinticuatro (24) meses a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura de la Póliza y están sujetos a la aplicación de un Deducible Anual adicional, es decir, que este beneficio aplica doble Deducible Anual, descrito en el cuadro de beneficios. Para este beneficio se deberá notificar a la Aseguradora y obtener la autorización correspondiente de la Aseguradora, de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 9 de esta póliza. El beneficio máximo por VIH/SIDA es hasta el límite estipulado en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza por Asegurado, de por vida.

No se cubren tratamientos, procedimientos, servicios, cirugías o suministros:

- a) Cuando el VIH/SIDA sea adquirido al utilizar cualquier tipo de droga intravenosa ilícita; y/o
- b) Cuando el Asegurado utilice drogas, medicamentos o tratamientos Experimentales.

7.23 Cirugía de reducción de riesgo de cáncer o cirugía profiláctica: La cirugía se cubrirá hasta el máximo estipulado en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza, después del Deducible, y aplica por Asegurado, de por vida, si se cumplen las siguientes condiciones:

- 1) El Asegurado tiene una conocida predisposición al cáncer (BRCA1 o BRCA2 u otra fuerte predisposición genética de susceptibilidad de cáncer) mutación deletérea confirmada por pruebas genéticas, realizadas en una fecha posterior al término del Período de Espera de este beneficio. Las pruebas genéticas o procedimientos similares no están cubiertos por esta Póliza.
- 2) Se confirma por una Interconsulta® que la cirugía es Medicamente Necesaria.
- 3) Se ha cumplido un Período de Espera de un (1) año a contar desde la Fecha Efectiva de la Póliza.

Todos los servicios deben ser previamente autorizados y serán coordinados por la Aseguradora dentro de una red de proveedores preferidos designada por la Aseguradora.

El monto máximo de este beneficio incluye todos los procedimientos y complicaciones relacionadas con la cirugía profiláctica autorizada.

En caso que el Asegurado solicite un cambio a un plan donde este beneficio sea mayor, el beneficio menor ofrecido en el plan anterior prevalecerá durante un (1) año.

7.24 Cirugías Bariátrica, de By-pass Gástrico y cualquier tipo de procedimiento quirúrgico destinado a la pérdida de peso y sus complicaciones o tratamientos La cobertura para estos tratamientos es el estipulado en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza, y aplica por Asegurado de por vida, dentro de la red de proveedores preferidos, específicamente designada por la Aseguradora para este beneficio.

Para optar por esta cobertura el Asegurado debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Que el procedimiento sea Medicamente Necesario, como se define en esta póliza y haya sido confirmado como la mejor alternativa por una InterConsulta®;

- b) Ha cumplido el Período de Espera de veinticuatro (24) meses a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura; o 24 meses a partir de Julio 2015 en caso de pólizas existentes.
- c) Ha notificado a la Aseguradora tan pronto conozca es candidato para el tratamiento, de manera que ésta autorice y coordine todo el proceso con un proveedor de la red elegida para este beneficio.

En caso que el Asegurado solicite un cambio a un plan donde este beneficio sea mayor, el beneficio menor ofrecido en el plan anterior prevalecerá durante dos (2) años a partir de la fecha de aprobación del cambio de plan.

7.25 Cobertura Temporal por Emergencia: Desde el momento en que la Aseguradora recibe la Solicitud de Seguro y la prima total de la póliza, hasta la Fecha de Inicio de Cobertura o sesenta (60) días calendario a partir de la fecha en que la Aseguradora recibe dicha Solicitud de Seguro, lo que suceda primero; la Aseguradora acuerda cubrir a todos los propuestos Asegurados hasta un beneficio máximo estipulado en el cuadro de beneficios de la Carátula de la presente póliza. Aplica por póliza, por gastos médicos derivados de Lesiones corporales sufridas en un Accidente ocurrido mientras esta Cobertura Temporal por Emergencia esté en vigor.

Si el pago de la prima no ha sido realizado dentro del período de sesenta (60) días calendario posteriores a la recepción de la Solicitud de Seguro, no existirá Cobertura Temporal por Emergencia tal y como se describe en el párrafo anterior; por el contrario, la cobertura comenzará el día 1 o el 15 del mes (lo que ocurra primero) siguientes a la fecha en que se haya recibido el pago de la prima.

Esta cobertura temporal para Accidentes está sujeta por los mismos términos, provisiones y exclusiones de la póliza que hubiesen sido aplicados si la póliza bajo la cual se solicitó cobertura hubiese estado en vigor en la fecha del Accidente del Asegurado. Este beneficio está sujeto al Deducible Anual elegido por el Asegurado y no aplica si la Solicitud de Seguro es declinada por cualquier razón. Las Lesiones sufridas en un Accidente ocurrido mientras la Solicitud de Seguro esté siendo evaluada no serán motivo para declinarla.

ARTÍCULO 8: EXCLUSIONES

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

8.1 Cualquier tratamiento, Lesión, Enfermedad o cargos resultantes de cualquier servicio o suministro que:

- a) No sea Medicamento Necesario; o
- b) Sea para un Asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un Médico o profesional legalmente calificado; o
- c) No sea autorizado o prescrito por un Médico o profesional legalmente calificado; o
- d) Sea un gasto relacionado con terapia recreativa o educacional.

8.2 Cualquier atención o tratamiento por: Enfermedades o Lesiones causadas a sí mismo (autoinfligidas), estando el Asegurado en su juicio o no; suicidio, suicidio fallido; abuso de alcohol; uso o abuso de drogas estupefacientes; uso de sustancias ilícitas o el uso ilícito de

substancias controladas; estar en estado de embriaguez; estar bajo la influencia de drogas estupefacientes; riñas o actos delictivos en que el Asegurado participe por culpa grave de él mismo o de un miembro de su familia, salvo aquellas en que se demuestre que se ha tratado de legítima defensa, propia o de su familia.

8.3 Exámenes de rutina de la vista y oídos, dispositivos auditivos, implantes cocleares, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y/u otros procedimientos para corregir trastornos de refracción visual.

8.4 Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte del examen físico de rutina, tratamientos profilácticos incluyendo vacunas, exámenes y emisión de certificados médicos con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar. Las pruebas genéticas o procedimientos similares.

8.5 Cualquier tratamiento quiropráctico, homeopático, acupuntura o tratamiento de medicina alternativa similar que no haya sido reconocido para uso general por la FDA como tratamiento adecuado para condiciones médicas.

8.6 Cualquier Enfermedad o Lesión no causada por Accidente o Enfermedad de origen infeccioso que se manifieste durante los primeros treinta (30) días calendario de la Fecha de Inicio de Cobertura.

8.7 Cirugía electiva o cosmética o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea consecuencia de una Lesión, deformidad o Enfermedad cubierta por la póliza y ocurrida por primera vez estando el Asegurado cubierto por esta póliza. Cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no haya sido consecuencia de un Accidente o trauma; complicaciones, efectos secundarios o secuelas derivadas de un procedimiento cosmético y/o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento salvo lo estipulado en el Artículo 7.12 de esta póliza.

8.8 Cualquier gasto relacionado con Condiciones Pre-existentes como se definen en esta póliza incluyendo, cualquier complicación y tratamiento relacionado con las condiciones excluidas.

8.9 Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científicamente reconocido para el tratamiento indicado o que sea considerado Experimental o Investigativo y/o no aprobado para uso general por la FDA incluyendo cualquier servicio, tratamiento y/o gasto médico derivado así como sus complicaciones.

8.10 Cualquier tratamiento o gasto en una institución gubernamental (tales como hospitales del seguro social) o privada en la que el Asegurado tenga derecho a cuidados gratuitos, o servicios y tratamientos por los cuales no habría que pagar de no existir un seguro médico. Esto incluye los costos por procedimientos que se efectúen en instituciones que reciban fondos gubernamentales o privados relacionados con un proyecto de investigación para el procedimiento en cuestión.

8.11 Procedimientos, servicios y suplementos para el tratamiento de la apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica, y cualquier otro trastorno del sueño.

8.12 Cualquier gasto que exceda el costo Usual, Acostumbrado y Razonable, tal como viene definido en el Artículo 11.72 de esta póliza.

8.13 Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, tratamiento por infertilidad, inseminación artificial o implantación de embriones in-vitro, enfermedades de la madre y del recién nacido que sean resultado de un tratamiento de fertilidad o de cualquier tipo de procedimiento de Fertilidad Asistida, tratamiento o prótesis para mejorar o restablecer la función sexual, disfunción o inadecuación sexual, trastornos relacionados con el virus del papiloma humano (VPH) y/o Enfermedades transmisibles sexualmente, salvo lo estipulado en el Artículo 7.22.

8.14 Cualquier gasto, servicio, o tratamiento para la obesidad, control de peso, reducción o ganancia de peso y alteraciones del crecimiento de la talla corporal, incluyendo cualquier tipo de suplemento alimenticio, sus complicaciones, tratamientos y cualquier tipo de procedimiento quirúrgico destinado a la pérdida de peso, excepto lo previsto en el Artículo 7.24 de esta póliza.

8.15 Cualquier tratamiento no quirúrgico de los pies que no esté relacionado con infecciones, tumores malignos o trauma, incluyendo pero no limitado a callos, callosidades, hallux valgus (juanetes), dedo en martillo, Neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles u otros trastornos sintomáticos de los pies, incluyendo pero no limitado pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.

8.16 Cualquier tratamiento de estimulación del crecimiento óseo o cualquier tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento independientemente del motivo por el cual ha sido indicado.

8.17 “Cualquier gasto de la madre o del recién nacido relacionado con un parto no cubierto, incluyendo las Complicaciones de Maternidad y Complicaciones del Nacimiento incluyendo pero no limitado a cualquier servicio prueba, tratamiento, medicamentos y/o procedimientos de fecundación incluyendo el embarazo resultante de esos procedimientos; complicaciones del embarazo, cuidados del parto y posteriores al parto.”

8.18 Cualquier gasto relacionado con la maternidad de una hija dependiente, incluyendo más no limitado a los gastos pre y post natales, la atención del parto natural o cesárea, los gastos relacionados al recién nacido, las Complicaciones de Maternidad y las Complicaciones del Nacimiento, salvo lo estipulado en el Artículo 7.8 d).

8.19 Cualquier gasto de Complicaciones de Maternidad y Complicaciones del Nacimiento, salvo lo estipulado en el Artículo 7.9 de la presente póliza.

8.20 Cualquier interrupción del embarazo voluntariamente inducido, a menos que la vida de la madre esté en peligro.

8.21 Cualquier Condición Congénita y/o Hereditaria y sus consecuencias, salvo lo estipulado en el Artículo 7.10 de la presente póliza.

8.22 Cualquier tratamiento dental, o de ortodoncia vinculado o no a un problema mandibular y/o maxilar, salvo lo estipulado en el Artículo 7.11 de la presente póliza, incluyendo

tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula o trastornos de la articulación de la mandíbula; incluyendo pero no limitado a anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, trastornos cráneo mandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula conectando el hueso de la mandíbula con el cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.

8.23 Tratamiento de Lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentra prestando servicios como miembro de la policía o de una unidad militar regular o irregular o mientras participa en una guerra, motín, conmoción civil, huelga, terrorismo, alteración del orden público o cualquier actividad ilegal incluyendo el encarcelamiento resultante.

8.24 Cualquier admisión en un Hospital por más de veinticuatro (24) horas antes de una cirugía programada.

8.25 Cualquier tratamiento prestado por un familiar directo, incluido pero no limitado al cónyuge, padres, hermanos, hijos o por otra persona que regularmente reside en el hogar del Asegurado; o cualquier tratamiento prestado en una entidad o instalación que sea propiedad o que esté bajo la supervisión del Asegurado o familiar directo del mismo, excepto aquellos que hayan sido previamente autorizados por la Aseguradora:

8.26 Cualquier medicamento de venta libre, cuya adquisición no haya sido prescrita para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto por la presente póliza.

8.27 Cualquier suplemento dietético y/o alimenticio, supresores del apetito, vitaminas, medicamentos contra el envejecimiento, medicamentos o tratamientos para la regeneración del cabello.

8.28 Compra de equipo de riñón artificial personal para uso residencial y todos los gastos relacionados.

8.29 Cualquier gasto relacionado con la adquisición o colocación de corazón artificial, dispositivo mono o biventricular, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación y almacenamiento de tejido o célula por más de veinticuatro (24) horas de duración (excepto para exámenes de laboratorio).

8.30 Lesiones o Enfermedades causadas por o relacionadas con energía atómica, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la combustión de combustible nuclear o artefactos nucleares, terapia de rayos-X o radioterapia aplicada sin la disposición o supervisión médica correspondiente.

8.31 Cualquier gasto relacionado con el extravío, reparación o reemplazo del equipo médico dañado, a menos que haya expirado su vida útil.

8.32 Cualquier gasto relacionado con la duplicación de funciones de un equipo médico que tenga el mismo propósito o fin.

8.33 Tratamiento prestado por más de un asistente de cirugía, a menos que sea autorizado previamente por la Aseguradora.

8.34 Cualquier gasto relacionado con terapia recreativa o educacional.

8.35 Cualquier gasto relacionado con Cuidados de Custodia, tal como estos vienen definidos en la presente póliza.

8.36 Tratamientos, servicios, y suministros prestados por instituciones de enfermedades mentales, hogares geriátricos, instituciones de descanso, balnearios e hidroclínicas, sean estas o no lo sean, autorizadas oficialmente para prestar públicamente tales servicios.

8.37 Aquellos servicios médicos suministrados por tercero obligado a cubrir los beneficios del Asegurado por razón de la existencia de un contrato o por responsabilidad civil contractual.

8.38 Cualquier Lesión, Accidente o Enfermedad sufrida a consecuencia de la participación directa en cualquier Deporte Profesional, tal como estos vienen definidos en la presente póliza.

8.39 Cualquier reclamo o gasto incurrido por tratamiento, servicio o suministro hecho en: 1) países o 2) por o para el beneficio de personas y/o compañías sujetas a restricciones comerciales, sanciones políticas o económicas, y/o embargos impuestos por el gobierno de los Estados Unidos de América o por cualquiera de sus agencias o dependencias.

ARTÍCULO 9: AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE LOS BENEFICIOS

Algunos de los beneficios bajo esta póliza están sujetos a un requisito previo de notificación. La notificación le permite a la Aseguradora confirmar la elegibilidad del Asegurado y autorizar los beneficios como corresponde. El Asegurado siempre deberá notificar y obtener la autorización correspondiente de la Aseguradora sobre su intención o necesidad de hospitalizarse o someterse a una cirugía ambulatoria y/o Examen de Diagnóstico Mayor.

Adicionalmente, el Asegurado deberá notificar a la Aseguradora y obtener la autorización previa correspondiente para los siguientes beneficios:

1. Partos dentro de la red de maternidad afiliada a la Aseguradora (Artículo 7.8).
2. Cirugía reconstructiva y/o cosmética de la nariz (Artículo 7.12 c).
3. Equipo Médico Durable o dispositivos especiales (Artículo 7.13).
4. Transporte de Emergencia por Ambulancia Aérea (Artículo 7.14).
5. Terapia física ambulatoria y rehabilitación física ambulatoria cuando el tratamiento exceda 30 días durante la vigencia de la póliza, cuidado médico a domicilio por enfermera privada (Artículo 7.16).
6. Repatriación de restos mortales (Artículo 7.18).
7. Trasplantes de Órganos y Tejidos (Artículo 7.21).
8. VIH/SIDA (Artículo 7.22)
9. Cuidados Paliativos/Hospicio en Caso de Enfermedad Terminal (Artículo 7.20).
10. Cirugía de reducción de riesgo de cáncer o cirugía profiláctica (Artículo 7.23).
11. Cirugías Bariátrica, de By-pass Gástrico y cualquier tipo de procedimiento quirúrgico destinado a la pérdida de peso y sus complicaciones o tratamientos (Artículo 7.24).

Los siguientes beneficios necesariamente deberán ser coordinados por la Aseguradora:

1. Equipo Médico Durable o dispositivos especiales (Artículo 7.13).
2. Transporte de Emergencia por Ambulancia Aérea (Artículo 7.14).
3. Trasplantes de Órganos y Tejidos (Artículo 7.21).
4. Cirugía de reducción de riesgo de cáncer o cirugía profiláctica (Artículo 7.23).
5. Cirugías Bariátrica, de By-pass Gástrico y cualquier tipo de procedimiento quirúrgico destinado a la pérdida de peso y sus complicaciones o tratamientos (Artículo 7.24).

Plazos para la Notificación:

Para cumplir con el requisito de notificación el Asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora al teléfono que aparece al reverso de su tarjeta de identificación, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico relacionado con los servicios o beneficios que requieren notificación. En caso de tratamiento médico por Emergencia, el Asegurado, o alguien actuando en su nombre, deberá comunicarse con la Aseguradora dentro de las cuarenta y ocho (48) horas posteriores al comienzo de la Emergencia. Si no se cumple el requisito de notificación en los tiempos especificados en este artículo, salvo causa no imputable al Asegurado pero fehacientemente comprobada a la Aseguradora, el Asegurado será responsable por el Pago por Penalización establecido en la Carátula de la Póliza, después de satisfacer el Deducible Anual.

ARTÍCULO 10: DISPOSICIONES GENERALES

10.1 Condiciones Pre-Existentes: Las Condiciones Preexistentes declaradas en la Solicitud de Seguro tendrán cobertura al vencer el Período de Carencia, a menos que la Aseguradora imponga alguna limitación o sean excluidas mediante una Condición Particular en la Carátula de la Póliza o por esta póliza.

Las Condiciones Preexistentes no declaradas en la Solicitud de Seguro no estarán cubiertas en ningún momento y La Aseguradora se reserva el derecho de modificar, rescindir o cancelar la póliza cuando Condiciones Preexistentes no son declaradas en la Solicitud de Seguro, de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 3 de esta póliza.

10.2 Período de Carencia: Esta póliza contiene un Período de Carencia de treinta (30) días calendario, comenzando a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado, durante el cual solamente estarán cubiertas las Enfermedades o Lesiones causadas por un Accidente ocurrido durante este período o las Enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período. Cualquier Enfermedad o Lesión, no causada por un Accidente o una Enfermedad de origen infeccioso, que se presente durante este período quedará excluida.

10.3 Eliminación del Período de Carencia: El Período de Carencia podrá ser eliminado a discreción de la Aseguradora si:

- a) El Asegurado estaba previamente cubierto por una póliza de gastos médicos internacional, comparable con la póliza emitida por la Aseguradora, vigente durante un año continuo inmediatamente anterior a la Fecha de Inicio de Cobertura de la póliza actual;

- b) La Solicitud de Seguro es presentada a la Aseguradora dentro de los primeros treinta (30) días calendario siguientes a la Fecha de Vencimiento de Vigencia de la póliza anterior; y
- c) El seguro anterior es declarado en la Solicitud de Seguro y si la Aseguradora recibe a su satisfacción una copia de la póliza y del recibo del pago de la prima del año anterior de la aseguradora anterior.

Si el Período de Carencia es eliminado, los beneficios pagaderos por cualquier condición incurrida durante los primeros treinta (30) días calendario, estarán limitados de forma permanente al menor de los beneficios provistos por esta póliza o la anterior.

10.4 Declaración de Entrega de Información Médica al Agente de Registro: El Asegurado cubierto expresamente afirma que entiende, acepta y faculta al Agente de Registro (Agente) a acceder a toda su información médica y de salud (pasada, presente y futura pertinente) que se entregue a la Aseguradora, o cualquiera de sus afiliados o subcontratistas. El Asegurado ha solicitado previamente que la Aseguradora ponga esta información a disposición de su Agente con el fin de facilitar la transferencia de información, en su nombre y beneficio, entre el Asegurado y la Aseguradora, durante el procesamiento de reclamaciones y/o la prestación de servicios médicos a los que se someta el Asegurado cubierto bajo esta póliza. El Asegurado ha solicitado a la Aseguradora este acceso para su Agente, y no es una obligación de la Aseguradora solicitar su consentimiento. Por el contrario, el Asegurado, con conocimiento de causa y voluntariamente, ha solicitado a la Aseguradora que le dé al Agente acceso a toda su información médica. El Asegurado está de acuerdo en que la Aseguradora puede proporcionar y/o entregar dicha información a su Agente de cualquier forma que la Aseguradora elija, a su entera discreción.

10.5 Limitación de Autoridad: Ningún Intermediario de Seguro tiene autoridad para cambiar la presente póliza o eliminar alguna de sus condiciones. Después de ser emitida, ningún cambio en la póliza será válido a menos que sea solicitado por el Asegurado y aprobado por escrito por un Ejecutivo autorizado por la Aseguradora.

10.6 Cambio del País de Residencia: El Asegurado debe notificar por escrito a la Aseguradora, cuando él o alguno de sus Dependientes Asegurados tenga la intención de permanecer fuera de su País de Residencia por más de ciento ochenta (180) días calendario. Dicha notificación deberá hacerla dentro de los primeros treinta (30) días calendario después del cambio; en cuyo caso quedará a criterio de la Aseguradora, y previo aviso al Asegurado, proceder a incrementar la prima y/o incrementar el Deducible Anual, en ambos casos sin responsabilidad de la Aseguradora.

10.7 Coordinación de Beneficios con otras Coberturas de Seguro: De existir otro seguro de salud, incluyendo programas patrocinados por el gobierno, este hecho deberá ser declarado en el momento de adquirir este seguro o cuando se complete y presente la Solicitud de Seguro original de la Aseguradora. En caso de reclamación, se deberá presentar verificación del otro seguro de salud y copia de las facturas desglosadas conjuntamente con la liquidación de los gastos pagados por la otra aseguradora. La Aseguradora procederá a establecer una coordinación de beneficios donde los montos pagados por la otra aseguradora serán aplicados al Deducible Anual de acuerdo con los beneficios y limitaciones de esta póliza. El total de los

pagos recibidos por el Asegurado Titular de parte de una o más aseguradoras o instituciones oficiales, no podrá nunca exceder el total de los gastos incurridos.

Orden de Precedencia en Pago de Beneficios

Fuera del país de residencia del Asegurado, La Aseguradora funcionará como la aseguradora principal o primaria, y retiene el derecho de coordinar beneficios y/o recaudar el pago de cualquier otra aseguradora o agencia gubernamental.

Si un Asegurado esté cubierto por un plan de grupo de un empleador, el pagador primario es el plan de seguro médico que cubre El Asegurado como empleado, suscriptor o miembro. El pagador secundario es el plan de seguro médico que cubra al paciente como Asegurado principal o Dependiente.

10.8 Contrato: Los documentos mencionados a continuación constituyen y contienen el contrato completo celebrado entre las partes y dejan sin efecto cualquier correspondencia, conversaciones y negociaciones anteriores en relación con su objeto:

- a) La Solicitud de Seguro;
- b) La Carátula de la Póliza;
- c) Las condiciones generales;
- d) Los anexos de las Condiciones Particulares; y
- e) Los anexos de las Coberturas Adicionales.

En caso de discrepancia, lo establecido en las Condiciones Particulares y Coberturas Adicionales prevalecerá sobre las disposiciones de las condiciones generales de la póliza.

10.9 Pago de Reclamaciones: Tan pronto la Aseguradora disponga de la información completa relacionada con una reclamación, efectuará los pagos de los gastos cubiertos de acuerdo con las condiciones generales y particulares y Coberturas Adicionales de esta póliza, directamente a Médicos y Hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, la Aseguradora reembolsará al Asegurado de acuerdo con los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables que se aplican.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, la Aseguradora pagará cualquier beneficio pendiente de pago a los Beneficiarios indicados en la Solicitud de Seguro y/o al Proveedor de servicios médicos según el caso. Por otra parte, si posterior al pago de una reclamación la Aseguradora llegara a comprobar que la misma era improcedente de acuerdo con las condiciones generales y particulares y Coberturas Adicionales de esta póliza, la Aseguradora podrá solicitar al Beneficiario o a la persona que solicitó tal reclamación, el reintegro total o parcial de dicho pago, ya sea mediante solicitud por escrito o mediante demanda civil.

10.10 Prueba de Reclamación: Las reclamaciones o facturas relacionadas con gastos cubiertos bajo esta póliza deberán ser enviadas a la Aseguradora a la dirección indicada en el Formulario de Reclamación. La Aseguradora deberá recibir toda la información dentro de los primeros ciento ochenta (180) días calendario posteriores a la fecha del tratamiento o servicio. Si la información no se recibe dentro del tiempo establecido, la Aseguradora se reserva el derecho de aplicar el Pago por Penalización indicado en el cuadro de beneficios de la presente póliza. Las facturas deben ser originales y deben detallar cada uno de los servicios prestados de acuerdo con lo estipulado en las guías de presentación de reclamos proporcionados por la

Aseguradora. De igual manera se deberá adjuntar el formulario de reclamación de la Aseguradora correctamente completado y firmado. También será necesario el informe médico siguiendo las instrucciones que aparecen descritas en el Artículo 10.14.

10.11 Devolución de Primas: Si el Asegurado Titular o la Aseguradora rescinden la póliza después de haber sido emitida, reinstalada o renovada, la Aseguradora le devolverá al Asegurado Titular la porción no devengada de la prima menos los costos administrativos y los costos de emisión de la póliza, hasta un máximo de sesenta y cinco por ciento (65%) de la prima. Los costos de emisión de la póliza y treinta y cinco por ciento (35%) de la prima neta no serán devueltos bajo ninguna circunstancia por la Aseguradora. La porción no utilizada de la prima está basada en el número de días correspondientes a la modalidad de los pagos menos el número de días en que la póliza estuvo en vigor. En caso de fallecimiento del Asegurado Titular la prima no devengada se reembolsara a los Beneficiarios indicados en la Solicitud de Seguro, previa presentación de los documentos requeridos por la Aseguradora.

10.12 Moneda: Todos los valores mencionados en esta póliza son en dólares de los Estados Unidos de América. El tipo de cambio utilizado para pagos de facturas emitidas en cualquier otra moneda que no sea dólares estadounidenses (USD), estarán calculados de acuerdo con el tipo de cambio publicado diariamente por el Banco de Guatemala.

10.13 Exámenes Médicos: La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar un examen médico con profesionales de la medicina designados por ella, y reembolsará hasta un máximo de cincuenta dólares (USD\$50.00), a quienes aspiren a ser Asegurados bajo esta póliza, a partir de los sesenta y cuatro (64) años de edad. Asimismo, la Aseguradora se reserva el derecho de solicitar un examen médico o una InterConsulta® o una Segunda Opinión Médica, a su propio costo, a cualquier Asegurado cuya Enfermedad o Lesión es base de una reclamación, en el momento y con la frecuencia considerada necesaria mientras dicha reclamación se encuentre pendiente. El Asegurado deberá suministrar todas las informaciones requeridas por la Aseguradora sobre su estado de salud, antes, durante y después de la emisión de la póliza y autorizará a los profesionales o instituciones donde hubiera sido o sea tratado, a fin de que suministren por su cuenta toda la información necesaria para integrar una cabal y completa historia clínica en cada caso.

10.14 Informes Médicos: La Aseguradora solicitará todos los expedientes y/o reportes médicos necesarios directamente al Proveedor en los casos que se efectúe el pago directamente al mismo, o al Asegurado en el caso de pagos por reembolso. El Asegurado será en última instancia el máximo responsable por la obtención de dichos expedientes y/o reportes médicos. Para la obtención de dichos expedientes y/o reportes la Aseguradora necesitará la debida autorización firmada de todos los formularios que requiera el Proveedor de servicios médicos. La falta de autorización, o la imposibilidad de obtener los expedientes y/o reportes médicos necesarios, podría ser motivo para que la reclamación sea aplazada y/o denegada al proveedor siendo el Asegurado responsable de presentar el reclamo para el trámite de reembolso ante la Aseguradora. En el caso de reembolso al Asegurado, si la información requerida no es recibida por la Aseguradora, ésta se reserva el derecho de devolver el expediente al Asegurado para que posteriormente lo presente con la documentación completa.

10.15 Cancelación o No Renovación de la Póliza: La póliza será cancelada automáticamente cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) La falta de pago de la prima de acuerdo con lo estipulado en los Artículos 10.19 y 10.20 de la presente póliza.
- b) La recepción de aviso por escrito del Asegurado Titular a la Aseguradora comunicando su decisión de no continuar con el Seguro.
- c) La recepción de aviso por escrito de la Aseguradora al Asegurado Titular indicando la rescisión de la póliza de acuerdo con lo estipulado en los artículos 3, 10.1 y 10.16 de la presente póliza.

La cancelación anticipada de la póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado a tener la cobertura por gastos cubiertos ocurridos con anterioridad a la fecha de cancelación salvo en caso de Declaraciones Falsas e Inexactas. No se cubrirán gastos que ocurran después de la fecha de cancelación de la póliza, independientemente de cuándo se manifestó por primera vez la Enfermedad o produjo el Accidente o cuánto tratamiento adicional pueda ser requerido. Ningún Asegurado será penalizado con la cancelación de la póliza con base en su historial de reclamaciones. En caso de la cancelación o no renovación de la póliza, los Asegurados Dependientes podrán continuar el seguro bajo otra póliza sin necesidad de una evaluación de riesgo siempre y cuando cumplan con lo estipulado en el Artículo 5.1 de la presente póliza (Requisitos Básicos de Elegibilidad). Dichos Asegurados Dependientes estarán sujetos a las mismas condiciones generales y particulares de la póliza anterior y deberán entregar a la Aseguradora la Solicitud de Seguro dentro de treinta (30) días calendario a partir de la cancelación o no renovación de la presente póliza.

En caso de que sea la Aseguradora la que cancele o rescinda la póliza, esta se reserva el derecho de aceptar en una nueva póliza los Asegurados Dependientes de la póliza cancelada.

10.16 Declaraciones Falsas e Inexactas: Si mediante falsedad o engaño un Asegurado trata de o logra obtener beneficios para sí mismo, o para otra persona, que de otra forma no le hubiesen correspondido o no hubiesen sido pagaderos si no hubiere mediado la falsedad o el engaño, su seguro será automáticamente cancelado por la Aseguradora. En este sentido, se tendrá como resultado que el Asegurado Titular y los Asegurados Dependientes pierdan automáticamente todos sus derechos de cobertura en virtud de esta póliza. Además, el Asegurado Titular será responsable de forma inmediata frente a la Aseguradora por todos los pagos realizados por ésta al Asegurado Titular o directamente al Proveedor de servicios médicos en virtud de esta póliza.

10.17 Emisión de la Póliza: Esta póliza no puede ser emitida o entregada en los Estados Unidos de América.

10.18 Modalidad de Pago de la Prima: Todas las pólizas son consideradas contratos anuales. Las primas pueden ser pagadas en forma anual, semestral, trimestral o mensual, según sea autorizado por la Aseguradora.

10.19 Período de Gracia: La Aseguradora concederá un plazo de treinta (30) días calendario contados a partir de la Fecha de Vencimiento de Pago de la Prima para efectuar el pago de la prima anual. Si la prima no se paga dentro del Período de Gracia, la Aseguradora dará por cancelada la póliza a las 24:00:00 horas del último día por el que se ha pagado la prima. Los gastos cubiertos en que incurra cualquier Asegurado durante el Período de Gracia serán pagados siempre que se pague la prima antes del vencimiento de dicho período.

10.20 Pago de la Prima: El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del Asegurado Titular sin necesidad de requerimiento previo por parte de la Aseguradora. La prima es pagadera anualmente en la Fecha de Renovación de la póliza o en otra autorizada por la Aseguradora. El pago de la prima conserva la póliza en vigor por el tiempo al cual corresponda dicho pago.

La prima pagada en exceso únicamente dará lugar a la devolución del exceso, sin intereses.

Cuando se trate de la prima de renovación, la falta de pago en la Fecha de Vencimiento de Vigencia se entenderá como la voluntad expresa del Asegurado Titular a no renovar la póliza.

10.21 Cambio de Tarifas: La Aseguradora se reserva el derecho de cambiar en forma general y no en forma individual las tarifas de esta póliza en la fecha de cada renovación. Ningún Asegurado será penalizado con el incremento de la prima basado en su historial de reclamaciones.

10.22 Rehabilitación de la póliza: Una vez cancelada la póliza por falta de pago de la prima y vencido el Período de Gracia, la póliza podrá ser rehabilitada según lo estipulado a continuación:

Si el Asegurado Titular paga la prima correspondiente dentro de treinta (30) días calendario contados a partir del día de vencimiento del Período de Gracia, la póliza será rehabilitada sin la necesidad de que se complete un nuevo cuestionario médico. Para aquellas pólizas morosas después de esos treinta (30) días calendario, quedará a decisión unilateral de la Aseguradora, recibir el pago de la prima caída en mora y, en consecuencia, la rehabilitación de la póliza.

10.23 Programa de Cuidado Dirigido: Este es un programa para coordinar, supervisar y manejar casos médicos complejos y de larga duración. Por medio de este programa la Aseguradora trabaja junto con los Proveedores médicos para asegurarse que el Asegurado reciba servicios Médicamente Necesarios en el contexto clínico apropiado, de acuerdo con su estado médico y considerando los beneficios de la póliza. La Aseguradora determinará cuándo activar el "Programa de Cuidado Dirigido" y en caso necesario solicitará la cooperación del Asegurado.

10.24 Acción de Revisión de Reclamos: En caso de cualquier desacuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora sobre la procedencia de una reclamación, el Asegurado podrá solicitar una revisión de dicha reclamación por la Aseguradora. Para comenzar esta revisión, el Asegurado deberá enviar una petición por escrito que deberá incluir copias de toda la información adicional relevante a la ya presentada en su oportunidad. Al presentarse la petición, la Aseguradora determinará si es necesaria alguna información y/o documentación adicional y actuará para obtenerla oportunamente. La Aseguradora notificará al Asegurado de su decisión y del razonamiento en que se basó esa decisión dentro de los siguientes treinta (30) días calendario.

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

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

Señalan, el Asegurado y la Aseguradora, sus respectivas direcciones descritas en la Carátula de la Póliza, como lugar para recibir notificaciones, citaciones y comunicaciones.

10.26 Subrogación e Indemnización: La Aseguradora tiene derecho a la subrogación o reembolso por parte del Asegurado a quien ha pagado, o en cuyo nombre ha pagado, cualquier reclamación, si el Asegurado ha recobrado todo o parte de tal pago de parte de una tercera entidad. Además, la Aseguradora tiene el derecho de proceder a su propia costa en nombre del Asegurado contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta póliza, o que sean responsables por haber causado una Lesión cubierta bajo esta póliza. Esto aplica proporcionalmente incluso si el Asegurado no recupera el total de su reclamación en contra de dichas personas y también si el pago que el Asegurado recibe se describe como pago por otros gastos que no sean por cuidado médico. Los gastos incurridos por concepto de honorarios legales u otros no podrán descontarse para reducir la cantidad que debe reembolsar a la Aseguradora.

10.27 Actitud del Asegurado: El Asegurado debe colaborar con la Aseguradora entregándole la información necesaria, completando y firmando todos los documentos necesarios para que la Aseguradora pueda recuperar lo que ha pagado. Esto también significa que el Asegurado debe avisar a la Aseguradora antes de conciliar y/o arribar a un arreglo por cualquier reclamación relacionada con Lesiones producidas por acción u omisión de otra persona para la cual la Aseguradora haya pagado beneficios. El Asegurado no debe hacer acción alguna que pueda afectar el derecho de la Aseguradora a ser plenamente reembolsada.

10.28 Notificaciones: Para la notificación de cualquier servicio médico, el Asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 9 de esta póliza.

10.29 Cambio de Deducible Anual o Cambio de Plan: El Asegurado puede solicitar un cambio de Deducible Anual o cambio de plan durante la vigencia de la Póliza mismo que será aplicable a partir de la Fecha de Renovación del siguiente Año Póliza. La Aseguradora se reserva el derecho de aceptar cualquier petición de cambio de Deducible Anual o de plan, o sujetarlo a ciertas condiciones en su renovación. Si este cambio fuera para un Deducible Anual menor al que se tiene actualmente, su aprobación estará sujeta al proceso de evaluación de riesgo y requerirá ser aprobada. Durante los primeros noventa (90) días calendario desde la fecha efectiva del cambio, los beneficios pagaderos por cualquier Enfermedad o Lesión no causada por un Accidente o Enfermedad de origen infeccioso, estarán limitados al mayor de los Deducibles Anuales. En el caso de que el Asegurado se encuentre bajo tratamiento médico o se le haya diagnosticado una condición médica no podrá cambiarse el Deducible Anual o el plan.

10.30 Cambio de Plan de Seguro: Cualquier cambio a otros planes de seguros médicos ofrecidos por la Aseguradora podría estar sujeto a evaluación médica, a criterio de la misma. En caso de Cambio de Plan habrá un Período de Espera de diez (10) meses para la

maternidad; durante este período cualquier gasto relacionado a la misma será cubierta bajo el plan de menor beneficio. Así mismo deberá cumplirse el Periodo de Espera de la cobertura de Trasplante de Órganos y Tejidos, y de cualquier otra sujeto al Periodo de Espera.

ARTÍCULO 11: DEFINICIONES

Para los efectos de la presente póliza, se entenderá por:

11.1 Accidente: A un suceso imprevisto, inesperado, violento y no intencional debido única y exclusivamente a una causa externa, que resulta, de forma directa e independiente de otras causas, en Lesiones corporales para el Asegurado.

11.2 Accidente Grave: Cualquier evento repentino o imprevisto producido por una causa externa sin intención del Asegurado, del cual resulta una Lesión demostrable con necesidad de Hospitalización inmediata de más de veinticuatro (24) horas.

11.3 Aeronave Privada: A cualquier aeronave en un vuelo que no es regularmente programado o fletado por una aerolínea comercial.

11.4 Agente de Registro: Se refiere al Intermediario de Seguros definido en el Artículo 80 de la Ley de la Actividad Aseguradora, Decreto Número 25-2010 del Congreso de la República de Guatemala.

11.5 Ambulancia Aérea: Al transporte aéreo con equipamiento y personal médico entrenado para el traslado de una persona herida o enferma desde el Hospital donde se encuentra hasta el Hospital que ha sido coordinado por la Aseguradora.

11.6 Ambulancia Terrestre: Al transporte terrestre con equipamiento y personal médico entrenado para el traslado de personas heridas o enfermas.

11.7 Año Póliza: Al período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza y termina en la Fecha de Vencimiento de Vigencia de la póliza.

11.8 Asegurado: Al Asegurado Titular y Asegurado Dependiente.

11.9 Asegurado Dependiente: A la persona natural menor de setenta y cuatro (74) años de edad al momento de estar inscrita en la póliza como el/la Cónyuge o Conviviente; o hijo dependiente del Asegurado Titular que cumplen los requisitos establecidos en el Artículo 5.2.

11.10 Asegurado Titular: A la Persona natural no menor de dieciocho (18) años de edad y menor de setenta y cuatro (74) años de edad al momento de la inscripción en el Seguro, que se obliga a pagar la prima correspondiente y tiene derecho a recibir el pago de los gastos cubiertos a que hubiere lugar por esta póliza, y quien ejerce los derechos de los Asegurados ante la Aseguradora.

11.11 Aseguradora: A Seguros Agromercantil, Sociedad Anónima.

11.12 Beneficiario: A la persona designada por el Asegurado Titular en la Solicitud de Seguro o en su testamento legal, para que en caso de su fallecimiento tramite y reciba el pago de cualquier reembolso de gastos médicos cubiertos, que estuvieran pendientes de pagar.

11.13 Carátula de la Póliza: Al documento de la póliza que especifica la Fecha de Inicio de Vigencia, la Fecha de Vencimiento de Vigencia, el cuadro de beneficios, cualquier limitación del seguro, la cobertura, enumera al Asegurado Titular y Asegurados Dependientes, y forma parte del contrato de seguro.

11.14 Cesárea Electiva y/o Planeada: A la cesárea programada, decidida desde la consulta externa o al momento del parto a solicitud de la asegurada, sin que exista sufrimiento fetal o complicaciones maternas.

11.15 Coberturas Adicionales: A las disposiciones que en anexo amplían o agregan beneficios a una póliza, para extender el alcance de la cobertura de los beneficios estipulados en las condiciones generales de la misma; quedando sujetas a su solicitud y pago de prima adicional por parte del Asegurado.

11.16 Complicaciones de Maternidad: A la patología o al tratamiento de una situación adversa imputable al embarazo o al alumbramiento, como son: nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca, toxemia gravídica, embarazo ectópico, diabetes gestacional, aborto que requiere de intervención médica para ser completado debido a que el feto ha muerto y es retenido en el útero por cuatro (4) semanas o más, terminación espontánea del embarazo ocurrido en un período de gestación en el cual no es posible el nacimiento de un ser humano apto de continuar con vida.

No será considerada como Complicación de Maternidad: la Cesárea Electiva o la cesárea después de haber tenido una cesárea, manchas de flujo vaginal sanguinolento, reposos prescritos por el Médico durante el período de gestación por la sintomatología propia y tradicional del embarazo, complicaciones de embarazos que son productos de tratamientos de fertilidad y complicaciones de embarazos cuando el parto no está cubierto por la póliza.

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

11.18 Condición Congénita: A la condición, trastorno orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirido durante el desarrollo del feto en el útero o durante el nacimiento, y no por herencia, independientemente de que sea evidente antes del nacimiento, al momento del nacimiento o se manifieste posteriormente.

11.19 Condición Hereditaria: A las enfermedades genéticas cuya característica principal es su supervivencia de generación en generación, transmitiéndose de padres a hijos y así sucesivamente.

11.20 Condición Particular: A aquellas estipulaciones que por su naturaleza no son materia de condiciones generales y que permiten la individualización de una póliza de seguro determinada, especificando sus particularidades.

11.21 Condición Pre-existente:

- a) Cualquier condición de salud que fue diagnosticada por un Médico antes de la Fecha de Inicio de Cobertura de la póliza o su rehabilitación; o
- b) Cualquier condición de salud por la cual se consultó a un Médico y se recomendó o se recibió tratamiento médico antes de la Fecha de Inicio de Cobertura de la póliza o su rehabilitación; o
- c) Cualquier condición de salud, que como síntoma o signo que de haberse consultado con un Médico antes de la Fecha de Inicio de Cobertura de la póliza o su rehabilitación, pudiera resultar en el diagnóstico de una Enfermedad o trastorno en forma concreta.

11.22 Convivientes: A las parejas no casadas, ni declaradas unidas legalmente, quienes viven 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.

11.23 Cónyuge: A la persona con quien el Asegurado ha contraído matrimonio, válido en la jurisdicción donde se efectuó dicho matrimonio.

11.24 Cuidado del Recién Nacido Saludable: Al cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

11.25 Cuidados de Custodia: A los servicios proporcionados que incluyen pero no están limitados a asistencia personal que no requieren la destreza de un profesional.

11.26 Cuidados Paliativos: A la atención médica a pacientes cuya Enfermedad crónica, avanzada y de pronóstico limitado, no responde ya al tratamiento.

11.27 Deducible Anual: A la porción de los gastos cubiertos que debe pagar el Asegurado cada año póliza antes de que nazca la obligación de pagar por parte de la Aseguradora de acuerdo con lo estipulado en el Artículo 6.1 de la presente póliza.

11.28 Deducible Separado: Al deducible adicional que el Asegurado debe cubrir para condiciones cubiertas específicas.

11.29 Deporte Profesional: Al deporte por el cual el Asegurado recibe una remuneración cuya cantidad sea significativa (igual o mayor al 20% de sus ingresos ordinarios) por jugar o entrenar.

11.30 Donante Vivo: A la persona que sea capaz de donar un órgano corporal y de vivir sin dicho órgano y que éste sea compatible con el receptor del órgano.

11.31 Drogas Ilícitas: A los medicamentos farmacéuticos o compuestos químicos similares, de acuerdo con la definición de la FDA, cuya venta al público sea ilegal, así como medicamentos dispensados por receta médica cuando son utilizados con otros propósitos que

no sean los específicamente autorizados por la FDA, o la utilización ilícita de compuestos químicos que se venden normalmente para ciertos usos distintos al que el sujeto les da.

11.32 Emergencia: A la Enfermedad o Accidente cubierto por la póliza que pone en peligro la vida o la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado por lo cual se requiere cuidado médico inmediato.

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

11.34 Enfermera(o): A la persona legalmente licenciada de acuerdo con los requisitos de la jurisdicción local para atender a los enfermos.

11.35 Equipo Médico Durable: A cualquier equipo médico diseñado para uso continuo. Este incluye pero no está limitado a sillas de ruedas, camas de hospital, respiradores, muletas y similares.

11.36 Examen de Diagnóstico Mayor: A los siguientes exámenes: Resonancias Magnéticas (RMN), Tomografías Computarizadas, Estudios Endoscópicos o Artroscópicos, Stress test, Angiografías, Angiogramas, Estudios de Medicina Nuclear.

11.37 Examen Médico de Rutina: A la evaluación médica preventiva realizada por un Médico facultado donde completa una evaluación de la salud del Asegurado e incluye recolección de la historia clínica y el estilo de vida.

11.38 Experimental o Investigativo: A cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, drogas, dispositivos, suministros u hospitalización que no cumplan con uno o más de los siguientes criterios:

- a) Poseer estudios controlados publicados en la literatura médica revisada por otros profesionales de la misma especialidad y que demuestran que ese servicio o suministro tiene un efecto beneficioso neto en la salud para su aplicación en un diagnóstico específico; o
- b) Cumplir con las normas y protocolos médicos aceptados por la autoridad local y/o internacional en la aprobación de los tratamientos en el momento en que el servicio médico se provee; o
- c) Haber sido aprobado para la indicación o aplicación específica en cuestión por la FDA u otra agencia federal o agencia gubernamental de los Estados Unidos de América, y cuya aprobación se requiere independientemente del lugar donde se incurra en los gastos médicos.

11.39 FDA: A la Agencia de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos de América, Food and Drug Administration, por sus siglas en inglés, responsable de la regulación de alimentos, suplementos alimenticios, medicamentos, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y derivados sanguíneos cuyas normas y regulaciones son aplicables globalmente.

11.40 Fecha de Inicio de Cobertura: A la fecha en que el seguro entra en vigor para un Asegurado en particular, la cual puede ser igual o diferente de la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza.

11.41 Fecha de Inicio de Vigencia: A la fecha en que la póliza entra en vigor, tal como aparece en la Carátula de la Póliza.

11.42 Fecha de Renovación: Al primer día del próximo Año Póliza.

11.43 Fecha de Vencimiento de Pago de la Prima: A la fecha en que debe ser pagada la prima del seguro por el período correspondiente.

11.44 Fecha de Vencimiento de Vigencia: A la fecha en que concluye la cobertura de la póliza, tal como aparece en la Carátula de la Póliza.

11.45 Fertilidad Asistida: A los tratamientos médicos o quirúrgicos y/o procedimientos cuyo protocolo o técnica ha sido desarrollada para solucionar la patología de la pareja estéril o infértil. Estos pueden ser pero no limitados a: inseminación artificial, fertilización in vitro (FIV), tratamiento con medicamentos para estimular la fertilidad masculina o femenina, inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).

11.46 Habitación Privada: A la habitación estándar de un Hospital equipada para alojar a un solo paciente.

11.47 Habitación Semi Privada: A la habitación estándar de un Hospital equipada para alojar a más de un paciente.

11.48 Honorarios del Anestesiólogo: A los cargos de un profesional anestesiólogo por la administración de anestesia durante una intervención quirúrgica o servicios Medicamente Necesarios para controlar el dolor durante dicha intervención.

11.49 Honorarios del Médico/Cirujano Asistente: A los cargos de uno o más Médicos que asisten al cirujano principal en la realización de una intervención quirúrgica.

11.50 Hospital: A cualquier institución legalmente licenciada como centro médico o quirúrgico en el país donde se encuentra localizada, y que:

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

11.51 Hospitalización: A la permanencia del Asegurado en una instalación hospitalaria, a partir de veinticuatro (24) horas o más después del momento de su ingreso para recibir atención médica o quirúrgica. El tratamiento que se limita a la sala de emergencia no se considera Hospitalización. La severidad de la enfermedad o condición debe justificar la Necesidad Médica para la Hospitalización.

11.52 Intermediario de Seguro: A los agentes de seguros dependientes, agentes de seguros independientes y corredores de seguros.

11.53 Lesión: Al daño causado al cuerpo del Asegurado.

11.54 Medicamento Necesario o Necesidad Médica: Al servicio médico, suministro, equipo, Medicamento por Receta Médica, o estadía en un Hospital que:

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

No será considerado como Medicamento Necesaria la sustitución de una Habitación Privada estándar por una suite o junior suite, por conveniencia del Asegurado, la familia del Asegurado o el Proveedor del servicio.

11.55 Medicamentos por Receta Médica: A los medicamentos cuya venta o uso está legalmente limitado a su indicación por un Médico dentro del país que se trate.

11.56 Médico: Al profesional de la medicina debidamente titulado e inscrito en la institución que legalmente corresponda para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios. El término "Médico" también incluirá a personas legalmente licenciadas e inscritas para la práctica de odontología.

11.57 Pago por Penalización: Al porcentaje de los gastos cubiertos por la póliza que son responsabilidad del Asegurado en caso de no notificar de acuerdo con lo establecido en el Artículo 9 de la presente póliza. Dicho porcentaje está indicado en la Carátula de la Póliza.

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

11.59 Período de Carencia: Al periodo de 30 días, comenzando a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado, durante el cual solamente estarán cubiertas las Enfermedades o Lesiones causadas por un Accidente ocurrido durante este período o las Enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período.

11.60 Período de Espera: Al período durante el cual la Aseguradora no cubre ciertos beneficios de la póliza.

11.61 Período de Gracia: Al período de treinta (30) días calendario después de la Fecha de Vencimiento de Pago de la Prima. Al momento del vencimiento de este Periodo de Gracia,

terminan todos los beneficios de la póliza de acuerdo con los Artículos 10.15 y 10.20 de la presente póliza.

11.62 Proveedor: A aquellos Hospitales, centros de diagnóstico, Médicos, farmacias y cualquier prestador de servicios médicos legalmente autorizado.

11.63 Segunda Opinión Médica: A la opinión de un Médico ajeno del que está atendiendo actualmente al Asegurado.

11.64 Servicios Ambulatorios: A los tratamientos o servicios médicos proporcionados que no requieren de una admisión intra-hospitalaria.

11.65 Servicios de Diagnóstico: A los procedimientos y exámenes de diagnóstico necesarios para establecer las condiciones médicas del Asegurado.

11.66 Servicios Exclusivos: Al servicio de atención al Asegurado a través de la Red de Proveedores afiliados a la Aseguradora, y que están definidos en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza. En caso de que el servicio sea prestado fuera del domicilio, el Asegurado es responsable por los gastos de viaje y hospedaje que la atención ocasione.

11.67 Servicios Hospitalarios: A todo tratamiento médico suministrado al Asegurado en un Hospital. 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.

11.68 Solicitante: A la persona que firma la Solicitud de Seguro.

11.69 Solicitud de Seguro: A la declaración extendida en formulario por un Solicitante sobre sí mismo y sus dependientes, utilizada por la Aseguradora para determinar su asegurabilidad, La Solicitud de Seguro incluye cualquier historial médico, cuestionario, y otros documentos proporcionados o solicitados por la Aseguradora antes de la emisión de la póliza y forma parte del contrato completo celebrado entre las partes.

11.70 Trasplante: Al procedimiento Médicamente Necesario donde los órganos, tejidos o células son quirúrgicamente trasplantados desde el Donante Vivo o muerto al receptor.

11.71 Tratamiento Dental por Accidente: Al tratamiento necesario para la reconstrucción o el reemplazo de piezas dentales naturales dañadas o pérdidas en un Accidente cubierto.

11.72 Usual, Acostumbrado y Razonable: A 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. Los honorarios Usuales, Acostumbrados y Razonables están definidos por el equipo médico de la Aseguradora.

11.73 Interconsulta®: Al servicio patentado que permite al asegurado de esta póliza el acceso a una segunda opinión médica por medio de una exclusiva base de más de cincuenta mil

(50,000) médicos especialistas ubicados en todas partes del mundo. La Interconsulta permite a los Asegurados: Confirmar o cambiar el diagnóstico y/o tratamiento original para tomar mejores decisiones para el trato de su condición o enfermedad.

“Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado por la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 726 del 07 de julio de 2015”.