

PÓLIZA INDIVIDUAL SEGURO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1: DEL CONTRATO DE SEGURO

Seguros Agromercantil, Sociedad Anónima (en adelante denominada la “Aseguradora”), a través de esta Póliza Individual de Seguro de Reembolso de Gastos Médicos, en consideración a las declaraciones contenidas en la Solicitud de Seguro, por el Asegurado Titular y los Asegurados Dependientes (si los hubiere) y aceptadas por la Aseguradora, se obliga a reembolsar al Asegurado Titular de acuerdo a lo estipulado en estas Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Cuadro de Beneficios de la Carátula de la póliza, por los gastos cubiertos que haya incurrido un Asegurado como consecuencia de cualquier tratamiento, servicio y suministro médico que se lleve a cabo en el territorio después de la fecha de inicio de Cobertura, siempre y cuando la Póliza esté en vigor. Todos los beneficios están sujetos a las condiciones de esta Póliza, incluyendo los montos de los deducibles aplicables, los beneficios máximos y los límites estipulados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

El contrato de seguro celebrado entre la Aseguradora y el Asegurado lo constituye la Solicitud de Seguro, la Carátula de la Póliza, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y los Anexos.

Al presente contrato de seguro, le son aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala, relacionadas con el contrato de seguro, las que prevalecerán sobre el contenido de este contrato de seguro.

CLÁUSULA 2: DEFINICIONES

Para los efectos de la interpretación y aplicación de este contrato de seguro, se establecen las definiciones siguientes y se entenderá por:

Accidente: Al acontecimiento, independiente de una enfermedad o auto infligido, que deriva de una causa violenta, súbita, externa e involuntaria que produce lesiones corporales al Asegurado.

Abuso de alcohol o drogas: A cualquier patrón de uso patológico voluntario o involuntario de alcohol o drogas que causa deterioro en el funcionamiento social o laboral, o que produce la dependencia fisiológica y demuestra la tolerancia física o de síntomas físicos cuando se retira.

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

Ambulancia aérea: Al transporte aéreo configurado para el transporte de pacientes ambulatorios u otros pacientes que requieren cuidado incluyendo, pero no limitado, a apoyo básico de vida (BLS) o apoyo avanzado de vida (ALS.) Una ambulancia aérea está equipada con el equipo médico necesario para apoyar estos niveles de cuidado en vuelo, con el personal médico entrenado para el cuidado y traslado de pacientes.

Anexo: Documento emitido por la Aseguradora que forma parte de la Póliza en la que se modifican las Condiciones Generales y/o adiciona una cobertura a la misma.

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 fin de vigencia de la Póliza.

Año Calendario: Al período comprendido entre el primero de enero de cualquier año y el 31 de diciembre del mismo año, ambas fechas inclusive.

Asegurado: Persona física de cualquier sexo, residente legalmente en la República de Guatemala, Titular y/o Dependientes a los cuales son aplicables los Beneficios elegibles de esta Póliza.

Asegurado Titular: Persona natural no menor de dieciocho (18) años de edad y menor de setenta (70) años de edad al momento de la inscripción en el Seguro, que se obliga a pagar la prima correspondiente, tiene derecho a recibir el pago de los gastos cubiertos a que hubiere lugar por esta Póliza, y quien ejerce los derechos de los Asegurados Dependientes ante la Aseguradora.

Asegurado dependiente: Persona natural menor de setenta (70) años de edad al momento de solicitar cobertura para estar inscrito(a) en la Póliza como el/la cónyuge o conviviente o menos de veinticinco (25) años de edad al momento de solicitar la cobertura para estar inscrito en la Póliza como el/la hijo(a) dependiente del Asegurado Titular, que cumplen los requisitos de elegibilidad establecidos en esta póliza.

Beneficiario: A la persona designada por el Asegurado Titular, que en caso del fallecimiento del Asegurado, tramite y realice el pago de cualquier gasto médico cubierto, que estuvieran pendientes de rembolsar por la Aseguradora.

Tratamiento dental por accidente: Al tratamiento para arreglar o reemplazar los dientes naturales después de un accidente cubierto por esta Póliza.

Cáncer: Término que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo humano, cuya característica es la multiplicación desordenada de células anormales que se extiende más allá de los límites de los órganos y tejidos, pudiendo invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos y tejido (Metástasis). Al cáncer también se les denomina Tumor Maligno o Neoplasia Maligna.

Carátula de la Póliza: Al documento de la póliza que especifica la fecha de inicio de vigencia, la fecha de fin de vigencia, fecha de inicio de cobertura, el Cuadro de Beneficios,

cualquier limitación del seguro, enumera al Asegurado Titular y Asegurados Dependientes, y forma parte del Contrato de Seguro.

Certificación médica: Documento emitido por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, en el cual se incluye un diagnóstico susceptible de ser utilizado como fundamento para el reclamo de un siniestro o la evaluación de riesgo de una Solicitud de Seguro.

Cesárea electiva 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.

Cirugía o procedimiento quirúrgico: A un procedimiento de diagnóstico invasivo, o al tratamiento de una enfermedad o lesión mediante operaciones manuales o instrumentales realizados por un médico, mientras el paciente se encuentra bajo los efectos de anestesia local o general.

Citología vaginal: Al examen ginecológico (Papanicolaou) realizado para diagnosticar cáncer cervical, a través del estudio microscópico de las células raspadas de la superficie del cuello uterino.

Coaseguro: Monto porcentual indicado en el Cuadro de Beneficios, el cual es aplicable después de restado el deducible, de los gastos médicos elegibles y que debe ser cubierto por el Asegurado.

Cobertura: A los beneficios elegibles descritos en esta Póliza, para los cuales el Asegurado es elegible, e indicados en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza.

Coberturas adicionales: 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.

Cobertura geográfica: Es la limitación geográfica que tiene la Póliza con relación a la cobertura que brinda. Cuando se indica que tiene cobertura Centroamericana, la limitación geográfica se refiere a los países de Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica, y cuando se refiere a cobertura mundial es en todos los países del mundo.

Compañía y/o Aseguradora: Seguros Agromercantil, S.A.

Complicaciones de maternidad: Patología o al tratamiento de una situación adversa imputable al embarazo o al alumbramiento, entre otras: 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, 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 una cesárea electiva después de una cesárea previa, manchas de flujo vaginal sanguinolento o reposos prescritos por el médico durante el período de gestación por la sintomatología propia y tradicional del embarazo (diagnosticado por un médico que no ponga en riesgo la vida de la madre o el feto), servicio o tratamiento de una enfermedad crónica no relacionada al embarazo, aun cuando durante el periodo de gestación requiera un tratamiento específico, complicaciones de embarazos que son productos de tratamientos de fertilidad y complicaciones de embarazos cuando el parto no está cubierto por la Póliza.

Complicaciones del nacimiento: Cualquier trastorno de un recién nacido relacionado con el nacimiento (no debido a factores genéticos o hereditarios), que se manifiesta durante los primeros treinta (30) días de vida y que ocurra antes que el neonato salga del hospital, incluyendo, pero no limitado a, hiperbilirrubinemia, ictericia, hipoxia cerebral, hipoglicemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

Condición congénita: Cualquier 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.

Condiciones hereditarias: Son aquellas enfermedades genéticas cuya característica principal es su supervivencia de generación en generación, transmitiéndose de padres a hijos y así sucesivamente.

Condición particular: Aquellas estipulaciones que permiten la individualización de una póliza de seguro, especificando sus particularidades.

Condición pre-existente:

- a) Es una Enfermedad, lesión corporal, o síntoma, que existían con anterioridad a la fecha de solicitud y cobertura de la Póliza del asegurado, o antes del cambio de plan o inclusión de cobertura que requiera pruebas de asegurabilidad.
- b) Una condición de salud que fue diagnosticada por un médico antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, rehabilitación o cambio de plan.
- c) Una 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 vigencia de la Póliza, rehabilitación o cambio de plan.
- d) Los síntomas manifestados antes de la fecha de inicio de cobertura indicada en la Carátula de la Póliza que ocasionaría que una persona razonable y prudente busque atención médica y que le hubieran permitido a una persona entrenada en medicina hacer un diagnóstico de la condición que produjo los síntomas.

- e) Una condición de salud que, como síntoma o signo, se haya presentado a un médico antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o su rehabilitación, que pudiera resultar en el diagnóstico de una enfermedad o trastorno en forma concreta.
- f) Los gastos de embarazo incluyendo, antes, y después del nacimiento, complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido dentro de los meses de espera o de carencia, desde la fecha de inicio de cobertura indicada en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza por este beneficio.

Consulta: A una visita o sesión con un médico colegiado legalmente autorizado para ejercer ésta profesión.

Convaleciente: Al tratamiento, servicios y suministros necesarios para asistir en la recuperación de un paciente para llegar a un cierto grado de funcionamiento corporal que le permita a sí mismo la ejecución de las actividades vitales básicas diarias.

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.

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

Copago: Monto fijo establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, a ser cubierto por el Asegurado en el momento en el que este incurre en un siniestro y desea utilizar el servicio de pago directo a través de la red de proveedores negociados de gastos médicos que proporciona la Aseguradora si este servicio está activo.

Cuadro de beneficios: Parte de la Carátula de Póliza que forma parte integral de la ésta, en el cual se detallan todas las coberturas y beneficios cubiertos bajo esta póliza, con sus respectivos límites por evento, anual o vitalicio, así como los copagos, coaseguros y deducibles aplicables a los Asegurados; también describe cualquier otra especificación que aclare, individualice o excluya coberturas y beneficios para esta Póliza.

Cuidados a domicilio: A los servicios que ofrece una empresa de servicios de cuidados a domicilio, y que son supervisados por un(a) enfermero(a) autorizado(a), dirigidos al cuidado personal del paciente; siempre que esa atención sea médicamente necesaria y previamente aprobada por la Aseguradora.

Cuidado del recién nacido saludable: Al cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable, dentro de un centro hospitalario legalmente autorizado para ejercer como tal.

Cuidados de custodia: Servicios proporcionados que incluyen, pero no están limitados a, asistencia personal para realizar actividades cotidianas que no requieren la destreza de un profesional de la salud.

Cuidados paliativos: La atención médica a pacientes cuya enfermedad crónica, avanzada y de pronóstico limitado, no responde ya al tratamiento.

Deducible: A la cantidad de los gastos médicos elegibles cubiertos que debe cubrir el Asegurado cada año Póliza o año calendario, según se indique en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, antes de que inicie la obligación de pagar por parte de la Aseguradora.

Deducible catastrófico: A la cantidad de gastos médicos elegibles cubiertos que debe cubrir el Asegurado en caso de un accidente, en el cual más de un miembro de una familia sufre lesiones.

Deducible familiar: A la suma de los deducibles individuales de tres (3) miembros de una misma familia (Asegurado Titular y Dependientes) incurridos en el mismo año calendario.

Dentista: se refiere a un médico con licencia legal de cirugía dental, odontología o la ciencia odontológica.

Diagnóstico: Dictamen que realiza un médico colegiado autorizado para ejercer la medicina sobre un padecimiento, respaldado por la experiencia y documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente a la enfermedad o lesión, basándose para ello en evaluaciones directas, pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, en antecedentes y/o declaraciones que fuesen necesarias desde el punto de vista médico para formular un juicio técnico.

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. Las siguientes serán consideradas como emergencias, pero no estarán limitadas a:

- a) Accidentes;
- b) Convulsiones;
- c) Hemorragias;
- d) Crisis súbitas de los sistemas circulatorio, respiratorio, gastrointestinal o urológico;
- e) Deshidratación severa;
- f) Pérdida del conocimiento;
- g) Intoxicación severa;
- h) Reacciones alérgicas en estado severo.

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.

Enfermedad mental: A desórdenes, enfermedades o condiciones mentales, emocionales y psiquiátricas, (sean de origen orgánico o inorgánico, biológico o no-biológico, genético, químico o no-químico). Los desórdenes mentales o nerviosos incluyen, pero no se limitan a psicosis, trastornos neuróticos, trastornos bipolares, desórdenes afectivos; desórdenes de personalidad, anormalidades psicológicas o de conducta, asociados con disfunción transitoria o permanente del cerebro o de los sistemas neuro-hormonales; y condiciones, desórdenes y enfermedades enumerados en la edición más reciente del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* del *International Classification of Diseases* a la fecha en que el servicio médico o el tratamiento es aplicado al Asegurado.

Enfermera(o) autorizada(o): A la persona legalmente licenciada de acuerdo con los requisitos de la jurisdicción local para atender a los enfermos, y le permite ejercer la profesión en el país.

Equipo médico duradero: 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.

Experimental /en investigación y/o de estudio: A cualquier tratamiento, procedimiento, medicamento, equipo, drogas, dispositivos, suministros u hospitalización que no haya 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.

El hecho de que el tratamiento, medicamento, dispositivo, procedimiento, suministro o servicio sea la única esperanza de supervivencia del Asegurado no implica que deje de ser de carácter experimental, investigativo, o destinado a investigación.

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.

Fecha de inicio de vigencia: A la fecha en que la Póliza entra en vigor, tal como aparece en la Carátula de la Póliza.

Fecha de fin de vigencia: A la fecha en que concluye la cobertura de la Póliza, tal como aparece en la Carátula de la Póliza.

Fecha de renovación: Al primer día después de la fecha de vencimiento de vigencia, del próximo año de vigencia de la Póliza. Puede ocurrir en una fecha distinta a la fecha de aniversario dependiendo del modo de pago autorizado por la aseguradora.

Fecha de vencimiento: La fecha en que debe ser pagada la prima del seguro por el período correspondiente.: Al momento del vencimiento terminan todos los beneficios de la Póliza de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 6 esta Póliza.

Fertilidad asistida: 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 tratamientos 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), entre otros.

Gastos cubiertos: A los gastos por servicios médicamente necesarios, suministros, cuidados o tratamiento por causa de una enfermedad o lesión, de acuerdo a lo definido en esta Póliza, prescritos, realizados u ordenados por un médico, colegiado y/o un proveedor de servicio médico; los cargos razonables y acostumbrados, en los que el Asegurado hubiese incurrido, dentro del periodo de cobertura, los cuales son:

- a) Aquellos enumerados en el Cuadro de Beneficios y los Beneficios Elegibles descritos en esta póliza.
- b) Aquellos que no forman parte de las exclusiones;
- c) Aquellos que no excedan los límites máximos establecidos en el Cuadro de Beneficios.

No califican para estar cubiertos bajo esta Póliza todos aquellos gastos médicos en los que se incurriere como resultado de gastos médicos no cubiertos, incluyendo odontología, cirugía plástica, u otros procedimientos y gastos excluidos en las exclusiones no serán elegibles para ser cubiertos bajo esta Póliza

Habitación privada: A la habitación estándar de un hospital equipada para alojar a un solo paciente.

Habitación semiprivada: Una habitación estándar de un hospital equipada para alojar a más de un paciente.

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

Honorarios del cirujano asistente: A los cargos de uno o más médicos que asisten al cirujano principal en la realización de una intervención quirúrgica.

Hospicio: Se refiere al plan coordinado de cuidados a domicilio, hospitalización y ambulatorios para dar servicios médicos paliativos, sustentadores y otros, a pacientes enfermos terminales. Un equipo multidisciplinario presta cuidados continuos y planificados, cuyo componente médico es dirigido por un médico. El cuidado estará disponible veinticuatro (24) horas al día, siete días a la semana. El hospicio debe cumplir con los requerimientos legales de la localidad donde opere.

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

- a) Opera legalmente con el propósito de ofrecer cuidado y tratamiento médico a personas enfermas o lesionadas, a las cuales se le cobra una suma que el Asegurado está legalmente obligado a pagar, a falta de un seguro;

- b) Presta dicho cuidado o tratamiento médico en sus instalaciones médicas, quirúrgicas o de diagnóstico, en sus propios locales o en aquellos preparados para tal uso;
- c) Ofrece veinticuatro (24) horas de servicio de enfermería bajo la supervisión de un(a) enfermero(a) autorizado(a) a tiempo completo;
- d) Opera bajo la supervisión de un equipo de uno o más médicos.

El hospital también se refiere a un lugar acreditado como tal por las autoridades locales.

No califican como Hospitales:

- a) Establecimientos u hogares para convalecientes, servicios de enfermería o reposo, ni un albergue geriátrico;
- b) Un lugar que preste principalmente cuidados en las áreas de guardería, adiestramiento o rehabilitación; o un establecimiento destinado principalmente para el tratamiento de drogadictos o alcohólicos.

Hospitalización: A la atención intensiva del Asegurado que es necesaria debido a los tipos de servicios que el Asegurado recibe o a una gravedad tal de la condición del Asegurado, que no puede administrarse el cuidado adecuado y seguro de manera ambulatoria o en un establecimiento menos especializado.

El hecho que un médico en particular pueda prescribir, ordenar, recomendar, o aprobar un servicio, tratamiento, suministro o nivel de cuidado, no hace dicho tratamiento médicamente necesario ni convierte los cargos en gastos cubiertos bajo esta Póliza.

Incidente y/o evento: A que todas las enfermedades y/o accidentes que existan simultáneamente y que se deban a la misma causa o a causas relacionadas con ella, son consideradas como un incidente. Además, si una enfermedad se debe a causas que son las mismas o se relacionan a causas de una enfermedad anterior, la enfermedad se considerará una continuación de dicha enfermedad anterior, y no un incidente separado. Todas las lesiones debidas por el mismo accidente se considerarán un incidente y/o evento.

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

Lesión: A la lesión física enumerada en la más reciente edición de *ICD* y causada sola y directamente por medios accidentales, externos y visibles, acaecidos durante la vigencia de la presente Póliza, y resultantes directa e independientemente de todas las otras causas, que produzca un siniestro cubierto por ésta.

Límite vitalicio de cobertura: A la cantidad total pagadera a un Asegurado. Esta cantidad es la acumulación de las sumas pagaderas durante el tiempo que el Asegurado está cubiertos en la Póliza y sus renovaciones, hasta el máximo indicado en la Carátula de la Póliza. No obstante, los Asegurados Dependientes podrán continuar asegurados después que el Asegurado Titular haya agotado su propio límite máximo.

El límite máximo del Asegurado se reducirá cuando el Asegurado cumpla setenta (70) años y quedará estipulado en la Carátula de la Póliza.

Límite de participación del Asegurado: A es la cantidad máxima de participación que absorbe un Asegurado de acuerdo con las condiciones y montos indicados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza (Stop Loss).

Maternidad cubierta: Aquella para la cual la Póliza proporciona beneficios de embarazo y que la fecha del parto sucede por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura.

Medicamento necesario o necesidad médica: Al servicio médico, suministro, equipo, o tratamientos ordenados y proporcionados por un médico tratante, los cuales la Aseguradora determine que:

- a) Son adecuados al diagnóstico o tratamiento del padecimiento o lesión del Asegurado;
- b) Son consistentes con los estándares médicos y profesionales aceptados;
- c) No son principalmente para la comodidad o conveniencia personal de un Asegurado, su familia o su médico;
- d) Son proporcionados al nivel más adecuado sin poner en riesgo la vida o la salud del Asegurado;
- e) En el caso de hospitalización, que los servicios o tratamientos no puedan ser proporcionados al Asegurado de manera ambulatoria sin arriesgar su vida o salud.

La Aseguradora se reserva el derecho de determinar la necesidad médica. El hecho de que un médico haya ordenado, recomendado o aprobado un servicio o tratamiento no lo hace médicamente necesario.

Medicina o medicación 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. Para efectos de esta Póliza, medicina o medicación se refiere al equivalente genérico de un fármaco, o si el equivalente genérico no está disponible, el fármaco de marca. Medicina o medicación sólo significará fármacos prescriptibles.

Médico o doctor: 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.

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.

Participación del Asegurado: A la cantidad que resulta de restarle a los gastos médicos y presentados para su reembolso o pago:

- a) Los gastos no elegibles, bien sea por estar expresamente excluidos o por exceder los límites definidos en el Cuadro de Beneficios o la cantidad razonable y acostumbrada;
- b) El deducible; y
- c) El reembolso de acuerdo al porcentaje indicado en el Cuadro de Beneficios.

Período de cobertura: Al período comprendido entre la fecha de inicio de cobertura y la fecha fin de vigencia de cobertura de esta Póliza.

Pre-autorización o pre-certificación: Al hecho de que el Asegurado notifica a la Aseguradora, por adelantado, sobre cualquier admisión hospitalaria en cualquier parte del mundo, o sobre cualquier cirugía ambulatoria o beneficios elegibles. El proceso de pre-autorización estará completo después de que el Asegurado reciba tratamiento o servicios en la red de proveedores preferidos, a la cual el Asegurado pueda tener acceso, y que confirme que tal ingreso es médicamente necesario. El pago directo a proveedores afiliados a la red es un beneficio que está sujeto a las políticas que la Aseguradora tenga vigentes.

Prescripción de medicamentos: A los medicamentos cuya venta y uso son restringidos a la orden de un médico.

Período de carencia: Al período desde el comienzo de la fecha de inicio de cobertura en que los beneficios elegibles de la Póliza, para ciertas enfermedades nombradas no tendrán cobertura.

Período de espera: Al período durante el cual la Aseguradora no cubre ciertos beneficios de la Póliza.

Período de gracia: Al período de treinta (30) días calendario después de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

Póliza: La forman la Carátula de la Póliza, el Cuadro de Beneficios, las Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, los Anexos de Coberturas, las Condiciones Particulares y los formularios suscritos por los Asegurados.

Prima: Cantidad o monto de dinero que el Solicitante de la Póliza debe pagar durante el año contratado de la Póliza para mantener vigente la cobertura del seguro.

Proveedor: A un hospital, hospicio, centro de enfermería especializada (convalecencias), centro quirúrgico ambulatorio, hospital psiquiátrico, centro de salud mental de la comunidad, instalaciones para tratamiento psiquiátrico, centro para el tratamiento de la dependencia de drogas y alcohol, centro de maternidad, médico, odontólogo, quiropráctico, auxiliar médico licenciado, enfermero(a), laboratorio médico, compañía de servicio auxiliar, firma de ambulancia aérea o terrestre o cualquier otra instalación afín que la Aseguradora apruebe para proporcionar servicios según la Póliza..

Recién nacido: Persona natural desde el momento de su nacimiento hasta el cumplimiento de los treinta y un (31) días de vida.

Reclamo: Procedimiento mediante el cual el Asegurado presenta a la Aseguradora requerimiento de pago para el reembolso de los gastos médicos incurridos pagados por el Asegurado o solicitados a través del servicio de pago directo por medio de red de proveedores afiliados que puede proporcionar la Aseguradora, dicho pago amparado en las coberturas y beneficios de las Pólizas, por medio de la presentación de las facturas originales que respaldan los gastos médicos del Asegurado y el formulario de reclamo que la Aseguradora requiere sea completado.

Red de proveedores afiliados: Al grupo de médicos, laboratorios, farmacias y hospitales con los cuales se han pactado costos de bienes y servicios médicos bajo convenio, y cuya utilización opcional por parte del Asegurado está sujeta al seguimiento de reglas específicas entregadas al Asegurado al momento de contratar su Póliza. La administración de la red de proveedores afiliados queda a discreción de la aseguradora y puede ser modificada en cualquier momento.

Repatriación: Al traslado del Asegurado hasta su país de residencia.

Segunda opinión médica: La opinión de un Médico diferente del que está atendiendo actualmente al Asegurado.

Servicios ambulatorios: A los tratamientos o servicios médicos proporcionados en hospital o una institución, incluyendo centros de cirugía ambulatoria; instalaciones de enfermería para convalecencia o cuidados especializados; o consultorio del médico, adonde se acude por enfermedad o lesión, pero donde no se es internado o recluido por un periodo de veinticuatro (24) horas, y donde no se cobra habitación y comida.

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.

Siniestro cubierto o accidente cubierto y/o evento: A los gastos cubiertos por una enfermedad o un accidente que requieran tratamiento médico por un proveedor de servicios, tal como se definen en la presente Póliza.

Solicitante y/o Solicitante Principal: A la persona que firma la Solicitud de Seguro.

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.

Tabla de Valores Relativos de California: Documento creado por la Workers Compensation Office of the State of California. Conformación de la TVRC basado en la guía Current Procedural Terminology (CPT), creada y administrada por la American Medical Association (AMA). Aplicará la tabla vigente indicada por la Aseguradora.

Terapia y/o rehabilitación física: Procedimiento practicado por un profesional acreditado con el propósito de recuperar las funciones motoras y sensitivas afectas por una lesión, enfermedad o tratamiento quirúrgico cubierto por la Póliza, así como tratamientos para controlar el dolor.

Trasplante de órgano: Al procedimiento médicamente necesario donde los órganos, tejidos o células son quirúrgicamente trasplantados desde el donante vivo o muerto al receptor.

Tratamiento: Al manejo quirúrgico o médico de un paciente con el propósito de resolver o sanar la enfermedad o lesión, basado en prácticas médicas estándares y aceptadas. Para los propósitos de esta Póliza, sólo incluirá aquellos tratamientos planificados y aprobados, para los cuales el Asegurado sea elegible.

Unidad de cuidados intensivos o coronarios: A una unidad de cuidados cardíacos u otra área o unidad de un hospital, la cual reúna los requerimientos estándar de la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals for Special Care*.

La *Joint Commission on Accreditation of Hospitals for Special Care* es una organización independiente, sin fines de lucro, que acredita y certifica a más de 19.000 organizaciones de atención de salud y los programas en los Estados Unidos.

Unidad quirúrgica: Son los lineamientos a través de los cuales se establece el método de utilización, combinación y cálculo de los códigos de cada sección de la Tabla de Valores Relativos de California.

Usual, razonables y acostumbrados: A la cantidad máxima que la Aseguradora determina que es razonable y acostumbrado para los beneficios elegibles que el Asegurado recibe, hasta los cargos realmente facturados y sin excederlos. La determinación de la Aseguradora considera:

- a) Los montos cobrados por otros proveedores de servicios por el mismo servicio o uno similar;
- b) Cualquier circunstancia médica inusual que requiera tiempo, habilidad o experiencia adicionales;
- c) El costo que para el proveedor de servicio representa prestar los servicios o suministros, o realizar el procedimiento; y
- d) Otros factores que la Aseguradora determine son relevantes, incluyendo un recurso basado en la escala relativa de valores, peso sin limitarse a este.

Para un proveedor de servicio que tenga un acuerdo de reembolso con la Aseguradora, el cargo razonable y acostumbrado es igual al monto que constituya pago total bajo cualquier acuerdo de reembolso con la Aseguradora.

Si un proveedor de servicio acepta como pago total una cantidad menor que la tasa negociada bajo un acuerdo de reembolso, la cantidad menor será el máximo cargo razonable y acostumbrado.

El cargo razonable y acostumbrado será reducido debido a cualquier sanción de la cual un proveedor de servicio sea responsable, como resultado de ése acuerdo del proveedor de servicio con la Aseguradora.

CLÁUSULA 3: COBERTURA:

Beneficios elegibles y límites para el Asegurado Titular y los Asegurados Dependientes:

Los beneficios elegibles son todos aquellos gastos médicos efectivamente incurridos por un Asegurado, necesarios para la atención o el tratamiento de cualquier enfermedad, accidente o evento cubierto bajo las condiciones de la presente Póliza. Dichos gastos deberán ser por concepto de servicios, tratamientos o medicamentos ordenados por un médico colegiado, y que no estén enumerados en la cláusula 4 de exclusiones, según los términos y condiciones de la Póliza.

Reducción de beneficios

Cuando el Asegurado alcance las edades indicadas en el Cuadro de Beneficios, el máximo vitalicio se reducirá al monto establecido en el mismo Cuadro de Beneficios, o al remanente de éste, lo que sea inferior.

Incrementos de suma asegurada:

Cuando se otorgan incrementos de suma asegurada, los montos incrementados serán aplicables únicamente a las incapacidades que se originen posteriormente a la fecha de vigencia de la nueva suma asegurada.

Reinstalación de máximo vitalicio (suma asegurada):

Todo Asegurado Titular o Dependiente que tenga su Póliza vigente, a quien se le hayan pagado o acumulado gastos médicos que sumen el 50% de la suma asegurada máxima contratada de por vida, podrá solicitar la rehabilitación de dicha “suma asegurada” o “máximo vitalicio”, suministrando por cuenta propia evidencias de asegurabilidad satisfactorias a la Aseguradora. Después que el seguro de un Asegurado Titular y sus familiares dependientes ha terminado, por haber agotado esta “suma asegurada” o “máximo vitalicio”, podrá volver a asegurarse y rehabilitar su “máximo vitalicio” siempre que sea elegible y que los términos aplicables a esta Póliza sean cumplidos.

Coordinación de beneficios:

Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el cual cualquier Asegurado pueda estar cubierto. Cuando algún asegurado esté cubierto también por otras Pólizas que tengan las mismas coberturas que las del presente contrato, los gastos elegibles del mismo se reducirán a una cantidad igual al complemento que resulte para que el pago total por las indemnizaciones conjuntas sea igual al 100% de los beneficios aquí estipulados. Si únicamente esta Póliza estipula la coordinación de beneficios, los beneficios serán pagaderos primeramente por todos los demás planes concurrentes.

Cambio del país de residencia:

La Póliza se hará nula e inválida a menos que la Aseguradora reciba notificación del cambio de país de residencia del Asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes a dicho cambio. Todos los términos y condiciones de la Póliza quedan sujetos a revisión y aprobación ante un cambio en el país de residencia del Asegurado.

Otros Seguros:

Toda la cobertura será en exceso de todo otro seguro válido y reembolsable, y se aplicará solamente cuando dichos beneficios sean agotados, sea cual fuere la fecha de emisión de cualquier otra Póliza, anterior o posterior a la emisión de la presente Póliza. En todos los casos esta Póliza pagará los gastos médicos con posterioridad y en exceso, sólo después de que todos los beneficios de Pólizas válidas y existentes hayan sido pagados y agotados.

Otros seguros válidos y reembolsables, por los cuales pueden obtener beneficios pagaderos son programas de seguros dados por:

- a) Seguro o cobertura individual, colectiva o general;
- b) Otra cobertura pre-pagada, individual o colectiva;
- c) Cualquier cobertura bajo planes de fideicomiso laboral, planes de seguridad sindical, planes organizados por el empleador, planes organizados en beneficio de los empleados, u otros convenios de beneficios para individuos de un grupo;
- d) Cualquier cobertura requerida o suministrada por cualquier estado o programa social de seguro;
- e) Cualquier seguro de automóvil;
- f) Plan social del gobierno;
- g) Cualquier seguro de responsabilidad civil.

3.1 BENEFICIOS ELEGIBLES

Se consideran beneficios elegibles para la cobertura de Gastos Médicos:

1. **Gastos de hospital:** Incluyen los gastos de cuarto privado o semiprivado, alimentos, cuidados generales de enfermeras, procedimientos de diagnóstico, medicamentos,

sala de operaciones, sala de recuperación, unidad de cuidados intensivos, y la atención en la sala de emergencia.

2. **Honorarios médicos:** Tratamiento suministrado por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina:
 - a) Por intervenciones quirúrgicas realizadas por un cirujano legalmente autorizado para ejercer la medicina.
 - b) Por consulta médica con médicos legalmente autorizados para ejercer la medicina.
3. **Aplicación de anestesia:** suministrada por un médico o un anestesista profesional, anestesia y honorarios del anesthesiólogo.
4. **Atención suministrada por enfermeras tituladas:** siempre que la gravedad de la enfermedad lo requiera y que sea recomendado por el médico tratante. La enfermera no deberá tener ningún grado de parentesco con el Asegurado y no debe vivir en la casa de dicho asegurado.
5. **Servicios de hospitalización:** Sangre o plasma, miembros y ojos artificiales, yeso tablilla, braguero, muletas, oxígeno y alquiler del equipo necesario para su aplicación, alquiler de silla de ruedas o cama especial de hospital, alquiler de pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria; tratamiento de quimioterapia, radioterapia o terapia radioactiva.
6. **SIDA/VIH:** Toda enfermedad o gasto médico relacionado al SIDA/VIH será pagado bajo las condiciones de esta Póliza y hasta el límite máximo establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, toda vez se compruebe que el virus fue adquirido después de la fecha de Inicio de cobertura de cada Asegurado.
7. **Exámenes de laboratorio clínico y diagnóstico por imágenes:** Exámenes de laboratorio, rayos X, exámenes y procedimientos especiales, así como cualquier otra prueba que sea ordenada por un médico y que sea necesaria para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad; pruebas para determinar alergias.
8. **Terapia y/o rehabilitación física:** Tratamientos suministrados por un fisioterapeuta siempre que sea indicado por un médico.
9. **Medicamentos:** Drogas o medicinas recetadas por un médico y que sean proporcionadas por una farmacia autorizada.
10. **Transporte del asegurado:** Servicio de ambulancia aérea o terrestre, a un hospital equipado para proporcionar tratamiento, siempre y cuando la utilización de dicho transporte sea absolutamente necesaria para preservar la vida del asegurado y que el tratamiento no pueda ser suministrado en la localidad donde reside.
11. **Padecimientos psiquiátricos:** Los gastos ocasionados por enfermedades mentales y desordenes nerviosos y psiquiátricos no diagnosticables más que a través de la observación

clínica, estarán cubiertos después de haber satisfecho el deducible correspondiente y hasta el máximo establecidos en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Estarán cubiertos los gastos incurridos por tensión, desorden obsesivo –compulsivo, desorden afectivo, depresión reactiva, depresión mayor, desorden de angustia, trastorno de pánico, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso – depresivo, trastornos de adaptación (shock post – traumático), trastorno disociativo (de conversión), trastornos somatomorfos.

Los gastos incurridos para este beneficio serán cubiertos bajo las siguientes condiciones:

- a) El 80% de los gastos elegibles;
 - b) Los gastos incurridos elegibles dentro de hospital por servicios de un psiquiatra profesional, no podrán exceder el límite máximo, el cual se encuentran detallados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza;
 - c) Los gastos incurridos elegibles fuera de hospital por servicios de un psiquiatra profesional no podrán exceder el número máximo de visitas por consulta y el límite máximo, los cuales se encuentran detallados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
12. **Gastos de sepelio para familiares dependientes:** Se incluye este beneficio de gastos de sepelio para familiares dependientes hasta el límite establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, que será pagado al Asegurado Titular con la presentación del certificado de defunción en caso de fallecimiento de un dependiente cubierto bajo esta Póliza.
13. **Continuidad de cobertura en caso de fallecimiento del Asegurado Titular:** En caso de fallecimiento del Asegurado Titular se otorgará cobertura sin costo para los familiares dependientes asegurados en la póliza para la cobertura de gastos médicos, por el tiempo establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, sujeto a las siguientes condiciones:
- a) El Asegurado Titular y sus Dependientes deben haber estado asegurados bajo esta póliza por lo menos durante doce (12) meses de cobertura continua;
 - b) Que la Póliza esté vigente y al día en sus pagos de prima al momento del fallecimiento del Asegurado Titular;
 - c) Si un dependiente deja de ser elegible de acuerdo a los términos de esta póliza, termina su cobertura dentro de la misma.
14. **Trasplante de órganos:**
Trasplante de órganos sujeto a las siguientes condiciones:
- a) Los gastos deben ser médicamente necesarios;
 - b) El procedimiento no puede ser experimental o para investigación;
 - c) Se cubren los gastos médicos-hospitalarios del donante a partir de la hospitalización para la intervención quirúrgica de donación y hasta que se registre la salida del hospital, momento en el que cesará esta cobertura para el donante;
 - d) Los gastos de compra del órgano no están cubiertos;

- e) Los gastos no pueden exceder el límite máximo establecido para trasplante de órganos que se indica en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

CLÁUSULA 4: EXCLUSIONES

Ningún gasto por los siguientes servicios o atención médica, será pagado:

1. Honorarios por reconocimientos médicos o chequeos médicos de rutina en ausencia de enfermedad o lesión, estudios genéticos, exámenes o pruebas de diagnóstico que no sean relacionadas ni necesarias para el tratamiento de una enfermedad o lesión corporal.
2. Exámenes de la vista, chequeos de la vista y la audición, habilitación de lentes, gafas o anteojos, lentes de contacto, implantes, prótesis y/aparatos auditivos, estrabismo, astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, queratoconos y cualquier otro padecimiento refractario de la vista, así como los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregirlos, entre los que se encuentran las queratoplastias y queratotomías radiales; habilitación de audífonos, y los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregir los padecimientos de la audición.
3. Tratamientos, estudios de diagnóstico e intervenciones quirúrgicas (excepto en caso de accidente), durante los primeros doce (12) meses de vigencia de: amígdalas y adenoides; vesícula biliar, hígado y vías biliares, cálculos renales e insuficiencia renal, nariz y senos paranasales, padecimientos anorrectales (incluyendo pero no limitándose a hemorroides, fístulas, prolapsos), insuficiencia venosa consecuencias y complicaciones, Insuficiencia del piso perineal, enfermedades del aparato reproductor femenino (incluyendo pero no limitándose a: útero ovarios, trompas, mamas), patologías y padecimientos de la columna, hernias de cualquier tipo (incluyendo pero no limitándose a inguinal, abdominal, cistocele, rectocele), padecimientos de la próstata, padecimientos en articulaciones, infartos, cirugía cardíaca, hemodinamia, trasplante de órganos, cáncer de cualquier tipo, padecimientos de rodillas y hombros.
4. Hospitalizaciones por servicios que puedan efectuarse de forma ambulatoria y hospitalizaciones de más de 23 horas previas a una cirugía programada.
5. Equipos de diálisis portátiles o para ser usados en el hogar, a menos que la Aseguradora los Autorice con anterioridad.
6. Todos los gastos incurridos por desórdenes relacionados con el Virus del Papiloma Humano (VPH), enfermedades de transmisión sexual, excepto el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH Positivo) y sus consecuencias directas o indirectas que hasta el monto máximo vitalicio establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

7. Tratamiento dental si se encuentra excluido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, excepto el originado por causas accidentales que ocasionen pérdida de dientes naturales y dislocación o fractura de la mandíbula, mientras la persona se encuentre asegurada, y que el tratamiento sea suministrado dentro de los noventa (90) días siguientes al accidente, por un cirujano dentista autorizado para ejercer su profesión, así:
 - a) Tratamiento dental por lesiones sufridas, incluyendo el reemplazo de los dientes naturales.
 - b) Tratamiento médico y/o quirúrgico de reparación de la mandíbula.
8. Tratamientos y/o intervenciones quirúrgicas de carácter cosmético, reconstructivo, estético o plástico, así como toda complicación derivada o relacionada con dichos tratamientos y/o intervenciones, incluyendo, pero no limitado a: Mastectomías por ginecomastia masculina. Blefaritis, Blefaroplastia y Blefaroptosis, Rinoplastia, etc.; excepto en los casos siguientes:
 - a) Tratamiento de lesiones sufridas en un accidente, siempre que éste ocurra mientras la persona esté asegurada y que sea proporcionado dentro de los seis (6) meses después de tal accidente.
 - b) Tratamiento de alteraciones físicas congénitas en un niño que nazca mientras el padre o madre estén cubiertos con Seguro para dependientes, hasta el límite máximo indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la póliza.
9. Gastos por tratamientos médicos y compra de medicamentos prescritos con fin cosmético, incluyendo, pero no limitándose a: tratamientos para el acné, melasma, cloasma facial y foliculitis, sin importar su origen, pigmentación o despigmentación de la piel, cicatrices, calvicie y/o alopecia areata, dermatitis seborreica del cuero cabelludo y efluvio telógeno. Productos de líneas cosméticas sustitutos de los productos normales de uso diario como jabones, cremas humectantes y/o bloqueadores solares, lociones, cremas hidratantes, tónicos, despigmentantes, emolientes andolvalurónico.
10. Tratamientos y/o estudios realizados al recién nacido antes de salir del hospital, excepto cuando la madre se encuentre cubierta por esta Póliza con cobertura de maternidad y el parto haya ocurrido después del período de espera para maternidad establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de esta Póliza, por las siguientes causas:
 - a) Por enfermedad contraída después del nacimiento.
 - b) Por condiciones congénitas anormales, genéticas o hereditarias, así como sus consecuencias.
 - c) Por parto prematuro.
 - d) Cuando el parto sea elegible bajo las condiciones de esta Póliza y por el monto límite establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de esta Póliza para el

beneficio de complicaciones del recién nacido y/o enfermedades congénitas y/o hereditarias.

11. Gastos por circuncisión (postectomía) y/o sus consecuencias y complicaciones.
12. Por condiciones preexistentes ningún beneficio será pagado por servicios o atención médica debido a condiciones preexistentes (durante los primeros doce (12) meses de vigencia de la cobertura y podrán ser reconocidos como gastos elegibles a reembolso si los gastos por estas condiciones preexistentes son incurridos después de doce (12) meses de vigencia de la cobertura, siempre y cuando dichas condiciones preexistentes se hubieran declarado en la solicitud de seguro y hubieren sido aceptadas por la Aseguradora, de lo contrario no tendrán cobertura.
13. Cualquier gasto efectuado por el acompañante del paciente, ya sea en el hospital o fuera de éste.
14. Servicios suministrados en un hospital que pertenezca a Instituciones del Estado o al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Instituciones de Seguro Social, o por cualquier otro servicio o atención médica gratuita o tratamientos en el cual los gastos se reembolsen por otra entidad o plan de seguro; con el entendido que en cualquier momento el Asegurado podrá recurrir a los beneficios cubiertos por esta Póliza.
15. Gastos ocasionados por embarazo, parto, aborto, cesárea, excepto cuando dicho embarazo, parto, aborto, cesárea concluya al final del período de espera estipulado en Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, durante los cuales el Asegurado de sexo femenino, bien sea éste Asegurado Titular o cónyuge, haya estado cubierto por esta Póliza con la cobertura de maternidad incluida por el Anexo y pago de prima correspondiente.
16. Cuidados de maternidad y del recién nacido y sus complicaciones, que estén relacionadas con un embarazo no cubierto por esta Póliza.
17. Terminación voluntaria del embarazo, excepto cuando el mismo ponga el peligro la vida de la madre.
18. Complicaciones de embarazos o recién nacidos que resulten por el uso de métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad.
19. No se cubren gastos por control del niño sano y vacunas cuando no se establezca cobertura en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y de acuerdo a las vacunas aprobadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
20. Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos o quirúrgicos prestados al Asegurado como consecuencia de no poder concebir por medios naturales, infertilidad, inseminación artificial.

21. Gastos por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, disfunción o insuficiencia sexual, cualquier tipo de medicamentos o dispositivos anticonceptivos.
22. Los gastos incurridos por el tratamiento de cualquier enfermedad o accidente, así como sus consecuencias, siempre que tal enfermedad o accidente haya sido ocasionado por alguna lesión causada a sí mismo o por lesiones causadas a través de terceros con el consentimiento del asegurado, estando o no el Asegurado en el uso de sus facultades mentales, incluyendo lo siguiente:
 - a) Suicidio o intento de suicidio.
 - b) Uso voluntario o involuntario excesivo o indebido de drogas, narcóticos o alcohol.
 - c) Cualquier condición o desorden adictivo.
 - d) Abuso en el uso de medicamentos, incluyendo los que sean prescritos por un médico autorizado para ejercer la medicina.
23. Gastos necesarios para el tratamiento de alcoholismo o drogadicción y/o sus consecuencias, así como cualquier tratamiento médico o lesiones causadas mientras el Asegurado se encuentra bajo estado de alcoholismo, toxicomanía, drogadicción o cualquier vicio.
24. Lesiones o enfermedades causadas en actos de guerra (sea ésta declarada o no), participación en motín o tumulto popular, lesión o enfermedad a consecuencia de insurrección, terrorismo, rebelión o violencia política en general, sea con participación voluntaria o no.
25. Tratamiento de lesiones o enfermedades y sus complicaciones y secuelas, provocadas por materiales nucleares o radioactivos, polución o contaminación ambiental.
26. Tratamientos médicos o quirúrgicos por control de peso, sobrepeso u obesidad, control dietético, consultas o planes de nutrición para cualquier condición o enfermedad, raquitismo, bulimia, anorexia. Así como cualquier tratamiento, cirugía o programa para desviación gástrica o procedimiento de reducción gástricas, cirugía bariátrica.
27. Tratamientos médicos, estudios, medicina u operaciones quirúrgicas de naturaleza preventiva.
28. Aquellos cargos por procedimientos, servicios o suministros que no llenan los requisitos aceptables establecidos en la práctica médica o la ciencia médica, incluyendo cargos por procedimientos naturales, servicios o suministros de naturaleza experimental o que formen parte de protocolos de investigación, incluyendo, pero no limitándose a: oxigenoterapia, ozonoterapia, cámara hiperbárica, acupuntura. Gastos por compra de Vitaminas, Hormonas (para nivelación de hormonas sexuales), medicina natural, medicina homeopática, acupuntura, cualquier gasto por honorarios y/o tratamiento de medicina alternativa, así como medicamentos con indicaciones fuera de etiqueta.

29. Productos que puedan obtenerse sin receta médica, productos clasificados como vitaminas o suplementos alimenticios y/o dietéticos.
30. Curas o cuidados de Reposo, convalecencia, curas o cuidados en custodia o períodos de cuarentena o aislamiento.
31. Terapias, medicamentos, tratamiento médico o quirúrgico por retardo de aprendizaje, hiperkinesis o hiperactividad, con déficit de atención y retardo del crecimiento (deficiencia de la hormona del crecimiento), talla corta o retraso psicomotor, trastornos de conducta y del lenguaje.
32. Gastos relacionados con, pero no limitados a: Andropausia (Hipoandrogenemia, Hipogonadismo, Testosterona baja); Menopausia (Hipoestrogenemia); Climaterio y Pubertad Precoz.
33. Tratamientos de los maxilares de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a, cirugía ortognática para el tratamiento de hiperplasia e hipoplasias de la mandíbula superior e inferior, cirugía maxilofacial en general, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneomandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula conectando el hueso de la mandíbula y el cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación. Así como todas las anomalías congénitas, hereditarias o adquiridas durante el crecimiento. También se excluye cualquier tratamiento relacionado directa o indirectamente con ortodoncia e implantología.
34. Cargos por atención que excedan los niveles de “Razonables, Usual y Acostumbrados” (RUA).
35. No se cubren los gastos incurridos (estudios especiales, laboratorios, etc.) para el tratamiento de o resultantes de problemas y desórdenes del sueño, tales como ronquidos, insomnio o apnea del sueño (interrupción temporal de la respiración durante el sueño). Problemas de ansiedad, stress que incluya terapia sustitutiva (hormonas oral o inyectada, parches), laboratorios, rayos X o examen de diagnóstico, ansiolíticos.
36. Los gastos incurridos para el tratamiento de lesiones que sufra el Asegurado cuando viaje como ocupante de cualquier automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, incluyendo motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor, o consecuencia de actos imprudentes y/o temerarios o que por su naturaleza están fuera del dominio de seguridad de aplicación. También están excluidas las lesiones originadas mientras el Asegurado viaje como piloto o como cualquier otro personal o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio regular de traslado de pasajeros.

37. Los gastos incurridos para el tratamiento de lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de deportes extremos, incluyendo pero no limitados a: bunging, canoping, alpinismo, paracaidismo, buceo, clavado aéreo o cualquier tipo de deporte de aviación como paragliding, velideltismo o parapenting, etc.; así como lesiones mientras realiza actividades deportivas o práctica de deporte profesional o semiprofesional, por la que el Asegurado reciba compensación económica y que constituya su mayor fuente de ingreso.
38. No se cubren gastos por honorarios de psicólogo y nutricionista.
39. No se cubre gastos por la adquisición de los siguientes equipos o aparatos: CPAP, nebulizadores, esfignomanómetro, glucómetro, aparatos para fisioterapia o rehabilitación física, zapatos ortopédicos, barras ortopédicas, plantillas ortopédicas, almohadas, colchones, cojines, inmovilizadores.
40. Reemplazo de prótesis fijas o removibles y de prótesis externas o implantes, excepto cuando la inserción de la prótesis original ha sido cubierta bajo los términos de esta Póliza.
41. Cualquier gasto de Donantes de órganos, incluyendo, pero no limitado a estudios de compatibilidad y procedimientos quirúrgicos.
42. Tratamientos relacionados con procedimientos de implantes artificiales u órganos procedentes de animales. Los costos de la criopreservación, la preservación de la médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, o cualquier otro tejido o célula.
43. Gastos de atención por desórdenes mentales y todo tipo de tratamiento psiquiátrico de enfermedades descritas en el DSM-V y sus consecuencias, en exceso del límite estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
44. Cargos por transporte del Asegurado, excepto por servicios de ambulancia local y de acuerdo a lo estipulado en los beneficios elegibles de estas Condiciones Generales.
45. Gastos por ambulancia aérea que excedan el límite establecido en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza o que no cumpla con lo estipulado en los beneficios elegibles de estas Condiciones Generales.
46. Gastos por enfermedades catalogadas como pandemias o epidemias, por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y organismos internacionales de Salud (OPS, OMS).
47. Todos los cargos en exceso al límite del monto de los beneficios estipulados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

48. Cualquier servicio y tratamiento prestado u ordenado por un familiar en primer y segundo grado de consanguinidad o afinidad, incluido pero no limitado al cónyuge, padres, hermanos, hijos o por otra persona que regularmente reside en el domicilio del Asegurado; o cualquier tratamiento prestado en una institución o clínica que sea propiedad o que esté bajo la supervisión del Asegurado o de un familiar tal como se describe en este párrafo, salvo que los servicios o tratamientos hayan sido previamente autorizados por la Aseguradora.
49. Servicios, procedimientos y tratamientos que no sean médicamente necesarios para la recuperación del Asegurado: Peluquería y barbería, compra o alquiler de artículos para la comodidad personal (radio, televisión, aire acondicionado, vaporizador, humidificador, equipo para hacer ejercicios o similares). El uso médicamente innecesario de dispositivos correctivos, equipos, aparatos médicos y de uso personal (almohadas, inodoros portátiles, etc.). Compra de equipo y dispositivos médicos.
50. Complicaciones médicas relacionadas con cualquier condición excluida por esta Póliza.

CLÁUSULA 5: DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

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, rescindiré 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.

CLÁUSULA 6: VIGENCIA

6.1 Vigencia de la póliza

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 fin 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.

6.2 Fecha de inicio de cobertura

La Cobertura comenzará para el Asegurado Titular y Dependientes en la fecha en que la solicitud de cada uno de ellos sea aprobada por la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de negar la inscripción sobre la base de una solicitud individual, para incluir dependientes a cargo sin dar ninguna razón, o para aceptar el solicitante y / o personas dependientes en condiciones especiales.

6.3 Fecha terminación de cobertura

Para el Asegurado Titular:

La cobertura terminará en la más temprana de las fechas siguientes:

- a) La fecha en que el Asegurado Titular deje de cumplir con los requisitos de elegibilidad descritos en la cláusula 7 de estas Condiciones Generales;
- b) La fecha de fin de vigencia indicada en la Carátula de la Póliza.
- c) Después de treinta (30) días contados desde la fecha de vencimiento de cada prima posterior a la inicial que resultare no pagada.
- d) La fecha del fallecimiento del Asegurado.
- e) La fecha en que el Asegurado Titular notifique por escrito su deseo de renunciar a la cobertura.

Para el Asegurado dependiente:

El Seguro de cualquier Asegurado Dependiente del Asegurado Titular, quedará terminado por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) En la fecha en que termine el seguro del Asegurado Titular por cualquier causa.
- b) En la fecha de fallecimiento del dependiente del Asegurado Titular.
- c) En la fecha en que alguno de los hijos dependientes no cumpla con los requisitos establecidos para los mismos en la descripción de hijos dependientes.
- d) En la fecha de terminación de la Póliza.
- e) En la fecha en que se termine la relación de parentesco con el Asegurado Titular.
- f) En la fecha en que el Asegurado Titular notifique por escrito su deseo de renunciar a la cobertura del Asegurado Dependiente.

CLÁUSULA 7: ELEGIBILIDAD

7.1 Requisitos básicos de elegibilidad

Serán elegibles para participar en este seguro cualquier persona y sus dependientes, que se encuentren dentro de los límites de edad establecidos por la Aseguradora, y que presenten una solicitud por escrito suministrando pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Aseguradora, sin costo alguno para ésta, y dicho seguro entrará en vigor en la fecha que la Aseguradora determine.

7.2 Condiciones de elegibilidad

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

- a) Tener su País de Residencia dentro de la República de Guatemala;
- b) No ser menor de dieciocho (18) años de edad, ni mayor de setenta (70) años de edad, al momento de solicitar el seguro;
- c) Pagar la prima correspondiente.

7.3 Dependientes elegibles

- a) Cónyuge legítimo del Asegurado Titular o al conviviente del Asegurado Titular, no menor de dieciocho (18) años de edad, ni mayor de setenta (70) años de edad, al momento de solicitar el seguro.
- b) Hijo(a) natural, hijastro, o legalmente adoptado(a) soltero(a) del Asegurado Titular cuyas edades no sean menores de diez (10) días de nacido ni mayores de veintitrés (23) años, siempre y cuando el niño dependa económicamente del Asegurado Titular y conviva con él.
- c) Hijo(a) soltero(a) con al menos dieciocho (18) años de edad, pero menor de veinticinco (25) años, y matriculado como estudiante a tiempo completo en un colegio o universidad acreditada y que no sea empleado(a) a tiempo completo. Se entiende por estudiante a tiempo completo a la persona matriculada en una institución educativa debidamente autorizada como tal, a la cual asiste en forma regular, cumpliendo con un programa de estudios.
- d) Los límites de edad que se aplican a el (los) hijo(s) dependiente(s) no se aplicarán a ningún hijo(s) asegurado del Asegurado Titular que dependa de este para su sustento y manutención porque se encuentre imposibilitado de trabajar a consecuencia de un impedimento físico o retardo mental, que ocurriese antes de alcanzar la edad límite y mientras estuviese asegurado por esta Póliza.

7.4 Privilegio de conversión

Todos los familiares dependientes asegurados bajo el beneficio de Gastos Médicos, que dejen de estar asegurados de acuerdo con las condiciones de terminación de esta Póliza, tienen derecho a solicitar su inclusión como Asegurados Titulares, si presentan por

escrito tal solicitud, sin necesidad de presentar pruebas de asegurabilidad, siempre que se cumpla con los siguientes requisitos:

- a) Que la condición de terminación del seguro individual no se haya suscitado por falta de pago de primas y por omisiones o declaraciones inexactas.
- b) Que haya estado asegurado bajo la Póliza individual del Asegurado Titular como mínimo un año ininterrumpido.
- c) Que su solicitud la presente a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días contados, a partir de la fecha en la que deja de estar asegurado bajo la póliza anterior.
- d) Que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión establecidos por la Aseguradora para los seguros individuales que entonces emita.
- e) La cantidad del Seguro de Vida a la cual tendrá derecho el Asegurado Dependiente será la que ya haya tenido como tal, o en caso de no haber tenido la cobertura, tendrá derecho al mínimo en vigor en esta Póliza para Asegurados Titulares en la fecha de su solicitud.
- f) Que la suma asegurada para Gastos Médicos y Plan Dental no sea superior a la que tenía asignada en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza
- g) Para los beneficios en los que existan límites definidos como “Límite Máximo Vitalicio”, se deducirán las cantidades ya pagadas por dichos beneficios bajo la condición de Asegurados Dependientes.

7.5. Recién nacido

Los hijos recién nacidos tendrán derecho a inclusión al seguro a partir del día diez (10) después de su nacimiento, para lo cual el Asegurado Titular deberá suministrar pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Aseguradora, sin costo alguno para ésta, y dicho seguro entrará en vigor en la fecha que la Aseguradora determine.

CLÁUSULA 8: RESPONSABILIDADES DEL ASEGURADO

8.1 Deducible anual:

- a) Se aplicará un (1) deducible anual por Asegurado definido en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza.
- b) Para las pólizas donde hay dependientes asegurados se aplicará un máximo de tres (3) deducibles anuales cubiertos por cada Asegurado, entre Asegurado Titular y Dependientes.

Queda a discreción de la Aseguradora eliminar a todo o parte del deducible a un Asegurado.

8.2 Participación del Asegurado después de descontado el deducible:

- a) La Participación del Asegurado será aplicada después que el Asegurado pague el deducible. Tanto el deducible como la participación del Asegurado están indicados en la Carátula de la Póliza.
- b) La Participación del Asegurado se aplicará para aquellos beneficios elegibles incurridos y su cantidad está estipulada en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.
- c) Crédito al deducible: cualquier beneficio elegible en el que se incurra y que sea aplicado al deducible del período de cobertura durante los 30 días calendarios previos a la fecha de renovación, se postergará y será aplicado al deducible del siguiente periodo de Cobertura.

CLÁUSULA 9: DISPOSICIONES GENERALES DEL PAGO DE LA PRIMA

9.1 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.

9.2 Período de gracia: Un período de gracia de treinta (30) días calendario será concedido para el pago de cada prima que corresponda después de la primera, período durante el cual la Póliza continuará en vigencia, condicionado a que la prima sea recibida por la Aseguradora antes de la expiración del periodo de gracia.

9.3 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.

CLÁUSULA 10: RENOVACIÓN

La Póliza será renovada cada año en el aniversario de la fecha de fin vigencia de la Póliza. El período inicial de cobertura no puede exceder de doce (12) meses. El Asegurado, sin embargo, puede solicitar la renovación de la cobertura. El período de renovación no puede ser de más de doce (12) meses. Las renovaciones estarán sujetas a las definiciones, términos y condiciones vigentes al momento de cada renovación. La Aseguradora se reserva el derecho de alterar y/o enmendar por categoría los términos, condiciones, tarifas, descuentos y/o recargos en cada fecha de renovación de la Póliza y de aplicar dichas alteraciones y/o enmiendas a todas las Pólizas nuevas y de renovación. La(s) renovación(es) dependerá(n) de que el Asegurado entregue la solicitud en el tiempo estimado y la Aseguradora, reciba en su oficina la solicitud para renovación y la prima.

CLÁUSULA 11: CANCELACIÓN

La Aseguradora podrá cancelar la póliza si la prima no es pagada después del período de gracia de pago de las primas. El Asegurado podrá cancelar la Póliza, comunicando con treinta (30) días calendario de anticipación por escrito.

Cualquiera de las partes podrá dar por cancelada la Póliza anticipadamente sin expresión de causa con quince (15) días de aviso previo, en cuyo momento la Aseguradora hará un cálculo de la prima no devengada (si la hubiere) para reembolsarla al Asegurado.

CLÁUSULA 12: REHABILITACIÓN

Si la Aseguradora cancela la Póliza por falta de pago, la Aseguradora a su discreción podrá considerar la rehabilitación de la Póliza, después de haber recibido el formulario debidamente lleno y firmado por el Asegurado, mismo que será evaluado por la Aseguradora. La solicitud de rehabilitación deberá ser presentada dentro de los sesenta (60) días calendario posterior a la fecha de caducidad de la Póliza. No se considerará ninguna solicitud de rehabilitación si se presenta después de transcurridos los sesenta (60) días calendario.

La presentación del formulario de rehabilitación no obliga a la Aseguradora a aceptar el riesgo. La Aseguradora dentro de los quince (15) días calendario siguientes a la presentación del formulario confirmará o denegará la solicitud de rehabilitación. En caso de aceptarse la rehabilitación queda sujeta a lo siguiente:

- a) Al pago de la prima correspondiente;
- b) Únicamente se cubrirán los eventos que resulten de lesiones sufridas inmediatamente después de la fecha de rehabilitación y aquellos que resulten de enfermedades que se manifiesten a partir de los diez (10) días de la fecha de inicio de cobertura de la rehabilitación.

CLÁUSULA 13: PAGO DE RECLAMO

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, Condiciones Particulares y Coberturas Adicionales de esta Póliza. La Aseguradora reembolsará al Asegurado de acuerdo con los costos razonables y acostumbrados que se aplican y/o pagará directamente a médicos y hospitales en todo el mundo cuando esto sea posible.

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 arbitraje.

13.1 Prueba de reclamación: El Asegurado debe proporcionar toda la información requerida en la solicitud y cualquier información adicional solicitada por la Aseguradora, como resultado de un reclamo, incluido, pero no se limita a, firmar los formularios correspondientes, o los expedientes médicos, las facturas originales detalladas, reporte policial relacionado con el reclamo y/o declaración jurada describiendo el accidente relacionado con el reclamo.

La Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones:

- a) Si se omite el aviso del siniestro con la intención de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias;
- b) Si con el fin de hacerle incurrir en error, se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieren excluir o restringir sus obligaciones;
- c) Si, con igual propósito, no se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro o a la prueba de pérdida.

Exámenes físicos y autopsia: La Aseguradora en sus propias expensas, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a la persona o cualquier individuo cuya lesión o enfermedad es la base del reclamo y, en la ocasión y con la frecuencia que razonablemente pueda requerirse durante la disputa de un reclamo y el presente para hacer una autopsia en caso de muerte, donde no está prohibido por la ley.

CLÁUSULA 14: MONEDA

Todos los valores mencionados en esta Póliza son en la moneda estipulada en la Carátula de la Póliza. El tipo de cambio utilizada para pagos de facturas emitidas en cualquier otra moneda que no sea dólares estadounidenses (USD), estarán calculados de acuerdo con el tipo de cambio publicada diariamente por el Banco de Guatemala.

CLÁUSULA 15: ARBITRAJE

Toda disputa o reclamación que se relacione con la aplicación, interpretación y/o cumplimiento de este contrato, por cualquier causa, deberá resolverse mediante arbitraje de derecho o equidad, según sea el caso, de conformidad con la Ley de Arbitraje y el Reglamento de Arbitraje de la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala (CRECIG), que se encuentren vigentes al momento de surgir el conflicto. El Arbitraje será administrado por CRECIG en la ciudad de Guatemala. Cada una de las partes nombrará un árbitro y dichos árbitros nombrarán al tercero. La ejecución del laudo será competencia de los Tribunales de Jurisdicción Civil y Mercantil de Guatemala.

CLÁUSULA 16: PRESCRIPCIÓN Y ACCIÓN LEGAL

Todas las acciones que deriven de un contrato de seguro, prescribirán en dos años contados desde la fecha del acontecimiento que le dio origen.

Ninguna acción legal podrá ser presentada contra la Aseguradora para lograr el pago de una reclamación a menos que haya transcurrido un período mayor de 30 días contados a partir de la fecha en que la prueba de reclamación ha sido suministrada de acuerdo con los requisitos de la Póliza.

CLÁUSULA 17: NOTIFICACIONES

Todas las notificaciones requeridas por esta Póliza serán dadas por escrito. Si la notificación es para el Asegurado, ésta será enviada al Asegurado y/o a su intermediario de seguro; y si debe ser dada a la Aseguradora, debe ser enviada a su oficina principal.

CLÁUSULA 18: ESTIPULACIÓN LEGAL

Por estipulación legal se cita el siguiente artículo: 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.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 213-2018 del 01 de febrero de 2018, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.