

**PÓLIZA INDIVIDUAL  
SEGURO DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS**

Para adherir a la Póliza No.

**ANEXO PLAN DENTAL**

Por convenio expreso entre el Solicitante y la Aseguradora, mediante la contratación de este Anexo y el pago de prima adicional correspondiente, la Aseguradora se obliga a reembolsar los gastos dentales al (a los) Asegurados(s) declarados en la Solicitud de Seguro y aceptados por la Aseguradora, el monto y las coberturas Básicas y Complementarias de este Anexo estipuladas en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, siempre y cuando este Anexo esté vigente.

**1. DEFINICIONES**

**ASISTENCIA DENTAL:** Conjunto de procedimientos realizados por profesional en odontología destinados al diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades que afectan la cavidad oral.

**COMPAÑÍA Y/O ASEGURADORA:** Seguros Agromercantil, S.A.

**ADMINISTRADOR DE LA RED DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS:** Es la persona jurídica que administra la Red de Proveedores de servicios odontológicos autorizados por la Aseguradora, que adicionalmente coordina los servicios y asistencias que se detallan en esta Anexo, cada vez que el Asegurado los requiera.

**RED DE PRESTADORES:** Grupo de profesionales e instituciones debidamente acreditadas adscritas a la red en Guatemala para la prestación de los servicios contemplados.

**ODONTÓLOGO:** Es un profesional legalmente autorizado para profesar y ejercer la odontología en Guatemala, deberá estar debidamente inscrito y vigente ante el Colegio Estomatológico de Guatemala y deberá demostrar una experiencia mínima de dos (2) años como Odontólogo.

**ANEXO:** Documento emitido por la Aseguradora que adiciona una cobertura a la Póliza.

**TRATAMIENTO DENTAL:** Procedimiento médico odontológico realizado por profesional titulado en Odontología con el cual se busca devolver la salud dental perdida como consecuencia de una enfermedad dental o de un accidente que afecte la cavidad oral. El tipo de tratamiento cubierto depende de la descripción realizada en el cuadro de beneficios de la carátula de la Póliza.

**MÁXIMO ANUAL:** Límite anual que tiene cada Asegurado Titular y Dependiente, cubiertos por este Anexo.

**PREEXISTENCIA:** Son aquellas patologías o condiciones dentales que el Asegurado Titular o sus Dependientes presentan con anterioridad a la fecha en que inicia la vigencia de la cobertura dental.

**ACCIDENTE:** Hecho súbito, violento, externo, imprevisto, repentino e independiente de la voluntad del Asegurado Titular o Dependientes de este Anexo que cause lesiones dentales evidenciadas por contusiones, heridas en cara o fracturas de piezas dentales médicamente comprobadas.

**PERIODO DE CARENCIA:** Período posterior al inicio de la vigencia de la asistencia durante el cual el Titular y los Dependientes no están amparados por las coberturas descritas en el Cuadro de Beneficios.

**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 este Anexo.

**COPAGO:** Valor a cargo del Asegurado Titular o Dependientes de este Anexo para aquellos tratamientos definidos con condición de cobro de copago en Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

**TARIFA PREFERENCIAL:** Descuento aceptado por los prestadores de la Red al que accede el Asegurado Titular o Dependientes de este Anexo para aquellos tratamientos no contemplados en el Cuadro de Beneficios.

**AUDITORÍA MÉDICA DENTAL:** Acciones realizadas por profesional calificado en el área médica - odontológica para verificar la pertinencia, la calidad y el buen uso de los recursos destinados a la atención de la salud oral y garantizar que se encuentren acorde con los estándares de calidad establecidos por la Aseguradora.

**PLAN DENTAL:** Es la alternativa seleccionada por el Asegurado Titular en la solicitud de la póliza, en cuya carátula se indica claramente la Suma Asegurada por Cobertura, los alcances por cada cobertura odontológica y la prima a pagar. Para efectos de la cobertura de gastos odontológicos, el Asegurado Titular será el encargado de elegir el plan que lo cubrirá a él y a los demás Asegurados.

**COBERTURAS COMPLEMENTARIAS 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.

## 2. COBERTURA

La Aseguradora indemnizará la ocurrencia de cualquiera de los riesgos amparados bajo las Coberturas que adelante se detallan. Este Anexo está conformado por todas las Coberturas Básicas que se detallan a continuación y las Coberturas Complementarias Adicionales que se detallan en los Numerales Anexos 1 y 2, de acuerdo a lo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

## **Coberturas Básicas y Límites para el Asegurado Titular y los Asegurados Dependientes:**

Los beneficios elegibles son todos aquellos Gastos Dentales efectivamente incurridos por un Asegurado necesarios para la atención o el tratamiento de cualquier enfermedad o accidente. Dichos gastos deberán ser por concepto de servicios, tratamientos o medicamentos ordenados por un odontólogo colegiado y que no estén enumerados en la cláusula 3 Exclusiones, según los términos y condiciones de este Anexo como se detallan a continuación:

- 2.1 ATENCIÓN URGENCIAS:** Cubre las medidas terapéuticas destinadas a la atención y manejo de dolor intenso y/o de procesos inflamatorios agudos que afecten la cavidad oral, causados por agentes infecciosos, traumáticos o cáusticos y que justifiquen una atención profesional inmediata. Estos eventos incluyen rayos X periapicales o radiovisiografía digital, Pulpectomía (eliminación del nervio), tratamiento de hemorragia bucal, retiro de cuerpo extraño, tratamiento de alveolitis, drenaje de absceso intraoral y reimplantación dental en caso de avulsión. En caso de dolor agudo, se prescribirá medicación analgésica de acuerdo al criterio clínico del profesional. Para casos en los que se presenten celulitis (proceso infeccioso que causa inflamación) o abscesos de origen dental que invadan espacios aponeuróticos (espacios anatómicos entre nervios y músculos) sólo se prescribirán medicamentos y se realizará la respectiva remisión si se requiere para manejo intrahospitalario de estos pacientes.
- 2.2 EMERGENCIAS PROTÉSICAS:** Cubre procedimientos destinados a la atención de urgencias relacionadas con desajuste de prótesis totales, parciales o fijas que puedan ser solucionadas provisionalmente mediante los siguientes tratamientos: reparación de prótesis en consultorio, rebase de prótesis, reparación de diente acrílico (prótesis), reposición de diente temporal en acrílico, re-cementación temporal de coronas.
- 2.3 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN:** Procedimientos enfocados en prevenir las enfermedades orales y promover el auto cuidado de la salud oral. Incluye examen clínico, diagnóstico y plan de tratamiento realizado por profesional en odontología adscrito a la red de prestadores, fisioterapia oral (instrucción personalizada para el control de la placa bacteriana, enseñanza técnica de cepillado y uso de seda dental), remoción de cálculos supragingivales (raspado dental) y profilaxis (limpieza placa blanda). En pacientes pediátricos cubre aplicación flúor en gel (menores de 14 años) y sellantes de fosas y fisuras (menores de 12 años)
- 2.4 RADIOLOGÍA:** Cubre radiografías periapicales, coronales (aleta de mordida) y radiografía oclusal utilizadas como ayudas diagnósticas de los tratamientos a realizar e igualmente las radiografías periapicales y/o coronales de control necesarias durante la realización de procedimientos de endodoncia, cirugía oral, o

cualquier otro que sea objeto de cobertura. Las radiografías cubiertas serán las necesarias para el diagnóstico, la ejecución y control de los tratamientos dentales.

### 3. EXCLUSIONES

Las coberturas indicadas no amparan los eventos que tengan origen o estén relacionados con alguna de las siguientes causas:

1. Tratamientos complementarios a los contemplados dentro de la cobertura (sedación, rehabilitación, ortodoncia).
2. Tratamientos o procedimientos estéticos para fines de embellecimiento y/o cualquier cirugía reconstructiva dental.
3. Tratamientos originados en enfermedades mentales y/o lesiones sufridas por el titular cuando éste se encuentre bajo efectos de sustancias sicotrópicas, alcohólicas o en estados de enajenación mental de cualquier etiología.
4. Lesiones y/o enfermedades sufridas en guerra, declarada o no, rebelión, revolución, asonada, motín o conmoción civil, cuando el titular sea participe de éstas.
5. Fenómenos de la naturaleza tales como inundaciones, terremotos, aluviones, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
6. Tratamientos o procedimientos que se requieran como consecuencia de la energía nuclear radioactiva.
7. Lesiones, accidentes o cualquier tipo de enfermedad derivada de la práctica de deportes de alto riesgo, tales como: paracaidismo, alas delta, motocross, motociclismo, automovilismo, aviación no comercial, montañismo y otros similares.
8. Tratamientos odontológicos, quirúrgicos u hospitalarios para pacientes en estado de muerte cerebral según los criterios éticos legales, clínicos y paraclínicos actuales, para el diagnóstico de muerte cerebral.
9. Lesiones auto-infringidas y/o intento de suicidio.
10. Tratamientos hospitalarios y/o ambulatorios que se requieran, como consecuencia o en virtud de, la complicación de un tratamiento no amparado por este Anexo.
11. Procedimientos que exijan hospitalización, anestesia general o atención domiciliaria.
12. Tratamientos experimentales, aplicación de medicamentos y/o material importado no reconocido en el plan de asistencia odontológica, prótesis, implantes, rehabilitación oral, disfunciones de la articulación temporomandibular, servicios de ortodoncia y/o ortopedia funcional, servicios con metales preciosos y/o cualquier tipo de porcelanas o cerámica, odontología cosmética, que no hayan sido descritos en las coberturas.
13. Procedimientos prestados por instituciones y odontólogos no adscritos a la red establecida.
14. Carillas para cambios de forma, tamaño o color de los dientes, o el cambio de amalgamas que se encuentren adaptadas y funcionales por resinas, así mismo restauraciones para sensibilidad dental, blanqueamientos de dientes vitales y no vitales, reparación de perforaciones dentales, y procedimientos pre-protésicos en general que no hayan sido descritos en las coberturas.

15. Otros procedimientos no descritos dentro de las coberturas del plan.
16. Las complicaciones y secuelas generadas por el abandono del tratamiento, por parte del titular. Se considera abandono cuando un paciente no asiste por espacio de treinta (30) días calendario a la cita para la continuidad del tratamiento odontológico iniciado.

#### **4. ELEGIBILIDAD y LIMITES DE EDAD**

##### **4.1 Condiciones de Elegibilidad**

El Asegurado Titular y sus 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.

##### **4.2 Dependientes Elegibles**

- a) Cónyuge legítimo del Asegurado Principal o al Conviviente del Asegurado Principal, 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 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 Principal 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.
- d) 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.
- e) Los límites de edad que se aplican a el (los) hijo(s) dependiente(s) no se aplicarán a ningún hijo(s) asegurado del Asegurado Principal 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.

**5. PERÍODO DE CARENIA:** Este Anexo contiene un Período de Carencia por cobertura y procedimiento, comenzando a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado por este Anexo, hasta el período máximo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

## **6. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO:**

### **6.1 SERVICIOS**

Para acceder a los beneficios descritos en este Anexo al Asegurado deberá comunicarse a la línea de atención establecida. Una vez sea atendido por el asesor de servicio, el Asegurado deberá solicitar que se le asigne una fecha y hora para la primera cita de evaluación, según disponibilidad de la Red de Servicios, ubicación y preferencia del Asegurado entre las alternativas que se le ofrezcan. Para recibir atención en el consultorio debe presentar su documento de identidad. Las demás citas de tratamiento serán coordinadas directamente con el profesional de la Red de Servicio. Durante la cita de evaluación serán tomadas las radiografías dentales y las fotos clínicas necesarias para documentar el estado de salud oral del paciente y para la autorización de tratamientos.

### **6.2 AUTORIZACIÓN GRABACIÓN DE LLAMADAS**

El Asegurado Titular autoriza a la Aseguradora a grabar las conversaciones telefónicas entre el asegurado que solicita la atención y el call center de servicio con el propósito expreso de corroborar las citas asignadas, las autorizaciones otorgadas y la calidad del servicio prestado (encuesta de satisfacción).

### **6.3 AUTORIZACION PARA LA TOMA DE IMÁGENES**

El Asegurado Titular autoriza a la Aseguradora para que únicamente dentro de su red de prestadores odontológicos se realicen evaluaciones clínicas, toma de fotografías intra y extra orales e imágenes diagnósticas (rayos x) como parte del protocolo para el registro y autorización de tratamientos. Estas imágenes sólo podrán ser revisadas por el odontólogo tratante y por el área de auditoría médica de la Aseguradora para efectos de evaluación de pertinencia y calidad de los tratamientos realizados.

### **6.4 AUTORIZACIÓN PARA AUDITAR PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS**

El Asegurado Titular autoriza a la Aseguradora a practicar de manera virtual o presencial cuando el caso lo amerite una auditoría documental de imágenes fotográficas o radiográficas con el propósito específico de verificar la pertinencia o la calidad de los tratamientos realizados por los odontólogos de la red; para tal fin estas imágenes harán parte del expediente electrónico personal del Asegurado y solo tendrán acceso los auditores autorizados por la Aseguradora.

### **6.5 RED DE PRESTADORES**

Los servicios odontológicos descritos en el Cuadro de Beneficios de la Cobertura Básica y las Coberturas Complementarias Adicionales I y II sólo se prestarán en el Territorio Nacional de Guatemala en las clínicas autorizadas de la red.

## **7. FECHA DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:**

### **Para el Asegurado Titular:**

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

- a) La fecha en que el Asegurado 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 cuota de la prima total.
- 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, indicadas en este Anexo.
- 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.

**COBERTURA COMPLEMENTARIA ADICIONAL 1**

**TRATAMIENTOS CIRUGÍA, PERIODONCIA, RESTAURACIÓN, ENDODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA**

**1. CIRUGÍA ORAL:**

Cubre los procedimientos quirúrgicos necesarios para aliviar alteraciones producidas en los maxilares relacionadas con traumas, fracturas, procesos infecciosos o inflamatorios, defectos anatómicos en los que se requiere intervención quirúrgica para la recuperación de la salud oral. Se incluyen: exodoncias simples, extracción quirúrgica o compleja (excluye terceros molares), exodoncia de restos radiculares, extracción de terceros molares erupcionados, cirugía de dientes retenidos (excluye terceros molares), cirugía de tejidos blandos y frenectomía bucal. Se excluye cirugía terceros molares semi o incluidos en el hueso. En ningún caso, se cubrirá procedimientos bajo sedación; en caso de requerirlos estos serán por cuenta del paciente. Los tratamientos descritos se cubrirán de acuerdo con lo descrito en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

**2. PERIODONCIA:**

Contempla tratamientos para aliviar afecciones de las encías y tejidos de sostén de los dientes: incluye tratamientos específicos periodontales tales como: Curetaje a campo cerrado o abierto, gingivectomía y operculectomía. Los tratamientos descritos se cubrirán de acuerdo con lo descrito en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

**3. ENDODONCIA:**

Cubre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del canal dental (nervio) y de la raíz, siempre y cuando esté asociado a patología pulpar de un diente no tratado

previamente por endodoncia, es decir, no aplica para re-tratamientos de canal. Incluye endodoncias en dientes anteriores, premolares y molares y también apicectomía que se refiere a un procedimiento quirúrgico cuyo objetivo es eliminar una infección que afecta a la raíz de una pieza dental y a los tejidos adyacentes. Este tipo de cirugía se realiza únicamente si han fracasado otros tratamientos (endodoncia), si es imposible acceder al ápice (extremo final) de la raíz, si existen falsos conductos en el diente o si alguno de estos se ha fracturado y se ha quedado algún instrumento de los que se utilizan en la endodoncia. Los tratamientos de canal (endodoncias de cualquier diente) y la apicectomía se cubrirán de acuerdo con lo descrito en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

#### **4. RESTAURACIÓN:**

Cubre los procedimientos y medidas terapéuticas necesarias para la reparación de la anatomía y función de cualquier pieza dental afectada por caries, fracturas o desalojo de restauraciones previas. Está incluida la restauración en resina de fotocurado (relleno blanco) o en amalgama (relleno gris) y las restauraciones en ionómero de vidrio para cuellos. Se cubrirá la restauración, siempre y cuando, esté indicada y pueda garantizarse su correcta realización, dientes con pérdidas de tejido superiores al 50% pueden requerir otro manejo (incrustación o corona). Los tratamientos descritos se cubrirán de acuerdo con lo descrito en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

#### **5. ODONTOPEDIATRÍA:**

Cubre las prácticas para la promoción de la salud y las buenas prácticas de higiene en los niños. Contempla exodoncia o extracción de dientes temporales y tratamientos para manejo de caries, fracturas o desalojo de restauraciones en cuyo caso cubre rellenos en resina, amalgama o ionómero de vidrio y restauraciones mayores como coronas de acero para molares y coronas en resinas para dientes anteriores. En caso de afección pulpar (nervio o canal), contempla pulpotomías y tratamientos de canal para niños en dientes temporales. En caso de pérdida prematura de dientes temporales, se cubrirá el mantenedor de espacios, siempre y cuando este indicado. Los tratamientos descritos se cubrirán de acuerdo con lo descrito en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.



## COBERTURA COMPLEMENTARIA ADICIONAL 2

### TRATAMIENTOS REHABILITACIÓN

El principal objetivo de esta Cobertura Complementaria, es cubrir los procedimientos y medidas necesarias para rehabilitar o reemplazar una parte o la totalidad de la estructura dentaria afectada por una enfermedad o un trauma, cuando el odontólogo o profesional especialista de la Red de Servicios Odontológicos lo estime necesario. Las coberturas incluyen:

#### **1. INCRUSTACIONES:**

Las incrustaciones dentales son un tipo de restauración dental conservadora que se realiza cuando hay un daño que compromete seriamente la estructura dental, y como alternativa a la corona dental. Se utilizan especialmente en dientes que presentan caries interproximales o fracturas y en dientes que han sido tratados endodónticamente (tratamiento de canal), siempre y cuando, el daño no sea tan extenso como para requerir la colocación de una corona. La cobertura incluye incrustaciones en resina técnica indirecta, incrustación inlay/onlay metal-porcelana o incrustación inlay/onlay solo porcelana. Están excluidas incrustaciones en zirconio, procera o EMAX y otros procedimientos de mayor complejidad o reemplazos por motivos netamente estéticos. Los tratamientos descritos se cubrirán de acuerdo con lo descrito en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

#### **2. MUÑÓN SOBRE ENDO POSTE (RESINA O IONÓMERO):**

Se refiere a toda estructura sintética colocada a nivel coronal, que servirá de anclaje a una corona artificial. Incluye muñón en resina o ionómero para diente anterior o posterior. Los tratamientos descritos se cubrirán de acuerdo con lo descrito en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

#### **3. ENDOPOSTE PREFABRICADO Y/O COLADO:**

Se refiere a una estructura de metal (oro u otras aleaciones) o de otros materiales (fibra de vidrio o titanio) que se coloca en el interior del canal pulpar después de haber realizado el tratamiento de endodoncia correspondiente. El endoposte puede ser prefabricado o preparado por el laboratorio (colado) a la medida del canal dental. En ambos casos, el propósito del endoposte es servir como anclaje para una corona artificial. La cobertura incluye perno o pin colado, endoposte en fibra de vidrio, acero inoxidable o titanio. Los tratamientos descritos se cubrirán de acuerdo con lo descrito en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

#### **4. CORONAS INDIVIDUALES Y PUENTES FIJOS:**

Las coronas individuales y puentes fijos son restauraciones que reemplazan la totalidad de la estructura coronal perdida a consecuencia de caries o fracturas. La cobertura incluye coronas provisionales en acrílico y coronas individuales o puentes fijos **metal-porcelana**, siempre y cuando, esté indicado y tanto la raíz como el hueso circundante sean aptos para rehabilitación. Están excluidas coronas enteras en porcelana, zirconio, procera o EMAX y otros procedimientos de mayor complejidad o reemplazos por motivos

netamente estéticos. Los tratamientos descritos se cubrirán de acuerdo con lo descrito en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

#### **5. PRÓTESIS TOTAL O PARCIAL:**

Una prótesis dental es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una, varias o todas las piezas dentales perdidas por afección o trauma, restaurando además de la estética, la función masticatoria. La cobertura incluye, prótesis total superior o inferior acrílica y prótesis parcial acrílica o removible aleación Cr/Co (cromo cobalto). Se excluyen prótesis siliconadas o de materiales diferentes al acrílico. Los cambios o reemplazos de prótesis solo se cubrirán luego de transcurrido el periodo de cambio descrito en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Los tratamientos descritos se cubrirán de acuerdo con lo descrito en el Cuadro de beneficios de la carátula de la póliza.

**SEGUROS AGROMERCANTIL, SOCIEDAD ANÓNIMA.**

---

REPRESENTANTE LEGAL.

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.