

# SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS PREMIER PLUS

## CARÁTULA DE LA PÓLIZA

Mantenga esta copia de su póliza en un lugar seguro ya que contiene información importante de su cobertura. Si usted desea realizar algún cambio a esta información, por favor contáctese con su Agente de Registro.

### RESUMEN DE COBERTURA

NÚMERO DE PÓLIZA:

PLAN / OPCIÓN:

DEDUCIBLE: Dentro de Estados Unidos de América: \$.  
Fuera de Estados Unidos de América: \$.

ASEGURADO TITULAR: *(nombre completo)*  
FECHA DE NACIMIENTO: *DD/MM/AA*  
ASEGURADO DESDE: *(año)*  
DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES: *(dirección completa)*  
PAÍS DE RESIDENCIA: Guatemala  
FECHA DE INICIO DE VIGENCIA: *DD/MM/AA*  
FECHA DE VENCIMIENTO DE VIGENCIA: *DD/MM/AA*

### ASEGURADOS DEPENDIENTES CUBIERTOS:

| Nombre | Fecha de Nacimiento | Fecha de Inicio de Cobertura |
|--------|---------------------|------------------------------|
|        | DD/MM/AAAA          | DD/MM/AAAA                   |

### COBERTURAS ADICIONALES

*(Se detalla cualquier cobertura adicional contratada por el Asegurado)*

### CONDICIONES PARTICULARES

*(se detalla cualquier condición particular a un determinado Asegurado)*

**“ESTA PÓLIZA CONTIENE CLÁUSULA DE ARBITRAJE”**

## CUADRO DE BENEFICIOS PREMIER PLUS

| DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO  | MÁXIMO DE COBERTURA |
|--|---------------------|
| Beneficio Máximo por Año Póliza  |                     |
| Elegibilidad   |                     |
| Renovación   |                     |
| Cobertura  |                     |
| Habitación Estándar  |                     |
| Cama para Acompañante de un Menor de Edad Hospitalizado  |                     |
| Cobertura Temporal por Emergencia  |                     |
| Eliminación de Deducible Anual en Caso de Accidente Grave  |                     |
| Cirugía (Incluyendo cirugía ambulatoria)   |                     |
| Honorarios de Cirujanos y Anestesiólogos   |                     |
| Exámenes de Diagnóstico  |                     |
| Maternidad   |                     |
| Complicaciones de Maternidad y Complicaciones del Nacimiento   |                     |
| Inclusión del Recién Nacido  |                     |
| Condiciones Congénita y/o Hereditarias   |                     |
| Trasplante de Órganos y Tejidos  |                     |
| Terapia Física Ambulatoria, Rehabilitación, Cuidado Médico a Domicilio (enfermera privada)   |                     |
| Tratamiento Quirúrgico de Trastornos Sintomático de los Pies   |                     |
| Tratamiento Dental por Accidente   |                     |
| Equipo Médico Durable o Dispositivos Especiales  |                     |
| Implantes Quirúrgicos o Prótesis   |                     |
| Cirugía de Reducción de Riesgo de Cáncer o Cirugía Profiláctica  |                     |
| Cirugía Bariática, de By-pass Gástrico y cualquier procedimiento quirúrgico destinado a la pérdida de peso y sus complicaciones o tratamientos |                     |
| Medicamentos por Receta Médica   |                     |
| VIH / SIDA   |                     |
| Tratamientos Especiales (psiquiatría, autismo y enfermedad de Alzheimer)   |                     |
| Transporte de Emergencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulancia Aérea</li> <li>• Ambulancia Terrestre</li> </ul>                 |                     |
| Repatriación de Restos Mortales  |                     |
| Cuidados Paliativos / Hospicio en caso de Enfermedad Terminal  |                     |
| Beneficio por Fallecimiento del Asegurado Titular  |                     |

|   |  |
|---|--|
| Cirugía Reconstructiva                  |  |
| Enfermedad o Lesión en Aeronave Privada |  |
| Servicios Exclusivos                    |  |

Al aceptar esta póliza, usted autoriza dar a su Agente de Registro acceso completo a su información médica.

**INFORMAR A “(nombre de la red)”**

- Emergencia: Notificar a “(nombre de la red)” durante las primeras 48 horas.
- Procedimientos electivos / Hospitalización / Cirugía Ambulatoria / Exámenes de Diagnóstico / Otros Servicios: Notificar a “(nombre de la red)” 72 horas hábiles antes de recibir los servicios médicos.

Usted será responsable de pagar un Pago por Penalización equivalente al \_\_\_% de todos los gastos médicos cubiertos por la póliza en caso de no notificar oportunamente a “(nombre de la red)”.

**IMPORTANTE:**

Se aplicará un deducible por persona asegurada por Año Póliza, máximo dos deducibles Año Póliza por familia.

La póliza es emitida por Seguros Agromercantil, S.A., entidad mercantil registrada en Guatemala. Los servicios de administración de seguros médicos vienen ofrecidos por “(nombre de la red)” en representación de Seguros Agromercantil, S.A. [www.\\_\\_\\_\\_\\_.com](http://www._____.com).

Teléfono en Guatemala: (número de teléfono para atención de asegurados)

Dirección para notificación de cambios en su póliza:  
Seguros Agromercantil, S.A.  
(dirección)  
Guatemala, Guatemala

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