

# SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES HOSPITALARIOS

## CONDICIONES GENERALES

Seguros Agromercantil, S.A., en adelante denominada “la Compañía”, a través de la celebración del presente contrato de seguro con base a la solicitud y declaraciones del solicitante, en adelante denominado “el Asegurado Titular”, se compromete a reembolsar al Asegurado Titular los gastos médicos incurridos por este y/o sus Dependientes Asegurados, si los hubiere, de conformidad con los beneficios estipulados en los términos y condiciones de esta póliza.

Todos los beneficios están sujetos a las condiciones de esta póliza, incluyendo los montos de deducibles aplicables, los beneficios máximos y los límites estipulados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

## ARTÍCULO I. DEL CONTRATO

### 1. EL CONTRATO

Las condiciones generales, los anexos que posteriormente se contraten, la solicitud de seguro, y la carátula de la póliza constituyen el contrato completo entre las partes contratantes.

Las condiciones particulares de la Póliza podrán ser modificadas por la Compañía y serán notificadas al Asegurado Titular al momento de la renovación de la Póliza.

Ningún intermediario está autorizado para cambiar o enmendar esta Póliza, para renunciar a cualquier condición o restricción contenida en la misma, para prorrogar el período de pago de las primas, o comprometer a La Compañía por medio de promesas o representación.

### 2. ESTIPULACION LEGAL

Por estipulación legal se cita el siguiente artículo, el que por su importancia se solicita al Asegurado su atenta lectura: Artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala: **“En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud,**

**deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación. Si dentro de los quince días siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último”.**

Queda entendido y convenido que la presente póliza le son aplicable las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala relacionadas con el contrato de seguro.

Igualmente, que la presente póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República de Guatemala.

### 3. OBJETO DEL CONTRATO

Otorgar cobertura al Asegurado Titular y/o sus Dependientes Asegurados de acuerdo a las condiciones de la Póliza a través de los servicios del Hospital Herrera Llerandi, la Asociación de Médicos Especialistas de Guatemala (AMEDESGUA) y los proveedores de servicios médicos autorizados por la dirección médica del Hospital.

#### 4. VIGENCIA

La vigencia de la presente Póliza es anual, e inicia a partir de la fecha indicada en la Carátula de esta Póliza y continúa vigente mientras se efectúe el pago de la prima de conformidad con las condiciones de la póliza.

La Póliza será renovada automáticamente por el mismo periodo, salvo que el Solicitante, el Asegurado Titular o la Compañía notifiquen por escrito la no renovación de la misma, con 30 días calendario de anticipación al vencimiento.

Queda también establecido que el inicio de vigencia es a partir de las 12:01 AM, hora nacional en la República de Guatemala, misma que será considerada la hora efectiva con respecto de cualquier fecha referida en la Carátula de la Póliza.

#### 5. TERMINACIÓN DEL CONTRATO:

##### 5.1 Terminación Anticipada:

El Asegurado Titular podrá solicitar la terminación anticipada de la Póliza y devolverla dentro de 15 días calendario de haber recibido la misma. Si no se han realizado reclamos por gastos elegibles durante este periodo, la Compañía reembolsará la prima pagada menos los costos administrativos correspondientes quedando así la Póliza terminada, sin valor ni efecto alguno.

Adicionalmente, el reembolso arriba indicado procederá cuando el Asegurado solicite la terminación anticipada de la Póliza después del plazo arriba indicado y una vez no se haya realizado reclamación alguna de gastos elegibles sobre esta. La devolución se realizará sobre la porción no devengada misma que se calcula en meses completos contados a partir del mes siguiente a la fecha de la solicitud de cancelación hasta la siguiente fecha de renovación.

De igual manera, el contrato quedará terminado, al presentarse los casos siguientes:

#### 5.2 Asegurado Titular:

- La falta de pago de prima al concluir el periodo de gracia.
- A solicitud por escrito del Asegurado Titular cuando este notifique a la Compañía con quince (15) días calendario de anticipación.
- Por omisión o declaración inexacta de condiciones preexistentes de acuerdo a lo estipulado en el Artículo III.

#### 5.3 Asegurados Dependientes:

- A la terminación de la cobertura del Asegurado Titular.
- Cuando el dependiente no cumpla con los criterios de elegibilidad de acuerdo a la presente Póliza y/o, en su caso, termine la relación de parentesco o la calidad de conviviente del titular.
- A solicitud por escrito del Asegurado Titular cuando este notifique a la Compañía con quince (15) días calendario de anticipación.
- Los hijos dependientes al cumplimiento de 25 años de edad.
- Por omisión o declaración inexacta de condiciones preexistentes de acuerdo a lo estipulado en el Artículo III.

#### 6. REHABILITACIÓN:

Dentro de los treinta días calendario siguientes a la terminación de la cobertura posterior a la finalización del periodo de gracia, la Póliza puede ser rehabilitada, a discreción de la Compañía. El proceso de rehabilitación requiere completar una nueva solicitud de seguro, así como los expedientes médicos que la Compañía requiera para evaluar la solicitud de seguro, y el pago total de la prima correspondiente.

#### ARTÍCULO II. DEFINICIONES

- 1. Accidente:** evento violento e involuntario y no intencional que ocurre en forma fortuita, inesperada y repentina debido a una fuerza externa que provoque lesiones corporales al Asegurado.
- 2. Ambulancia:** vehículo de transporte aéreo o terrestre debidamente autorizado por los entes gubernamentales correspondientes, con

equipamiento y personal médico entrenado y certificado para el traslado de una persona enferma o herida al Hospital.

**3. Año Póliza:** periodo de doce meses consecutivos contados a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de la Póliza.

**4. Asegurado:** es la persona que recibe los beneficios de la Póliza, pudiendo ser titular o dependientes.

**5. Asegurado Titular:** es aquella persona natural que actúa como responsable en la solicitud de seguro y del pago de las primas; tiene derecho de recibir el pago de los gastos cubiertos, cuando corresponda; y quien ejerce los derechos de los Asegurados Dependientes ante la Compañía.

**6. Beneficiario:** es la persona individual que ha de recibir, en caso de fallecimiento del Asegurado Titular, la indemnización por gastos médicos cubiertos.

**7. Carátula de la Póliza:** es el documento emitido por la Compañía y que forma parte de la Póliza, en el cual se especifica las condiciones bajo las cuales fue aceptada. Estas condiciones incluyen pero no se limitan a las fechas de inicio de cobertura, las personas cubiertas, deducibles, el Cuadro de Beneficios, y las condiciones particulares.

**8. Coaseguro:** es el porcentaje de los gastos cubiertos por la Póliza que corren bajo responsabilidad del Asegurado.

**9. Deducible Año Póliza:** es una cantidad de dinero fija determinada en el Cuadro de Beneficios que deberá ser cubierta cada año Póliza por el Asegurado por concepto de gastos médicos cubiertos, la cual no está sujeta a reembolso de parte de la Compañía, antes que esta empiece a pagar los beneficios de acuerdo a las condiciones de la Póliza.

**10. Dependiente:** son las personas incluidas en la póliza por su calidad de cónyuge o conviviente, hijos, hijastros o hijos legalmente adoptados del Asegurado Titular.

**11. Donante:** es la persona viva que puede donar un órgano o tejido corporal para ser trasplantado a un receptor humano compatible, sin que esto ponga en riesgo su vida.

**12. Emergencia:** es todo accidente o enfermedad repentina, aguda, generalmente inesperada que pone en peligro la vida, la viabilidad de un órgano, y/o la integridad física del Asegurado.

**13. Enfermedad:** es toda alteración de la salud que afecta el funcionamiento normal del cuerpo a consecuencia de la acción de agentes mórbidos de origen interno o externo con relación al organismo, se manifiesta a través de signos y síntomas, y requiere de tratamiento médico o quirúrgico.

**14. Enfermedad Congénita o Hereditaria:** es una enfermedad o condición médica producida por un trastorno ocurrido durante el desarrollo embrionario, durante el parto o por un defecto hereditario, y que es diagnosticada antes o después del nacimiento.

**15. Fecha de Inicio de Cobertura:** es la fecha en que inicia la cobertura del seguro para un Asegurado en particular, la cual puede ser igual o diferente de la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza.

**16. Fecha de Inicio de Vigencia:** es la fecha en que la Póliza entra en vigor.

**17. Cirugía Electiva:** se refiere al procedimiento quirúrgico que puede ser programado de antemano, ya que no se trata de una emergencia médica.

**18. Incapacidad:** se refiere a una enfermedad o lesión corporal por accidente que necesite tratamiento por un médico autorizado.

**19. Preexistencia:** es toda condición médica (enfermedad, lesión o embarazo) cuyos signos o síntomas se hayan manifestado antes de la fecha de la vigencia de la cobertura del Asegurado, o que se hubiese originado antes de la fecha de inicio de cobertura, tuviese o no conocimiento el Asegurado.

**20. Hospital:** se refiere al Hospital Herrera Llerandi.

**21. Medicamento Necesario:** se refiere que un tratamiento, servicio, procedimiento, suministro médico, y/o estancia hospitalaria que la Compañía ha determinado como necesario para el diagnóstico y tratamiento de una Incapacidad. No se considera Medicamento Necesario cuando: a) no es apropiado ni esencial para el diagnóstico o

tratamiento de una incapacidad específica b) es proporcionado únicamente como una conveniencia para el Asegurado, el proveedor de servicios, o la familia; c) excede el nivel de cuidado que se requiere para el diagnóstico o tratamiento de la incapacidad; d) no cumple con la normas profesionales aceptadas por la práctica médica; y e) no es recomendado por un médico.

**22. Médico:** profesional licenciado en Medicina, autorizado para su ejercicio y el de sus especialidades reconocidas y acreditadas, que sean colegiados activos, y miembros de la Asociación de Médicos Especialistas de Guatemala.

**23. Suma Asegurada Anual:** es el monto máximo a cubrir por la Compañía durante el Año Póliza por Asegurado en concepto de gastos elegibles por enfermedad y/o accidente cubierto por la Póliza, este monto no es transferible. El monto máximo del beneficio de maternidad es parte de la Suma Asegurada Anual.

**24. Usual, Razonable y Acostumbrado:** se refiere a los precios promedio estipulados por los proveedores de servicios médicos en una misma área geográfica que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar al proporcionado y libre de complicaciones. Así mismo, se refiere a los productos y servicios razonablemente y médicamente necesarios para el tratamiento y recuperación del Asegurado.

### **ARTÍCULO III. INCAPACIDAD PREEXISTENTE**

Se refiere a toda incapacidad cuyos signos o síntomas se hayan manifestado o se hubiese originado antes de la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado, tuviese o no conocimiento el Asegurado.

Toda Incapacidad Preexistente que haya sido declarada previamente antes del inicio de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado o del último perfeccionamiento del contrato y que no haya sido excluida expresamente en las condiciones particulares de la Póliza, podrá ser

cubierta después de 365 días calendario de cobertura continua sin que el Asegurado incurra en gastos médicos por tal incapacidad.

La Compañía se reserva el derecho de cancelar la Póliza, en caso compruebe fehacientemente que alguno de los Asegurados ha omitido o declarado inexactamente alguna condición médica que hubiese sido determinante para la evaluación del riesgo al momento de suscribir el contrato, o que bajo cualquier circunstancia requiera la cobertura con datos falsos, si omite información o disimulan hechos referentes al siniestro con la finalidad que la Compañía incurra en un error; aun cuando la circunstancia omitida o inexactamente declarada no haya influido en la realización del siniestro.

En caso de cancelación de la Póliza de acuerdo a lo indicado en el párrafo anterior:

1. La Compañía no tendrá obligación alguna de pagar o reembolsar alguna cantidad por siniestros que hubieran sido o que fueran a ser reclamados por aplicación de las condiciones de la Póliza.
2. La Compañía devolverá únicamente la prima no devengada, y podrá deducir de esta cualquier cantidad reembolsable de los costos de cualquier reclamo que haya sido pagado bajo información falsa.
3. El Asegurado deberá devolver a la Compañía cualquier cantidad de dinero que haya recibido por concepto de reclamos, si la Póliza es cancelada por omisión o inexacta declaración al momento de la contratación de la Póliza o al momento del siniestro.

### **ARTÍCULO IV. DE LAS COBERTURAS**

Quedarán cubiertos los gastos médicamente necesarios derivados de cualquier Enfermedad o Accidente que no se encuentren excluidos en las condiciones generales o particulares de esta Póliza. Los servicios médicos serán prestados por el Hospital Herrera Llerandi, la Asociación de Médicos Especialistas de Guatemala (AMEDESGUA) y los proveedores de servicios médicos autorizados por la dirección médica del Hospital.

Los límites de cobertura están definidos en el Cuadro de Beneficios la carátula del Plan Health One.

Todas las enfermedades o lesiones corporales accidentales que ocurran simultáneamente o sean ocasionadas o debidas a las mismas causas o causas similares, serán consideradas como una sola incapacidad. Si una incapacidad es debida a causas que son las mismas o similares a las causas de una incapacidad anterior (incluyendo complicaciones que resultaren de ella), la incapacidad será considerada como una continuación de la incapacidad anterior y no como una nueva y diferente incapacidad.

Para los siguientes padecimientos y tratamientos aplicarán las condiciones especiales descritas a continuación:

i. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, prótesis dentales e intervenciones quirúrgicas maxilofaciales, solo cuando resulten indispensables a consecuencia de lesiones a dientes naturales derivado de un accidente cubierto, y dichos tratamientos sean proporcionados dentro de los 6 meses después de tal accidente.

ii. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter reconstructivo, solo cuando resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, y que el tratamiento sea proporcionado dentro de los 6 meses después de tal accidente.

iii. Periodo de espera de un (1) año para tratamientos o intervenciones quirúrgicas de padecimientos ginecológicos (matriz, ovarios, mamas, etc); trasplante de órganos; cáncer de cualquier tipo; hernias de cualquier tipo; padecimientos prostáticos; padecimientos de columna vertebral, padecimientos en articulaciones, infartos, cirugía cardiaca y hemodinamia. En caso de incapacidades preexistentes se aplicará lo estipulado en el Artículo III.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar cualquier tipo de información adicional o procedimiento necesario y aceptable, que se consideren necesarios para la valoración de cada caso.

En ningún caso serán reconocidos como Gastos Cubiertos aquellos que no sean médicamente necesarios para el cuidado médico del Asegurado, ni se pagará gasto alguno en exceso de la cantidad que usualmente deba reconocerse por tal servicio. Se considerará que un gasto cubierto está ocurrido en la fecha de suministro del servicio o de la compra de las medicinas.

El pago de todo reclamo se efectuará sobre la base de los cargos usuales, razonables y acostumbrados en el lugar donde se reciben dichos servicios.

Los gastos cubiertos quedan determinados de acuerdo a las coberturas y límites detallados en el Cuadro de Beneficios del Plan de Health One contratado, de la siguiente manera:

### **1. Hospitalización:**

- a. Cuarto y Alimento Diario: Gastos de habitación estándar privada.
- b. Habitación en unidad de terapia intensiva de adultos.
- c. Habitación en unidad de terapia intensiva pediátrica y neonatal.
- d. Sala de Unidad de Cardiología Intervencionista.
- e. Radiología Intervencionista.
- f. Servicios ordinarios de enfermería.
- g. Servicios de enfermería especializada en cuidados intensivos neonatales.
- h. Sala de operaciones, de recuperación o de curaciones.
- i. Anestesia y su administración.
- j. Sangre y plasma sanguíneo, vendajes quirúrgicos, enyesados y similares.
- k. Estudios de diagnóstico.
- l. Medicamentos suministrados por atención médica en el hospital.
- m. Tratamientos de terapia física o respiratoria cuando se reciban en un hospital.

## **2. Honorarios Médicos en el Hospital:**

Ningún médico tratante debe ser familiar del Asegurado. De presentarse tal circunstancia, los honorarios médicos causados no serán considerados como gastos elegibles o cubiertos.

- a. Honorarios del médico por cirugía: Para el reembolso de honorarios quirúrgicos se tomará como base la Tabla de Valores Relativos de California (Current Procedural Terminology -CPT-, por sus siglas en inglés) bajo las reglas y los aranceles convenidos previamente entre la Compañía y el Hospital para Health One.
- b. Por el primer ayudante se reconocerá hasta un 25% del monto total cubierto al cirujano principal, siempre que su participación sea médicamente necesaria.
- c. Honorarios de anestesiólogo bajo los aranceles convenidos previamente entre la Compañía y el Hospital para Health One.
- d. Honorarios por atención médica en habitación privada o en unidad de cuidados intensivos bajo los aranceles y criterios convenidos previamente entre la Compañía y el Hospital para Health One.

## **3. Hospedaje para Familiar Acompañante en Hospital:**

Cubre el costo cargado a la factura del Hospital por la estancia de una noche de un familiar acompañante en la misma habitación de un dependiente menor de 18 años hospitalizado, hasta el límite estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza. Este beneficio no cubre gastos por alimentación, artículos de uso personal, medicamentos o suministros para el acompañante.

## **4. Consultas Médicas Ambulatorias:**

Honorarios de médicos por consultas médicas en clínica de médicos de AMEDESQUA bajo los aranceles y criterios convenidos previamente entre la Compañía y el Hospital para Health One.

## **5. Exámenes de Diagnóstico en Hospital:**

Exámenes de laboratorio y radiología recomendados por el médico tratante e indispensables para diagnóstico o seguimiento de un accidente o enfermedad cubierta por Health One.

## **6. Medicamentos para Tratamiento Ambulatorio:**

Medicamentos recetados por el médico tratante para continuar tratamiento después de una hospitalización o cirugía ambulatoria por una enfermedad o accidente cubiertos por esta Póliza, hasta un máximo de treinta (30) días calendario y hasta el máximo indicado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza.

## **7. Maternidad:**

Esta cobertura cubre los gastos generados por motivo de embarazo, aborto espontáneo, parto natural u operación cesárea que ocurran durante la vigencia de la Póliza.

Únicamente quedan cubiertas bajo este beneficio las aseguradas titulares y la cónyuge o conviviente de los Asegurados Titulares incluidas en la Póliza, quedando excluidas las hijas, hijastras y las madres de los Asegurados Titulares.

Quedarán cubiertos aquellos gastos que ocurran después de diez (10) meses de cobertura continua e ininterrumpida contados a partir del inicio de vigencia de la cónyuge o conviviente del Asegurado Titular o la Asegurada Titular.

Esta cobertura complementaria incluye los siguientes beneficios, hasta el límite máximo indicado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza de Health One, y de acuerdo a lo usual, razonable y acostumbrado:

- Gastos por atención pre y post natal
- Gastos por atención de parto natural, parto por cesárea, o aborto espontáneo no inducido.
- Vitaminas prenatales
- Estudios de diagnóstico

## **8. Atención del Recién Nacido:**

Este beneficio cubre los gastos en que se incurra por la atención ordinaria del recién nacido normal, incluyendo honorarios de pediatra neonatólogo y gastos hospitalarios, hasta el límite máximo indicado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza.

Este beneficio aplica luego de un periodo de espera diez (10) meses de cobertura continua e ininterrumpida contados a partir del inicio de cobertura de la cónyuge o conviviente del Asegurado Titular o la Asegurada Titular.

## **9. Complicaciones del Recién Nacido:**

Este beneficio cubre los gastos en que se incurra por complicaciones del recién nacido por condiciones adquiridas durante su nacimiento, excluyendo aquellas de tipo congénito o hereditario, tales como pero no limitado a, bajo peso al nacer, traumatismo, prematuridad, dificultad respiratoria.

El beneficio se limita a gastos incurridos durante la estancia hospitalaria antes de del egreso posterior al nacimiento, y hasta el límite máximo indicado en el Cuadro de Beneficios del plan Health One. En caso de embarazos múltiples no relacionados a tratamientos de infertilidad, este beneficio hasta un máximo de dos (2) recién nacidos.

Este beneficio aplica luego de un periodo de espera diez (10) meses de cobertura continua e ininterrumpida contados a partir del inicio de cobertura de la cónyuge o conviviente del Asegurado Titular o la Asegurada Titular.

## **10. Control de Niño Sano (Pediatria Preventiva):**

Este beneficio cubre los gastos incurridos por control pediátrico durante los primeros cinco años de vida de los dependientes hijos, siendo estos las consultas médicas pediátricas y vacunas, hasta el límite máximo indicado en el Cuadro de Beneficios estipulado en la Carátula de la Póliza.

## **11. Trasplante Renal:**

Cubre los gastos del Asegurado receptor de un riñón por tratamientos, procedimientos, servicios o suministros médicamente necesarios proporcionados a causa de una enfermedad cubierta bajo las condiciones de esta Póliza, y hasta el límite máximo de por vida por Asegurado estipulado en el Cuadro de Beneficios.

Requisitos que deben cumplirse para la aplicación de este beneficio:

a) El trasplante debe ser médicamente necesario y como última opción para el tratamiento de la enfermedad cubierta por la Póliza.

b) El procedimiento de trasplante debe ser previamente notificado a la Compañía; esta a su vez deberá emitir una autorización y coordinar todo lo relacionado al procedimiento.

El beneficio de Trasplante de Renal no tiene cobertura en los siguientes casos:

- i. Si no hay notificación, autorización y coordinación por parte de la Compañía.
- ii. Si la indicación de trasplante renal está relacionado a un procedimiento de trasplante fallido que se realizó antes del inicio de cobertura del Asegurado.
- iii. Si la indicación de trasplante renal ha sido resultado de un tratamiento considerado electivo, experimental o investigativo; o como resultado en que el Asegurado receptor recibe un equipo o artefacto mecánico o artificial para reemplazar un órgano; o como resultado de haber sido receptor de un órgano de un animal diferente al humano.

Este beneficio cubre adicionalmente los gastos usuales, razonables y acostumbrados del Donante vivo de un riñón hasta el límite estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza.

## **12. Tratamiento Dental por Accidente:**

Gastos por tratamientos dentales u odontológicos, cuyas lesiones hayan sido provocadas por un accidente cubierto por la Póliza y causadas a los dientes naturales, siempre y cuando sean realizados dentro de los 6 meses siguientes al accidente.

## **13. Cirugía Estética o Reconstructiva por Accidente:**

Gastos por cirugía estética o reconstructiva indicada médicamente por una lesión accidental que ocurra mientras el Asegurado está cubierto por esta Póliza dentro de los seis meses después de tal accidente.

## **14. Tratamiento de Cáncer:**

Gastos relacionados al tratamiento con quimioterapia indicada para el tratamiento de cáncer que se haya originado dentro de la cobertura de la Póliza.

## **15. Diálisis y Hemodiálisis:**

Tratamiento intrahospitalario con diálisis peritoneal y/o hemodiálisis por enfermedad cubierta por la Póliza.

## **16. VIH / SIDA:**

Gastos por diagnóstico y tratamiento de infección por Virus de Inmunodeficiencia Adquirida y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida luego de cumplir con un periodo de espera de veinticuatro meses (24) de cobertura continua e ininterrumpida en la Póliza, y hasta el límite máximo estipulado en la Cuadro de Beneficios de la Póliza.

## **17. Transporte en Ambulancia:**

Cubre transporte vía terrestre y/o aérea hacia el Hospital Herrera Llerandi en caso de Emergencia, hasta el máximo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza. Este beneficio aplica siempre y cuando:

- a. El transporte sea Médicamente Necesario, para trasladar al Asegurado al Hospital;
- b. El transporte esté relacionado con una incapacidad cubierta;
- c. El transporte por cualquier otro medio pueda resultar en la pérdida de la vida, de la integridad personal o de la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado;
- d. La ambulancia cuente con el equipo e instrumentos médicos especializados adecuados y necesarios para la condición médica del Asegurado, personal especializado en transporte y manejo de pacientes, y sea una empresa legalmente autorizada por los entes reguladores como operador de ambulancias; y
- e. El uso del transporte sea previamente notificado a la Aseguradora y sea autorizado y coordinado por ésta.

El Asegurado exonera de responsabilidad a la Aseguradora y a cualquier empresa afiliada con la misma, por cualquier hecho humano o mecánico ocurrido durante el traslado del Asegurado y/o sus acompañantes autorizados, si los hubiere. Esta exoneración se extiende, a demoras, o restricciones en los vuelos originados por problemas mecánicos, disposiciones de autoridades gubernamentales, decisiones de la tripulación de la nave aérea o a condiciones climáticas o atmosféricas; en el caso de ambulancia terrestre, a hechos de tránsito provenientes de caso fortuito o fuerza mayor.

## **ARTÍCULO V. BENEFICIOS EXCLUSIVOS**

Estos beneficios aplican únicamente al Plan I de Health One.

1.Curso Baby Boom: Este beneficio incluye un programa de clases psicoprofilácticas que incluye ejercicios y técnicas de relajación y respiración que ayudarán durante la labor de parto y alumbramiento, así como teoría que explica las etapas del parto y qué hacer en cada una, lactancia y primeros cuidados del bebé.



2. Chequeo Médico Preventivo: Cubre un chequeo médico preventivo para el Asegurado Titular y su cónyuge o conviviente diseñado por el Hospital que incluye estudios de diagnóstico, evaluación médica inicial, evaluación nutricional, y evaluación médica final con recomendaciones para mejorar su salud.

## **ARTÍCULO VI. EXCLUSIONES**

La Póliza de seguro no cubre bajo ningún beneficio gastos incurridos por:

1) Gastos por honorarios, servicios o suministros que hayan sido proporcionados al Asegurado por prestadores de servicios médicos que no pertenezcan o no estén autorizados por el Hospital Herrera Llerandi y Amedesgua.

2) Servicios suministrados en un hospital diferente al Hospital Herrera Llerandi o médicos no relacionados con AMEDESQUA.

3) Gastos relacionados a chequeos médicos rutinarios, exámenes y tratamiento médico o quirúrgico de la vista y la audición, tales como pero no limitado a anteojos, lentes, aparatos para el oído. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, presbicia, queratoconos, queratoplastia, queratotomía radial y tratamientos similares.

4) Gastos por tratamientos dentales u odontológicos, salvo lo estipulado en el numeral 12 del Artículo IV. Tratamientos maxilofaciales en general, la cirugía ortognática para el tratamiento de hiperplasias, hipoplasias del maxilar superior e inferior, la disfunción de la articulación temporomandibular, 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 (implante dental).

5) Lesión causada a sí mismo estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales,

siempre que en el primer caso, dicha lesión sea voluntariamente causada; o por lesiones causadas a través de terceros con el consentimiento del Asegurado. Esta exclusión incluye cualquier complicación derivadas de las lesiones anteriores.

6) Tratamiento de alcoholismo o de adicción a drogas y/o sus consecuencias, así como cualquier tratamiento médico o lesiones causadas mientras el Asegurado se encuentra bajo efectos de las mismas.

7) Tratamiento médico, medicinas u operaciones quirúrgicas de naturaleza preventiva.

8) Lesión o enfermedad que resulte a consecuencia de insurrección o de guerra declarada o no, o de participación en motines, riñas, huelgas o alborotos civiles.

9) Gastos derivados cuando el Asegurado requiera cuidados de reposo, convalecencia, cuidados en custodia o períodos de cuarentena o aislamiento.

10) Cirugía o tratamiento cosmético o reconstructivo, así como sus consecuencias o complicaciones, a menos que sea indicado médicamente por una lesión accidental que ocurra mientras el Asegurado está cubierto por esta Póliza y que tal tratamiento sea proporcionado dentro de los seis meses después de tal accidente.

11) Gastos que excedan el límite de la cobertura de maternidad estipulado en el Cuadro de Beneficios del Plan Health One contratado, incluidos dentro de este límite el parto normal, aborto y operación cesárea.

12) Condiciones congénitas, genéticas y/o hereditarias, así como sus complicaciones y consecuencias.

13) Desórdenes mentales y todo tipo de tratamiento psiquiátrico de enfermedades descritas en el DSM-IV y sus consecuencias, así como gastos por atención psicológica; y trastornos de la conducta o del aprendizaje.

14) Procedimientos y tratamientos que no sean médicamente necesarios para 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.

15) Métodos por no poder concebir por medios naturales, esterilización masculina o femenina impotencia sexual, reversión de una esterilización, tratamientos para el control natal; calvicie, alopecia; sobrepeso, obesidad, bajo peso; talla corta, pubertad precoz, retraso del desarrollo, apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica, acné, rosácea y foliculitis; así como cualquier complicación derivada directa o indirectamente por el tratamiento de estas condiciones.

16) Tratamientos con estimuladores del crecimiento óseo o con hormonas y sus complicaciones y secuelas.

17) Tratamientos no aceptados por la ciencia médica y aquellos de naturaleza experimental o investigativa incluyendo pero no limitado a medicina alternativa, medicina natural, quiropraxia, oxigenoterapia, ozonoterapia, medicina hiperbárica, homeopática y acupuntura.

18) Cualquier incapacidad preexistente tal como se estipula en el Artículo III.

19) Menopausia o andropausia.

20) Vitaminas, suplementos vitamínicos y suplementos alimenticios.

21) Infección por VIH, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA, y enfermedades relacionadas, que superen el límite máximo estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza.

22) Transporte del paciente, excepto cargos por servicio de ambulancia hacia el Hospital Herrera Llerandi tal como se describe en el numeral 17 del Artículo IV.

23) Circuncisión (postectomía) y/o sus consecuencias, salvo que se trate de un recién nacido cubierto al momento del nacimiento incluido en el monto máximo por Atención al Recién Nacido.

24) Ambulancia aérea que excedan del límite indicado en el Cuadro de Beneficios, o no cumplan con lo estipulado en estas condiciones de la Póliza.

25) Padecimientos ginecológicos (matriz, ovarios, mamas, etc.); cáncer de cualquier tipo; hernias de cualquier tipo; padecimientos prostáticos; padecimientos de columna vertebral, padecimientos en articulaciones, cirugía cardíaca y hemodinamia, durante el primer año de cobertura del Asegurado. En caso de enfermedades preexistentes, se aplicará lo estipulado en el Artículo III.

26) Lesiones originadas o provocadas mientras el Asegurado viaje como ocupante de cualquier vehículo de carreras, pruebas de velocidad, resistencia o velocidad, incluyendo motocicletas, o cualquier otro vehículo de motor: y/o lesiones originadas o provocadas 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 trasladado de pasajeros.

27) Lesiones mientras el Asegurado realice deportes extremos, incluyendo buceo, alpinismo, bungee jumping (puenting) canoping, paracaidismo, etc.; así como lesiones mientras realiza actividades deportivas de carácter profesional o semiprofesional.

28) Enfermedades declaradas como pandemias o epidemias por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social u organismos internacionales de salud (OPS, OMS).

29) Exceso al límite del beneficio estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza.

30) Todo gasto que no sea médicamente necesario.

31) Trasplante de órganos o tejidos, incluyendo la obtención de un órgano o tejido destinado a un trasplante, salvo los gastos de trasplante renal tal como se define en el numeral 11 del Artículo IV.

## **ARTÍCULO VII. DEL ASEGURADO**

### **1. Declaración:**

El solicitante está obligado a declarar en la documentación proporcionada por la Compañía, todos los hechos que tengan importancia para la apreciación del riesgo, en cuanto puedan influir en la celebración del contrato, tales como los conozca o deba conocer en el momento de formular la solicitud.

La omisión o inexacta declaración de los hechos a los que se refiere el párrafo anterior serán notificadas al Asegurado dentro del mes siguiente a aquel en que sean conocidas, dando derecho a la Compañía para terminar la cobertura del seguro. La Compañía no tendrá algún tipo de obligación de pagar o rembolsar cantidad alguna por siniestros que hubieran sido o que fueran a ser reclamados en virtud de la aplicación de la cobertura de la Póliza.

### **2. Residencia:**

Están protegidos bajo esta Póliza de seguro Health One el Asegurado Titular y sus dependientes elegibles que radiquen de manera permanente en la República de Guatemala y aquellos que no permanezcan fuera del país más de 6 meses consecutivos.

Deberá notificarse por escrito a la Compañía en caso el Asegurado y/o alguno de sus dependientes permanezcan más de 6 meses consecutivos fuera de la República, y esta se reservará el derecho de analizar el caso para determinar las condiciones de cobertura o la cancelación de la misma.

## **3. Personas Elegibles:**

### **3.1 Asegurado Titular**

Son elegibles para asegurarse bajo la presente Póliza de seguro toda persona que cumpla con los rangos y límites de edad establecidos por la Compañía, una vez presenten por escrito la solicitud y pruebas satisfactorias de asegurabilidad sin que éstas representen un costo para la Compañía.

La edad mínima de ingreso para el Asegurado Titular es de 18 años y la edad máxima de ingreso es de 74 años.

La Compañía se reserva el derecho de aprobar o rechazar cualquier solicitud, así como, determinar la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.

### **3.2 Dependientes**

Serán considerados como Dependientes elegibles del Asegurado Titular, para efectos de esta Póliza, las siguientes personas:

a. El cónyuge o conviviente mayor de 18 años y menor de 74 años.

b. Los hijos naturales, hijastros e hijos legalmente adoptados, solteros, menores de 25 años de edad, que vivan con los padres, que estudien a tiempo completo y que no tengan ingresos por trabajo personal.

c. Los hijos nacidos durante la vigencia de la Póliza y de una maternidad cubierta, quedarán cubiertos a partir del primer día de nacidos sin requisitos de asegurabilidad siempre y cuando se notifique a la Compañía presentando la certificación de nacimiento dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al nacimiento; después de transcurridos los treinta días calendario deberán presentar las pruebas de asegurabilidad que requiera la Compañía.

Serán cubiertos únicamente aquellos dependientes elegibles que hayan sido incluidos como tal en la solicitud de seguro o se haya solicitado su inclusión posterior al inicio de vigencia de la Póliza.

La Compañía se reserva del derecho de solicitar pruebas de asegurabilidad sin que estas representen un costo para la misma; así mismo del derecho de aprobar o rechazar su inclusión y determinar la fecha de inicio de la cobertura.

#### **4. Edad de Terminación:**

Las coberturas y beneficios del Plan Health One para el Asegurado Titular y su Dependiente cónyuge o conviviente se mantendrán en forma vitalicia, una vez la Póliza se mantenga en vigor y cumpla con las condiciones de esta Póliza.

Los hijos Dependientes serán cubiertos hasta el cumplimiento de los 25 años de edad, y podrán ser trasladados a una Póliza individual de acuerdo a lo estipulado en el numeral 3 del Artículo VIII.

#### **5. Deducible:**

- a. Cada Asegurado será responsable de cubrir el monto del Deducible que consta en la Carátula de la Póliza por cada Año Póliza.
- b. En caso de plan familiar, se aplicará hasta un máximo de dos deducibles por Año Póliza.
- c. Si el deducible es aplicado al Asegurado por gastos incurridos en los últimos tres meses del Año Póliza, será trasladado y aplicado al deducible del Año Póliza siguiente.
- d. En caso que el monto de los gastos elegibles no superen el monto del Deducible, el Asegurado deberá proceder al pago de los mismos y podrá presentarlo a la Compañía para que sea aplicado y abonado al Deducible.

#### **6. Primas:**

El pago en tiempo de la prima es responsabilidad del Asegurado Titular sin que sea necesario el requerimiento previo de la Compañía. Las primas de esta Póliza son anuales y pagaderas en forma anticipada.

El Asegurado podrá optar por pagos anticipados en forma fraccionada que la Compañía tenga disponible para esta Póliza, y deberán ser pagaderas en la oficina o medios de pago que la Compañía indique.

#### **7. Periodo de Gracia para el Pago de Primas:**

Se concederá un período de gracia de 30 días calendario, sin cobro de interés, para el pago de la prima estipulada para esta Póliza en cualquier fecha de vencimiento, excepto la primera. Si no se abona la prima antes de la expiración del período de gracia, la Póliza será anulada al final de dicho período de gracia.

Si la Póliza termina durante o al final del período de gracia, el Asegurado Titular será responsable ante la Compañía por el pago de la prima en proporción al tiempo que la Póliza ha estado en vigor durante dicho período de gracia.

Durante el periodo de gracia no serán pagaderos los gastos médicos elegibles.

#### **8. Coordinación de Beneficios:**

Los beneficios de la presente Póliza podrán ser coordinados cuando el Asegurado y/o sus dependientes son cubiertos bajo Health One así como por otro seguro de gastos médicos mayores individual o de grupo; esta coordinación permite que los beneficios sean pagados por los planes de seguro mientras no excedan del cien por ciento (100%) de los gastos incurridos y cubiertos por la Póliza.

En caso el Asegurado tuviera otro seguro de gastos médicos mayores individual o de grupo, deberá declararlo al momento de completar la Solicitud de Seguro Health One al momento de adquirirlo; o si se contrata posteriormente, notificarlo por escrito a la Compañía dentro de los 3 meses después su contratación.

Si el Asegurado no declara la existencia de otro seguro, no se podrá aplicar el beneficio de Coordinación de Beneficios.

La coordinación de beneficios aplica en los siguientes casos:

8.1 Cuando los servicios han sido prestados por el Hospital Herrera Llerandi, la Asociación de Médicos Especialistas de Guatemala (AMEDESGUA) y los proveedores de servicios médicos autorizados por la dirección médica del Hospital.

El plan de seguro cuya fecha de inicio de cobertura del Asegurado sea más antigua, actuará como Póliza primaria cubriendo los gastos incurridos y cubiertos por el plan; la responsabilidad del plan secundario se limitará a cubrir el deducible y/o coaseguro a cargo del Asegurado.

En el caso que el plan de seguro de la otra Compañía no cuente con la cláusula de Coordinación de Beneficios, ese plan deberá siempre actuar como plan primario.

8.2 Cuando el Asegurado o sus Dependientes hayan incurrido en gastos fuera de Guatemala, esta Póliza actuará siempre como Póliza secundaria pagando el deducible, coaseguro y/o copago aplicados por la Póliza primaria, después de cubierto el deducible correspondiente.

Al momento de un reclamo, el Asegurado deberá presentar, según sea el caso, la liquidación y copia de las facturas presentadas a la otra Aseguradora, así como copia de las condiciones y beneficios de la Póliza.

La Compañía procederá a realizar una coordinación de beneficios donde los montos pagaderos son aquellos que quedaron bajo responsabilidad del Asegurado, exceptuando excesos de lo usual, razonable y acostumbrado, y gastos no cubiertos.

El monto máximo a cubrir no excederá el 100% del límite de beneficios contratados bajo esta Póliza.

## **9. Notificaciones:**

El Asegurado Titular tiene la obligación de notificar por escrito a la Compañía cualquier

situación que pueda significar en una modificación a la Póliza, entre ellos pero no limitados a cambio de residencia, nacimientos, matrimonio, parentesco, estado civil, datos generales, entre otros.

La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar una nueva inclusión luego que se presente la solicitud y requisitos de asegurabilidad.

## **ARTÍCULO VIII. GENERALIDADES**

### **1. Modificaciones a la Póliza:**

Ningún intermediario está facultado o autorizado para hacer modificaciones, exenciones o ampliaciones en las condiciones de la Póliza en nombre de la Compañía; únicamente el Gerente General de la Compañía tendrá esta autoridad. En base a lo anterior, la Compañía no estará obligada a aceptar o cumplir compromiso alguno que haya sido ofrecido antes o durante la vigencia de la póliza.

### **2. Cambio de Plan y/o Deducible:**

El cambio de Plan solo podrá ser solicitado a la Compañía por el Asegurado Titular por escrito treinta (30) días calendario antes de la fecha de renovación de la Póliza. La solicitud puede hacerse si ha estado Asegurado un periodo no menor de 12 meses en el plan de Health One anterior. Dado el caso, aplicarán las condiciones siguientes:

2.1 Cambio a un plan Health One con menores beneficios o deducible mayor: No requiere pruebas de asegurabilidad.

2.2 Cambio a un plan Health One con mayores beneficios o deducible menor: En este caso el Asegurado Titular y sus dependientes deberán presentar las pruebas de asegurabilidad requeridas por la Compañía, y la solicitud será sometida a evaluación por la Compañía.

El incremento en beneficios y/o cualquier modificación en las condiciones de la Póliza,

aplicará única y exclusivamente a todas aquellas incapacidades (enfermedades, maternidades o accidentes) originadas posterior a la fecha de renovación de la Póliza cuando el cambio se hizo efectivo. Por originadas se entenderá como la fecha en que aparecen los primeros síntomas de una enfermedad o a la fecha en que ocurrió el accidente.

En el caso de maternidad, los incrementos y/o modificaciones en este beneficio aplicarán para maternidades originadas a partir de la fecha del incremento o modificación del beneficio y después de cubierto el periodo de espera establecido en la Póliza.

Las incapacidades que se hayan originado anteriores a la fecha de renovación de la Póliza, mantendrán los beneficios y coberturas vigentes en la fecha en que se originaron.

### **3. Privilegio de Continuidad de Cobertura para Dependientes:**

La Compañía otorga el privilegio de continuidad de cobertura para dependientes con traslado de preexistencias bajo las mismas coberturas y beneficios contratados por el Asegurado Titular, en los siguientes casos:

1. Cónyuge o Conviviente: Este beneficio se otorga al cónyuge o conviviente en caso de fallecimiento del Asegurado Titular, y siempre y cuando cumpla con los requisitos de elegibilidad establecidos en esta Póliza.

2. Hijos: Este beneficio se otorga a los dependientes hijos cubiertos bajo la Póliza en caso de:

- a. Alcanzar la edad límite de cobertura, es decir al cumplir 25 años.
- b. Al fallecimiento del Asegurado Titular, y cumpla con los requisitos de elegibilidad establecidos en esta Póliza. En el caso de menores de edad, la continuidad se otorgará solo si están amparados bajo la cobertura del cónyuge o conviviente sobreviviente incluido en la Póliza.

En ambos casos, los dependientes deben cumplir con los siguientes requisitos:

1. Presentar por escrito a la Compañía la solicitud de continuidad de cobertura dentro de los treinta (30) días calendario siguientes al fallecimiento del Asegurado Titular, o al menos treinta (30) días calendario antes del cumplimiento de los 25 años de edad en el caso de dependientes hijos.

2. Que el dependiente haya estado Asegurado (a) por lo menos 18 meses en forma continua e ininterrumpida dentro de la Póliza con el Asegurado Titular.

De no cumplir con los requisitos anteriores, deberán hacer la solicitud de un nuevo seguro bajo las políticas de suscripción y requisitos de asegurabilidad que establece la Compañía.

### **4. Aviso de Reclamación:**

El Asegurado deberá dar aviso a la Compañía por escrito de una enfermedad o accidente por el cual pueda establecerse una reclamación, una vez tenga conocimiento de la realización del siniestro o como máximo dentro de los treinta (30) días calendario después de ocurrido.

En caso de no dar el aviso, la Compañía se reserva el derecho de limitar la cobertura.

### **5. Pago de Siniestros:**

La Compañía podrá realizar el pago de siniestros por gastos elegibles y cubiertos por la Póliza directamente al Hospital Herrera Llerandi y/o médicos de AMEDESQUA luego de que el Asegurado cumpla con todos los requisitos; es decir, la Compañía reintegrará los gastos médicos cubiertos por el Asegurado, descontando el deducible y coaseguros de acuerdo al Plan de Health One contratado y aplicando los impuestos que indique la ley, cuando corresponda.

**Los gastos incurridos con proveedores de servicios médicos no autorizados por el Hospital Herrera Llerandi, y la Asociación de Médicos Especialistas de Guatemala (AMEDESQUA), no están cubiertos y no serán reembolsados por ningún motivo.**

El reembolso de los gastos médicos elegibles al Asegurado o pago directo al Hospital Herrera Llerandi y/o médicos de AMEDESQUA está sujeto al cumplimiento del pago de la prima del mes en que fueron ocurridos los gastos.

En caso de coordinación de beneficios el Asegurado deberá cumplir con lo estipulado en el numeral 8 del Artículo VII.

## **6. Prescripción para la Reclamación de Pago de Siniestros:**

Todos los derechos derivados de la presente Póliza prescribirán de acuerdo a lo dispuesto en los Artículos 916, 917 y 918 del Código de Comercio de Guatemala.

## **ARTÍCULO IX. DISPOSICIONES LEGALES**

### **1. Comunicaciones y Notificaciones:**

- a. Toda comunicación entre la Compañía y el Asegurado deberá realizarse por escrito.
- b. Notificaciones a la Compañía: deberá efectuarse en sus oficinas.
- c. Notificaciones al Asegurado: Deberá efectuarse en por los medios y direcciones consignadas por el Asegurado Titular en la Solicitud de Seguro o en aquellos que el Asegurado haya modificado posterior al inicio de vigencia de la póliza.
- d. En caso de cambio de dirección, esta deberá ser notificada por escrito a la otra parte en forma oportuna, y en caso de falta de notificación, se tendrá por bien hecha la notificación que se dirija a la última dirección registrada.

### **2. Limitación de responsabilidad:**

La responsabilidad de la Compañía se limita al cumplimiento de las condiciones de la presente Póliza; por lo que no asume la responsabilidad legal de las actividades, decisiones y/o consecuencias del ejercicio de la persona natural o jurídica autorizada para el ejercicio de la práctica médica o prestación de servicios de salud.

### **3. Arbitraje:**

Cualquier diferencia que surja entre el Asegurado Titular y la Compañía será sometida al procedimiento arbitral, en la Ciudad de Guatemala, República de Guatemala, de conformidad con la Ley de Arbitraje vigente.

“Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 917 del 22 de julio de 2016”.