

**ANEXO DEL SEGURO COLECTIVO DE BENEFICIOS MEDICOS MAYORES COMPRENSIVOS
EMITIDO POR
SEGUROS AGROMERCANTIL, SA.**

Acuerda que las condiciones y estipulaciones de este Anexo sujetas a lo pactado en las CONDICIONES PARTICULARES del mismo, forman parte de esta Póliza.

CLAUSULAS DE ESTE ANEXO

CLAUSULA 1

BENEFICIOS REEMBOLSABLES

La Compañía reembolsará al empleado asegurado los Gastos Médicos incurridos, que sean razonablemente necesarios y acostumbrados, por los servicios Médicos descritos en las siguientes cláusulas, sujetas a las disposiciones manifestadas en este Anexo. Sin embargo los beneficios efectivos en la fecha de inicio del Anexo serán aquellos por los cuales la cantidad de beneficio se muestra en las CONDICIONES PARTICULARES.

Cualquier beneficio por el cual no aparezca cantidad alguna en las CONDICIONES PARTICULARES, anotado por la Compañía, indicará que tal Beneficio no es efectivo.

CLÁUSULA 2

GASTOS ELEGIBLES

El término "Gastos Elegibles" se define como los gastos reales incurridos por un Asegurado en concepto de tratamiento, servicios y medicamentos ordenados por un médico autorizado para practicar la medicina según se detalla más abajo y siempre que no estén excluidos expresamente en la cláusula 6 de Limitaciones de este Anexo. En ningún caso serán reconocidos como Gastos Cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios para el cuidado médico del Asegurado o sus dependientes asegurados, ni se pagará gasto alguno en exceso de la cantidad que usualmente deba reconocerse por el servicio o medicamento de que se trate. Se considerará que un gasto cubierto está incurrido en la fecha de suministro del servicio o de la compra de las medicinas.

SE HACE CONSTAR: Que por medio del presente endoso, queda entendido y convenido que para el reembolso de honorarios quirúrgicos se tomará como base la TABLA RVS DE CALIFORNIA, tomándose como valor máximo de referencia por unidad el monto estipulado en las Condiciones Particulares, el cual incluye IVA y visitas hospitalarias para los reclamos presentados mediante el plan convencional al 80%. Para los reclamos bajo el programa de reembolso directo, se aplicará lo pactado en los convenios hospitalarios y médicos.

Los Gastos Elegibles incluirán cargos hechos por:

1. Pensión hospitalaria por habitaciones semi-privadas, colectivas y privadas.
2. Todos los cargos por otros servicios y medicamentos suministrados por atención médica en el hospital.
3. Anestesia y su administración.
4. Servicios de ambulancia para viajar de y hacia un hospital local.
5. Honorarios del médico por cirugía y tratamiento médico, excluyendo tratamientos dentales a excepción de aquellos que resultan a consecuencia de un accidente.

6. Servicios privados de enfermería, en el hospital suministrados por una enfermera titulada que no sea pariente del Asegurado ni resida en el hogar del mismo.
7. Gastos causados como paciente externo del hospital y cuentas por servicios clínicos, inclusive exámenes de Laboratorio y Radiología.
8. Terapia del habla a consecuencia de Dislalia por un terapeuta titulado a condición de que el desorden aludido sea a consecuencia directa de una enfermedad o lesión de los órganos del lenguaje y que tal terapia haya sido ordenada, controlada y dirigida por un médico con el propósito de restaurar el habla al Asegurado.
No hay cobertura bajo esta Póliza donde hay una incapacidad específica para aprender y/o donde nunca se ha desarrollado el habla prescindiendo el origen de ello y el tratamiento médico recibido anteriormente.
9. Los siguientes desordenes nerviosos y psiquiátricos no diagnosticables más que a través de la observación clínica estarán cubiertos hasta Q.1 ,000.00 por año calendario prescindiendo de la disciplina especialista del médico tratante. Al satisfacer el Deducible correspondiente (en el evento de casos ambulatorios únicamente) se aplicará un coaseguro del 50% hasta el máximo ya aludido. Desorden de ajuste con Animo Depresivo, Desorden de Ansiedad, Tensión (Stress), Desorden Obsesivo-Compulsivo, Desorden Afectivo, Depresión Reactiva, Depresión Mayor.
10. Los otros servicios y medicamentos siguientes:

Oxígeno y alquiler del equipo para su administración, exámenes de laboratorio y Rayos X (excluidos los servicios dentales suministrados por médico dentista o cirujano dental, que no sean los indicados en el inciso 5); tratamiento por Rayos X, por Radio por otras sustancias radioactivas; tratamiento de fisioterapia, por una persona calificada que no sea familiar o pariente del Asegurado;

Drogas y medicinas suministradas, contra receta médica original, por una farmacia autorizada de acuerdo con la ley.

Vendajes quirúrgicos;

Sangre y plasma sanguíneo;

Miembros y ojos artificiales necesitados por lesión accidental o enfermedades que ocurran mientras el individuo está asegurado por esta póliza.

Enyesados, entablillados, bragueros, abrazaderas y muletas;

Alquiler de sillas de ruedas, cama de hospital o pulmón de hierro.

CLAUSULA 3

COBERTURA DEL SEGURO

La cobertura del seguro aplicable a cada empleado Asegurado, se indicará en las CONDICIONES PARTICULARES.

CLAUSULA 4

DEFINICIONES

El término "Asegurado", como aquí se utiliza, significará:

1. Un empleado que de acuerdo a los términos y estipulaciones de este Anexo, goce de los beneficios aquí descritos.

2. Un dependiente asegurado, si los dependientes de tales empleados son elegibles según los términos y estipulaciones de este Anexo.

“El Máximo Médico Vitalicio” es la acumulación de las sumas pagaderas durante la vida de cada asegurado, hasta el Máximo indicado en las CONDICIONES PARTICULARES.

El “Deducible” es una cantidad de dinero determinada por la póliza y gastada por el asegurado para cubrir gastos médicos iniciales, la cual no está sujeta a reembolso de parte de la Compañía.

El “Coaseguro” se refiere a la menor proporción de los Gastos Médicos incurridos cuyo costo corre a cuenta del Asegurado.

El “Co-Pago” se refiere a montos fijos en quetzales o equivalente a días de hospitalización por reclamos bajo programas de reembolso directo.

El término “Médico” designará únicamente a un doctor o cirujano titulado en medicina o su equivalente, que esté legalmente establecido y autorizado, para practicar la medicina.

El término “Razonable y Acostumbrado” significará un cargo por atención médica debido a lesión o enfermedad, el cual se considere justo y hasta el límite acostumbrado, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad en que es suministrado, cuando se comparen con tratamiento, servicios abastecimientos, a individuos del mismo sexo, de edad e ingresos semejantes.

El término “Incapacidad” significara una enfermedad, lesión corporal por accidente que necesite tratamiento por un médico autorizado. 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.

El término “Hospital” significará una institución organizada de acuerdo con la ley que cuenta con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios a personas enfermas o heridas, que trabajen las veinticuatro horas diarias, bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras. Esta definición incluye también las instalaciones dedicadas al diagnóstico y cirugía. Los asilos de ancianos, los hogares para convalecientes y enfermos crónicos, las casas de reposo y aquellos lugares donde se suministre tratamiento para alcohólicos y drogadictos, no se considerarán hospitales.

El término “Hospitalización” significará la permanencia de un Asegurado que esté registrado como paciente en un Hospital (según se definió anteriormente) y que incurra en un gasto diario por concepto de Cuarto y Alimentación.

El término “Operación Quirúrgica” significará:

1. Operación con incisión;
2. La sutura de una herida;
3. El tratamiento de una fractura;
4. La reducción de una luxación;
5. Radioterapia (excluyendo terapia con isótopos radioactivos si se utiliza en lugar de la extracción quirúrgica de un tumor);
6. Electrocauterización;
7. Procedimientos endoscópicos para diagnosis o terapia;
8. El tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y las venas varicosas.

El término “Incapacidad Total y Permanente” dentro del sentido de esta póliza se define como una lesión o enfermedad, no excluida por esta Póliza, que totalmente impida que el asegurado desempeñe sus ocupaciones habituales o que se dedique a cualquier ocupación por remuneración o ganancia.

CLAUSULA 5

EXTENSION DE BENEFICIOS

No obstante las disposiciones de la cláusula 12 y 13 de las Condiciones Generales de la Póliza, los beneficios bajo el presente contrato continuarán siendo pagaderos, siempre y cuando este Anexo continúe en vigor al momento en que dichos gastos de hospital fueron incurridos respecto a una incapacidad originada antes de la fecha de terminación del seguro individual o de su dependiente.

Sin embargo, esta extensión de beneficios será por solo 30 días, contados a partir de la fecha en que el empleado o dependiente terminaron su cobertura.

Si cuando su cobertura termine por cualquier razón distinta del pago del Máximo Médico Vitalicio, un asegurado esta total y permanentemente incapacitado (según definición en la cláusula 4) por una lesión o enfermedad no excluida por esta Póliza e incurre en gastos cubiertos por razón de dicha lesión o enfermedad, los beneficios proporcionados de esta Póliza serán aplicados exclusivamente a la lesión o enfermedad que causó la Incapacidad Total y Permanente y serán pagaderos:

1. Hasta que cese la Incapacidad Total;
2. Hasta el 31 de Diciembre del año siguiente a aquel en que la cobertura termine; o
3. Hasta que venza esta póliza, lo que sucediera primero.

CLAUSULA 6

LIMITACIONES

Este Anexo no cubre beneficio alguno por:

1. Servicios suministrados en un hospital que pertenezca al estado o al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social o por cualquier otro servicio o atención médica gratuita o tratamiento 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.
2. 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.
3. Gastos de exámenes Médicos generales, exámenes de la vista, anteojos, aparatos para el oído. Tratamiento dental (a menos que sea tratamiento de lesiones accidentales, causadas a los dientes naturales, por medios externos y violentos y/o la colocación de la mandíbula fracturada en su lugar).
4. El tratamiento de alcoholismo o de adicción a drogas, desórdenes mentales; y desórdenes nerviosos que no sean de origen fisiológico, faltando evidencias de lesión o enfermedad diagnosticable en el sistema nervioso central del Asegurado.
5. Cargos por transporte del paciente, excepto cargos por servicio de ambulancia del o al hospital local o el costo de Cuarto y Alimentos de un miembro de la familia que esté atendiendo al paciente hospitalizado.
6. Tratamiento médico, medicinas u operaciones quirúrgicas de naturaleza preventiva

7. Lesión o enfermedad que resulte a consecuencia de insurrección o de guerra declarada o no, o de participación en motines, huelgas o alborotos civiles.
8. Curas de reposo, convalecencia, curas en custodia o períodos de cuarentena o aislamiento.
9. Cirugía o tratamiento cosmético, a menos que sea necesitado por una lesión accidental que ocurra mientras el Asegurado está cubierto por este Anexo y que tal tratamiento sea proporcionado dentro de los seis meses después de tal accidente.
10. Condiciones congénitas.
11. Gastos de atención psiquiátricos en exceso de los máximos indicados en las Condiciones Particulares y en la cláusula 2 de Gastos Elegibles epígrafe 9.
12. Tratamiento de cualquier enfermedad o lesión que se hubiera originado antes de la fecha de vigencia de la cobertura del asegurado; sin embargo, esta exclusión no será aplicable después del número de días de cobertura continua sin incurrir en gastos médicos por tales enfermedades o lesiones, indicados en las Condiciones Particulares, siempre y cuando las enfermedades o lesiones hayan sido declaradas previa a la entrada en vigencia de la cobertura correspondiente y no le hayan sido excluidos expresamente en tal cobertura.
13. Embarazo (a menos que esta cobertura haya sido estipulada en las Condiciones Particulares), incluyendo el Parto Normal, Aborto Espontáneo y Operación Cesárea, excepto por:
 - a) Complicaciones que requieran operación interabdominal, o
 - b) Por servicios mientras esta recluido en el hospital por cualquier toxemia debido al embarazo.

CLAUSULA 7

DESCRIPCION DE BENEFICIOS

1. EL MAXIMO MEDICO VITALICIO

El Máximo Médico Vitalicio es la acumulación de las sumas pagaderas durante la vida de cada asegurado, hasta el máximo indicado en las Condiciones Particulares y en exceso de esta suma, no se pagarán mas beneficios, excepto si ocurre el Restablecimiento del Máximo Médico Vitalicio. No obstante, los dependientes elegibles podrán continuar asegurados después que el empleado haya agotado su propio beneficio Máximo Médico Vitalicio.

RESTABLECIMIENTO DEL MAXIMO MEDICO VITALICIO

Si a consecuencia de los reclamos presentados, un empleado o un dependiente ha recibido un mínimo de Q.1 ,000.00, la Compañía puede restablecer el Máximo Médico Vitalicio en las siguientes condiciones:

- a) Si es empleado, que haya laborado ininterrumpidamente durante un mínimo de seis meses y no haya incurrido en gastos médicos durante el mismo período.
- b) Si es dependiente, y se suministre a la Compañía Evidencia de Asegurabilidad, con indicación de que no está imposibilitado por accidente o enfermedad para desempeñar cualquiera de sus ocupaciones habituales.

2. EL DEDUCIBLE

El Deducible que aplica a esta póliza está definido en las condiciones particulares de ésta misma.

Una vez satisfecho el deducible de 3 miembros de una familia en el mismo año calendario no se aplicará el Deducible a los restantes miembros durante dicho periodo.

Los gastos elegibles incurridos entre el 1° de octubre y el 31 de diciembre de cada año, que sean utilizados para satisfacer el Deducible de ese año, también serán aplicados para satisfacer el Deducible del siguiente año calendario.

Si a consecuencia de un accidente 2 o más miembros de una familia son lesionados, únicamente un Deducible será aplicado al total de gastos médicos incurridos.

3. EL COASEGURO

Si un Asegurado ha incurrido en gastos médicos elegibles (según se define en la Cláusula 2 de este Anexo) a consecuencia de una enfermedad o lesión, la Compañía reembolsará dichos gastos en exceso del Coaseguro y el Deducible cuyo monto se indica en las Condiciones Particulares, hasta que se agote el Máximo Médico Vitalicio.