

SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS GLOBAL CARE

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

“ESTA PÓLIZA CONTIENE CLÁUSULA DE ARBITRAJE”

**CUADRO DE BENEFICIOS
GLOBAL CARE**

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	
Trasplante de Órganos y Tejidos	
Equipo Médico Durable o Dispositivos Especiales	
Implantes Quirúrgicos o Prótesis	
Medicamentos por Receta Médica	
Cirugía de Reducción de Riesgo de Cáncer o Cirugía Profiláctica	
Tratamientos Especiales (psiquiatría, autismo, y enfermedad de Alzheimer)	
Transporte de Emergencia: <ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia Aérea • Ambulancia Terrestre 	
Repatriación de Restos Mortales	
Terapia Física Ambulatoria, Rehabilitación, Cuidado Médico a Domicilio (enfermera privada)	
Tratamiento Quirúrgico de Trastornos Sintomático de los Pies	
Tratamiento Dental por Accidente	
Condiciones Congénita y/o Hereditarias	
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.

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 723 del 07 de julio de 2015”.