

SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES HOSPITALARIOS

HEALTH ONE

CARÁTULA DE LA PÓLIZA

Por favor mantener esta copia de su póliza en un lugar seguro ya que contiene información importante de su cobertura. Cualquier solicitud de cambio a esta información, deberá realizarlo a través de su Agente o Corredor.

I. RESUMEN DE COBERTURA

NÚMERO DE PÓLIZA:

PLAN / OPCIÓN:

MONEDA:

SUMA ASEGURADA ANUAL:

DEDUCIBLE AÑO PÓLIZA:

ASEGURADO TITULAR: *(nombre completo)*

FECHA DE NACIMIENTO: *DD/MM/AA*

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES: *(dirección completa)*

FECHA DE INICIO DE VIGENCIA: *DD/MM/AA*

FECHA DE VENCIMIENTO DE VIGENCIA: *DD/MM/AA*

PRIMA: *(monto y forma de pago)*

II. DEPENDIENTES ASEGURADOS:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Fecha de Inicio de Cobertura	Edad Máxima de Cobertura
	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	

III. BENEFICIARIO:

IV. CONDICIONES PARTICULARES:

(se detalla cualquier condición particular a un determinado Asegurado)

**V. CUADRO DE BENEFICIOS
(NOMBRE COMERCIAL)**

DESCRIPCION DEL BENEFICIO	MAXIMO DE COBERTURA
Suma Asegurada Anual	Q. _____
Elegibilidad	Titular y Cónyuge hasta los ___ años Hijos hasta los ___ años
Renovación	Garantizada de por vida
Cobertura	
Coaseguro	_____ %
Habitación Privada estándar	.
Habitación en Unidad de Terapia Intensiva de Adultos	
Habitación en Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica y Neonatal	
Sala de Unidad de Cardiología Intervencionista	
Servicios Ordinarios de Enfermería	
Servicios de Enfermería Especializada en Cuidados Intensivos Neonatales	
Sala de Operaciones, de recuperación o curaciones	
Hospedaje para Familiar Acompañante de un Menor Hospitalizado	
Medicamentos Suministrados por Atención Médica en el Hospital	
Tratamientos de Terapia Física o Respiratoria en el Hospital	
Honorarios de Cirujanos y Anestesiólogos	
Exámenes de Diagnóstico en Hospital	
Consultas Médicas Ambulatorias	
Exámenes de Diagnóstico Ambulatorio	
Medicamentos para Tratamiento Ambulatorio	
Maternidad	
Atención del Recién Nacido	
Complicaciones del Recién Nacido	
Control de Niño Sano	
Trasplante Renal <ul style="list-style-type: none"> • Gastos del Donante Vivo 	
Cirugía Estética o Reconstructiva por Accidente	
Tratamiento Dental por Accidente	
Tratamiento de Cáncer	
Diálisis y Hemodiálisis	
VIH / SIDA	
Transporte en Ambulancia <ul style="list-style-type: none"> • Ambulancia Aérea • Ambulancia Terrestre 	
Privilegio de Continuidad de Cobertura para Dependientes	
Beneficios Exclusivos	

Al aceptar esta póliza, usted autoriza a la Compañía solicitar toda información médica, incluyendo copias exactas de expedientes médicos.

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.

Teléfono: *(número de teléfono)*

Dirección para notificación de cambios en su póliza:

Seguros Agromercantil, S.A.

(Dirección)

Guatemala, Guatemala

Por Seguros Agromercantil:

(Nombre y firma del funcionario)

Lugar y Fecha de Emisión de la Póliza: Guatemala, (día) de (mes) de (año)

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