

Anexo de Renovación/Inclusión No. 08/23247
Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores en Dólares

"Premium Health Insurance"
 Plan Green Deducible de US\$1,000

Para ser adherido y formar parte de la póliza, se procede a incluir con fecha indicada en la carátula de la misma los siguientes beneficios, definiciones y tarifas:

PLAN: GREEN

| BENEFICIOS | | |
|--|---|-------------------------------------|
| LÍMITE MÁXIMO ANUAL RENOVABLE | | \$5,000,000 |
| COBERTURA EN GUATEMALA | | |
| Hospitales Selectos | Deducible | \$0 |
| | Reembolso | 100% |
| | Coaseguro | No Aplica |
| Hospitales De la Red y Fuera de la Red | Deducible | \$0 |
| | Reembolso | 90% |
| | Coaseguro | 10% |
| Gastos Ambulatorios en Guatemala Consultas Médicas, Exámenes de Diagnóstico y Medicamentos | Deducible | Aplica deducible contratado |
| | Reembolso | 100% |
| COBERTURA DE EMERGENCIA EN GUATEMALA | | |
| Hospitales Selectos | Copago por evento | \$300 |
| | Deducible | \$0 |
| | Reembolso (después de cubierto el Copago y Deducible) | 100% |
| Hospitales De la Red y Fuera de la Red | Copago por evento | \$300 |
| | Deducible | \$0 |
| | Reembolso (después de cubierto el Copago y Deducible) | 90% |
| COBERTURA EN EL EXTRANJERO | | |
| Hospitales Selectos | Deducible | Aplica 50% del deducible contratado |
| | Reembolso | 100% |
| | Coaseguro | No Aplica |
| Hospitales De la Red | Deducible | Aplica el deducible contratado |
| | Reembolso | 90% |
| | Coaseguro | 10% |
| | Límite de Coaseguro (Año Calendario) | \$2,500 |

Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores en Dólares

"Premium Health Insurance"

Plan Green Deducible de US\$1,000

| | | |
|---|---|---|
| Hospitales Fuera de la Red | Deducible | Aplica el deducible contratado |
| | Reembolso | 80% |
| | Coaseguro | 20% |
| | Límite de Coaseguro (Año Calendario) | \$7,500 |
| Gastos Ambulatorios en el Extranjero Consultas Médicas y Exámenes de Diagnóstico | Deducible | Aplica Deducible contratado de acuerdo al proveedor (Selectos, De la Red y Fuera de la Red) |
| | Reembolso | Porcentaje de acuerdo al proveedor (Selectos, de la Red y Fuera de la Red) |
| Medicamentos Ambulatorios en el Extranjero | Deducible | Aplica el deducible contratado |
| | Reembolso | 80% |
| | Coaseguro | 20% |
| MATERNIDAD | | |
| Disponible para hijas dependientes de 15 años en adelante | | |
| Los beneficios se activan si la maternidad ha sido cubierta. Periodo de espera 10 meses. | | |
| Maternidad en Guatemala (Límite por Evento) | No aplica Deducible en hospitalización | \$8,000 |
| | Reembolso de acuerdo a la clasificación de Hospitales | |
| Maternidad en el Extranjero (Límite por Evento) | Aplica deducible contratado de acuerdo a la clasificación de Hospital (Selectos, De la Red y Fuera de la Red) | \$16,000 |
| | Reembolso de acuerdo a la clasificación de Hospitales | |
| Complicaciones del Embarazo y de el/los Recién Nacido (s). | Límite Máximo Vitalicio | \$750,000 |
| Crío Preservación de Células Madre del Cordón Umbilical y/o Tamizaje (Por cada Recién Nacido) No aplica deducible | Límite por ambos procedimientos Crío Preservación y Tamizaje | \$2,000 |
| | Sub Límite para Tamizaje | \$300 |
| Circuncisión Electiva (Sub Límite de Maternidad) Por cada Recién Nacido - Aplica deducible de acuerdo con Clasificación de Hospitales | En Guatemala y en el Extranjero | \$300 |

Anexo de Renovación/Inclusión No. 08/23247
Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores en Dólares

"Premium Health Insurance"
 Plan Green Deducible de US\$1,000

| OTRAS COBERTURAS | | |
|--|---|------------|
| Habitación y Alimentación (Sin Límite de Días) | En Guatemala (Habitación Privada y Semiprivada) | 100% |
| | En el Extranjero | 100% |
| Unidad de Cuidados Intensivos (Sin Límite de Días) | En Guatemala y en el Extranjero | 100% |
| Enfermedades Congénitas | Límite Máximo Vitalicio | \$750,000 |
| Estadía de Acompañante en Hospital (Sin Límite de Días) Para menores de 18 años y adultos a partir de 65 años | Máximo diario | \$300 |
| Cirugía Ambulatoria | En Guatemala y en el Extranjero | Cubierto |
| Cirugía de reducción de riesgo (preventivo) Máximo Vitalicio | En Guatemala y en el Extranjero | \$20,000 |
| Trasplantes (Gastos del Receptor y Donante) | Límite Máximo Año Calendario | \$750,000 |
| | Límite Máximo Vitalicio por Trasplante | |
| Tratamiento de Cáncer | En Guatemala y en el Extranjero | Cubierto |
| Diálisis y/o Hemodiálisis (Límite Máximo Año Calendario) | En Guatemala | Sin límite |
| | En el Extranjero | \$125,000 |
| Terapia Física (Límite Máximo Año Calendario) | En Guatemala | Sin límite |
| | En el Extranjero | \$50,000 |
| Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)/VIH | Límite Máximo Vitalicio | \$250,000 |
| Ambulancia Aérea (Límite Máximo Año Calendario) Deducible y Coaseguro aplican de acuerdo a la clasificación del hospital | En Guatemala y en el Extranjero | \$50,000 |
| Boleto Aéreo (retorno luego de traslado en Ambulancia Aérea) | Por evento | Cubierto |
| Ambulancia Terrestre | En Guatemala y en el Extranjero | Cubierto |
| Combustible por traslado aéreo (Límite Máximo Año Calendario) | En Guatemala | \$300 |
| Deportes o Actividades Peligrosas No Profesionales | Cubierto | |

Anexo de Renovación/Inclusión No. 08/23247
Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores en Dólares
"Premium Health Insurance"
 Plan Green Deducible de US\$1,000

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| Chequeo Médico Preventivo Período de Espera 1 año (No aplica deducible) | Límite Máximo por Año Calendario Reembolso | \$300 |
| Detección de Alergias (Límite Máximo Año Calendario) No aplica deducible | Reembolso | \$200 |
| Control de Niño Sano de 0 a 5 años, (Límite Máximo Año Calendario) No aplica deducible | Reembolso | \$250 |
| Honorarios por Soporte Psiquiátrico y Psicológico (Máximo 20 consultas por Año Calendario) | En Guatemala (Máximo por Consulta) | \$100 |
| | En el Extranjero (Máximo por Consulta) | \$200 |
| Atención médica en el hogar (Enfermería) | Reembolso | 90 Días (Máximo Año Calendario) |
| Equipo Médico Duradero | Límite Máximo año calendario | \$6,000 |
| Prótesis para piernas, brazos y ojos (Límite Máximo Año Calendario) | Reembolso | \$6,000 |
| Ayuda de Sepelio (Para Asegurado Principal y Cónyuge asegurado) | \$10,000 | |
| Continuidad de Cobertura del Seguro Médico para Familiares Dependientes | 1 Año de Cobertura | |
| Repatriación de Restos Mortales (A consecuencia de una enfermedad cubierta bajo la póliza) | \$10,000 | |
| Reducción del Deducible por No Siniestralidad | Aplica si el asegurado en tres (3) años consecutivos no ha presentado reclamos. | 50% |
| Asistencia de Viaje | Aplica | |
| Eliminación de deducible en Caso de Accidente | Aplica | |
| Deducibles Año Calendario Máximo 3 Deducibles Por Familia | | |
| En todos los beneficios aplica deducible a menos que se indique lo contrario en la presente tabla de beneficios. | | |
| Todas las cifras están expresadas en Dólares de Estados Unidos de América(US\$) | | |

0ct2022

DEFINICIONES

- **COPAGO:** Es la cantidad fija que debe pagar el Asegurado al utilizar los servicios médicos de EMERGENCIA a través del Programa de Pago Directo, dependiendo del proveedor seleccionado. El Copago aplica por evento y es independiente de la aplicación de coaseguro y deducible estipulados en la póliza.

Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores en Dólares

"Premium Health Insurance"

Plan Green Deducible de US\$1,000

- **COMPLICACIONES DE MATERNIDAD:** Significa el curso anormal del embarazo, complicaciones en la atención del alumbramiento y postparto, que impida que la madre pueda tener un parto normal, bajo cuidado médico o regular.
- **RECIÉN NACIDO:** Es un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta (30) días.
- **COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO:** Cualquier desorden no genético que se manifiesta durante el primer mes del nacimiento incluyendo, pero no limitado a hiperbilirrubinemia, hipoxia cerebral, hipoglicemia, prematuridad, enfermedad respiratoria y traumatismo al nacer.
- **CRÍO PRESERVACIÓN DE CÉLULAS MADRE DEL CORDÓN UMBILICAL:** Se refiere a la técnica mediante la cual se extrae y se aplican las pruebas de viabilidad de las células madre existentes en la sangre del cordón umbilical del recién nacido que esté cubierto por esta Póliza, para evaluar su posible conservación a temperaturas muy bajas.
- **TAMIZ:** Es una prueba de laboratorio que al realizarla identifica a aquellos recién nacidos, que tienen probabilidad de riesgo de desórdenes metabólicos serios que no son visibles al momento de su nacimiento.
- **INCLUSIÓN DE HIJOS DEPENDIENTES**
Para realizar la inclusión de un hijo dependiente deberá formalizarlo por escrito ante la Compañía, por medio del formulario y el pago de prima correspondiente, dentro de los treinta (30) días siguientes al nacimiento del recién nacido, en caso de no haber cumplido con el tiempo estimado aplicarán las normas de selección de riesgo de la Compañía, y en aquellos casos de maternidades cubiertas que los niños recién nacidos no hayan sido incluidos de acuerdo al tiempo establecido, no tendrá derecho al beneficio de Defectos congénitos de recién nacido indicados por la póliza.
- **MÉDICAMENTE NECESARIO(A).** Medicamento necesario(a) significa que un trasplante, tratamiento, servicio, suministro, equipo, medicamento o estancia en el hospital, centro de trasplante o asistencial:
 - 1º. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de una persona asegurada.
 - 2º. No excede en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
 - 3º. Ha sido prescrito por un Médico.
 - 4º. Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en los Estados Unidos de América; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
- **VIH/SIDA:** Es una enfermedad que conlleva una reducción de las defensas naturales.

Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores en Dólares

"Premium Health Insurance"

Plan Green Deducible de US\$1,000

- **Terapia Física:** Se define como: el manejo de los desordenes que impliquen una limitación en el movimiento humano. Incluye terapia del habla.

BENEFICIOS CUBIERTOS

1. Maternidad para hijas dependientes mayores de 15 años:

Se refiere a la cobertura de maternidad para una hija dependiente, pagando la tarifa como asegurada titular dentro de la póliza respectiva desde el momento que solicite la cobertura. A partir de la contratación de dicha cobertura debe cumplir con los términos y condiciones que regulan la póliza.

2. Enfermedades congénitas:

Los beneficios por enfermedades congénitas y hereditarias que se manifiesten, aplicaran de la siguiente forma:

- a) Recién nacidos que nazcan de una maternidad cubierta y que hayan sido reportados y hubiesen cumplido el proceso de inclusión de hijos dependientes de acuerdo a las condiciones de la póliza.
- b) Asegurados que no nacieron de una maternidad cubierta, después de dos años de iniciada la póliza y/o su inclusión al seguro, tendrán cobertura para aquellas condiciones que no hayan sido manifestadas ni diagnosticadas previo a la contratación de la misma.
- c) La ampliación de cobertura e incremento del límite máximo vitalicio aplica para enfermedades diagnosticadas a partir del 01 de enero de 2016; todas las pólizas cuya contratación fue anterior al inicio de dicho beneficio, tendrán un periodo de espera de doce (12) meses a partir de la inclusión del beneficio descrito.

Los incisos anteriores se cubrirán hasta los límites máximos establecidos en el Cuadro de Beneficios, por asegurado, de por vida, mientras la póliza esté vigente y de conformidad a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones, regulaciones y exclusiones de la misma. Dichos beneficios deben ser coordinados y aprobados con anterioridad por La Compañía.

3. Crío preservación de células madre del cordón umbilical

Se refiere a la técnica mediante la cual se extrae y se aplican las pruebas de viabilidad de las células madre existentes en la sangre del cordón umbilical del recién nacido que esté cubierto por esta Póliza, para evaluar su posible conservación a temperaturas muy bajas.

4. Tamizaje

Beneficio por reembolso convencional hasta el monto indicado en el cuadro de beneficios para el recién nacido de una maternidad cubierta, hasta el día 30 de vida.

5. Complicaciones del Embarazo y del Recién Nacido

Este beneficio aplica de forma vitalicia hasta el límite indicado en el Cuadro de Beneficios para todos los eventos cubiertos por la póliza, se consideran en conjunto los gastos médicos elegibles relacionados con la madre y/o con el/los recién nacido(s). Entendiéndose como complicaciones del embarazo los problemas de salud que se producen durante el embarazo y que pueden afectar la

Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores en Dólares

"Premium Health Insurance"
Plan Green Deducible de US\$1,000

salud de la madre, del bebé o de ambos, prescindiendo de si hay o no desenlace incluyendo pero no limitadas a: Aborto espontáneo, El parto y el nacimiento prematuros, Preeclampsia, Poco líquido amniótico (oligohidramnios), Diabetes del embarazo (diabetes gestacional), Embarazo ectópico, Placenta previa, las cuales deben estar documentadas en el expediente de la paciente, y prescindiendo de la etapa del embarazo o si hay alumbramiento. Los eventos que no se consideren como complicaciones del embarazo estarán limitados al beneficio máximo de maternidad indicado en esta Póliza.

La cobertura de maternidad aplica para las opciones de deducible contratadas que incluyan este beneficio, y no está disponible si la maternidad es excluida bajo cualquier otra condición de esta Póliza.

Para propósitos de este beneficio, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea previa, no son consideradas complicaciones del embarazo.

Exclusiones

Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo esta Póliza, incluyendo pero no limitado a complicaciones del embarazo o del recién nacido durante el parto que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier método artificial de fecundación, de fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad o de embarazos no cubiertos por esta Póliza.

6. Control de Niño Sano

Es la evaluación pediátrica durante los primeros cinco años de los hijos dependientes. Este beneficio cuenta con un monto máximo anual de acuerdo al límite indicado en el cuadro de beneficios, el cual podrá utilizarse por: aplicación de vacunas, consulta pediátrica, control de crecimiento y desarrollo. Cobertura inmediata para niños nacidos de una maternidad cubierta y para niños no nacidos de maternidad cubierta aplica un período de espera de un (1) año.

7. Circuncisión Electiva

Circuncisión del o (los) recién nacido (s): Este beneficio aplica siempre y cuando:

1. La maternidad haya sido cubierta por la póliza
2. El recién nacido no haya salido del hospital
3. El Beneficio de Recién Nacido no determina la inclusión automática a la póliza del nuevo miembro familiar (inmediata, no automática). Este podrá ser parte de la póliza hasta que el Asegurado Titular solicite su inclusión a través del formulario de inclusión de dependientes y cumpla con las condiciones de "Elegibilidad de los Dependientes". Este beneficio cubrirá lo que indique el cuadro de beneficios.

8. Asistencia médica en el Hogar (Enfermería)

Este beneficio cubre los servicios privados de enfermero(a) titulado(a) (no familiar del Asegurado) médicamente necesarios, que hayan sido aprobados por La Compañía derivados por un accidente o una enfermedad cubierta por la póliza, hasta el límite máximo anual de días indicados en el Cuadro de Beneficios. (No aplica clínica de reposo)

9. Deportes o Actividades Peligrosas No Profesionales

Este beneficio cubre las lesiones sufridas a consecuencia de la práctica no profesional, ocasional o vacacional de los siguientes deportes o actividades peligrosas incluyendo, pero no limitándolos a: uso de vehículos de carrera de cualquier tipo sea como conductor o pasajero y competencia en

Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores en Dólares

"Premium Health Insurance"

Plan Green Deducible de US\$1,000

autos, motociclismo, motos acuáticas, cualquier tipo de deporte aéreo, alpinismo, andinismo, montañismo, rapel, puenting, rodeo, cacería de fieras, prácticas hípicas, equitación en salto o carreras, lidia de toros, pesca submarina, buceo deportivo o alta mar, polo, espeleología, parkour, caída libre, sky-surf, kitesurf y bodysurf, box y artes marciales.

10. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)/VIH

Este beneficio cubre los gastos por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, incluyendo el Virus Inmunodeficiencia Humano (VIH), encefalopatía (demencia), síndrome de desgaste y todas las enfermedades causadas y relacionadas al VIH positivo, limitados al máximo vitalicio indicado en esta Póliza.

El período de espera para este beneficio es de doce (12) meses.

11. Equipo Médico Duradero

Este beneficio cubre aditamentos, órtesis, ayudas técnicas en rehabilitación y sistemas de movilidad, equipos médicos duraderos que incluyen, pero sin limitarlos a: sillas de ruedas, bastones, muletas, respiradores, colchones de presión y andadera, cuando sea médicamente necesario hasta el límite máximo anual indicado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, esto no aplica para prótesis. Para aquellos casos en que el costo del equipo médico duradero haya sido incluido dentro de los gastos por insumos hospitalarios por medio del sistema de pago directo, se cubrirá de acuerdo a la clasificación y participación de los hospitales según corresponda. En caso que los gastos sean por el sistema convencional de reembolso, se cubrirán al 100% después de satisfacer el deducible hasta el límite indicado.

12. Prótesis para piernas, brazos y ojos

Este beneficio cubre prótesis de ojos, brazos, manos, piernas y pies exclusivamente hasta el límite máximo establecido en el cuadro de beneficios. Incluye todos los gastos relacionados con el procedimiento del nuevo dispositivo artificial incluyendo las terapias físicas. Las prótesis serán cubiertas una vez que el asegurado sea capaz de alcanzar funcionalidad por medio del uso de las mismas. Las reparaciones de las prótesis están cubiertas únicamente por cambios anatómicos o de funcionalidad a causa del desgaste por uso normal, que hagan que la prótesis no funcionen y siempre que dicha reparación devuelva la funcionalidad del equipo. Las sustituciones de las prótesis están cubiertas únicamente por cambios anatómicos o de funcionalidad a causa de desgaste por uso normal, que hagan que la prótesis no funcione y no pueda ser reparada. La cobertura inicial, reparaciones y/o sustituciones de prótesis deben ser preautorizadas por la Compañía y no serán objeto de cobertura aquellas prótesis para uso deportivo.

13. Terapia Física

Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía. Se cubre hasta el máximo estipulado en el cuadro de beneficios de la póliza, siempre y cuando el tratamiento haya sido prescrito, certificado por el médico tratante, sea médicamente necesario para el tratamiento adecuado de la enfermedad, lesión o accidente cubierto por la póliza. Este servicio incluye las terapias del habla.

Exclusiones

Este beneficio no es pagadero por condiciones médicas o accidentes no cubiertos por la póliza.

Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores en Dólares

"Premium Health Insurance"

Plan Green Deducible de US\$1,000

14. Chequeo Médico Preventivo

Este beneficio cubre a los integrantes del núcleo asegurado por consultas y exámenes de chequeo médico preventivo ordenados por un médico colegiado activo, hasta el límite máximo anual indicado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, siempre y cuando haya estado cubierto ininterrumpidamente durante un (1) año.

15. Continuidad de Cobertura del Seguro Médico para Familiares Dependientes

Este beneficio otorga continuidad de cobertura del seguro médico a los familiares dependientes, sin costo alguno de prima, en caso de fallecimiento del Asegurado Principal. Dicho beneficio aplica durante el período de un año a partir del vencimiento del último pago de prima realizado, sujeto a las siguientes condiciones:

- a) Al momento del fallecimiento, el Asegurado Principal debe estar asegurado con sus familiares dependientes, pagando tarifa familiar.
- b) El Asegurado Principal debe estar asegurado en la Póliza como mínimo durante un (1) año.

16. Estadía de Acompañante en Hospital

Este beneficio cubre cargos incluidos en la factura del hospital, por la estadía de un acompañante, en la misma habitación que ocupe un asegurado menor de dieciocho (18) años y de sesenta y cinco (65) años en adelante que esté hospitalizado, hasta el límite máximo indicado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por La Compañía.

Exclusión

Este beneficio no incluye gastos relacionados con la atención de enfermería.

17. Trasplantes. (Gastos del receptor y donante)

Por medio del presente anexo se procede a modificar la clausula 35. Beneficios cubiertos, en su inciso 5 de trasplante, cubriendo todo trasplante que sea realizado en un hospital especializado que sea reconocido y aceptado por el consejo de las organizaciones profesionales y que estén reconocidas por la autoridad de salud competentes del país donde se realice el procedimiento. El beneficio de trasplante está sujeto a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones, regulaciones y exclusiones de esta póliza.

Por cada año calendario se pagará el máximo indicado en el cuadro de beneficios vigente por procedimientos de trasplantes, de uno o más órganos. Y la cobertura se limita hasta el máximo vitalicio por órgano indicado en el cuadro de beneficios vigente. El tratamiento pre operatorio y post operatorio del o los trasplantes están cubiertos dentro del máximo vitalicio por trasplante.

18. Detección de alergias

La alergia es una reacción del sistema inmunológico de nuestro organismo que reconoce como extraña una sustancia que se denomina alérgeno (o antígeno). Estas pruebas consisten en: Pruebas del parche para alergias, Pruebas de escarificación para alergias, Pruebas cutáneas para alergias, Pruebas Alérgenos, Pruebas inhalados y alimentos, Prick To Prick, Pruebas de reto a ejercicio. Se cubrirá hasta el máximo médico indicado en el cuadro de beneficios.

Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores en Dólares

"Premium Health Insurance"

Plan Green Deducible de US\$1,000

19. Honorarios por Soporte Psiquiátrico y Psicológico

Este beneficio cubre los honorarios del médico psiquiatra o psicólogo por un máximo de veinte (20) consultas durante un año, si a juicio de su médico tratante y derivado de un diagnóstico cubierto por la Póliza, requiera consulta psiquiátrica o psicológica.

Exclusión

Este beneficio no incluye ningún medicamento o tratamiento psiquiátrico y psicológico.

20. Procedimientos Ambulatorios Especiales

No obstante lo indicado en el Cuadro de Beneficios donde se establece que para **Gastos Ambulatorios en Guatemala** debe cubrirse deducible; todo tratamiento para Cáncer, procedimientos de Diálisis y/o Hemodiálisis y Terapia Física serán considerados como Procedimientos Ambulatorios Especiales, aplica deducible de hospitalización y el coaseguro correspondiente será de acuerdo a la clasificación de Hospitales (Selectos, De la Red y Fuera de la Red).

21. Combustible por Traslado Aéreo en Guatemala

En caso de un accidente o enfermedad aguda que pueda resultar en la pérdida de la vida y/o de la viabilidad de alguno de los órganos del asegurado, se cubrirá hasta el máximo indicado en el cuadro de beneficios, el gasto por combustible derivado del traslado aéreo al hospital más cercano. Este beneficio no aplica para vuelos comerciales.

22. Boleto Aéreo Retorno de traslado en Ambulancia Aérea (Boletos en Clase económica)

La aseguradora cubrirá el viaje de regreso para el asegurado y un acompañante, siempre y cuando el asegurado haya sido transportado por ambulancia aérea aprobada por la Aseguradora para recibir tratamiento, el viaje de regreso debe realizarse al país de residencia dentro de los 14 días siguientes al final del tratamiento. Los boletos deben ser en clase económica.

Este beneficio está sujeto a pago de deducible, siempre y cuando el asegurado no hubiera completado el deducible correspondiente y aplica por reembolso.

23. Cirugía de Reducción de Riesgo

Este beneficio cubre hasta el monto máximo vitalicio indicado en el cuadro de beneficios de la póliza para las siguientes cirugías:

- a) **Cirugía Profiláctica:** Cirugía para extraer un órgano o una glándula que no muestra signos de cáncer, con la intención de prevenir que se presente cáncer en el órgano o glándula.

Exclusión: No se pagará ningún gasto relacionado a la reconstrucción de las mamas y de cualquier otra cirugía reconstructiva relacionada con este beneficio.

- b) **Cirugía por obesidad**

Si se cumple con los tres requisitos siguientes, estos se podrán someter al análisis correspondiente para autorizar la cirugía en mención:

1. Tener índice de masa corporal (IMC) de 40 o más, se le ha diagnosticado obesidad mórbida, y/o tener un problema de salud serio relacionado con su peso.
2. Presentar evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos 24 meses.

Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores en Dólares

"Premium Health Insurance"

Plan Green Deducible de US\$1,000

3. Ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el asegurado someterse al procedimiento.

La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el equipo médico de la Aseguradora.

Importante: El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.

Período de espera: Este beneficio tiene un período de espera de 24 meses desde la vigencia inicial de la póliza.

Exclusión: No se cubrirá las complicaciones inmediatas y a corto plazo, como por ejemplo pero no limitada a: cirugía donde se retira el exceso de piel a consecuencia de este procedimiento.

Deducibles:

24. Deducible Anual Familiar (Deducible Contratado):

El Deducible Anual, según consta en la Carátula de esta Póliza, será aplicado por Asegurado, por Año Calendario, hasta un máximo de tres (3) Deducibles Anuales por familia, por Año Calendario. No será necesario que el Asegurado cubra la totalidad del Deducible en el tratamiento de un solo evento cubierto, por lo que el Deducible podrá ser cubierto por el Asegurado a través de la acumulación de los gastos que estén cubiertos por esta Póliza durante el año Calendario. Este beneficio aplicará a los tres primeros Deducibles completos en su totalidad por asegurado, y no se harán devoluciones de los deducibles parciales acumulados por los otros miembros de la familia, previo haber completado los primeros tres. No tiene traslado de deducibles (carry over).

25. Reducción de Deducible Contratado

El Asegurado que cumpla tres (3) años consecutivos sin haber presentado reclamos a La Compañía, es elegible para una reducción del cincuenta por ciento en el deducible de su primer reclamo. Si este primer reclamo ocurre durante los últimos tres meses del año calendario en que se hace la reducción, el monto o cantidad reducida será acreditada al deducible del siguiente año calendario, en el cual el deducible regular correspondiente a este Asegurado debe ser satisfecho.

Los reclamos que se presenten durante los subsecuentes años calendario, estarán sujetos al deducible total. Los reclamos no elegibles, así como los reclamos por Chequeo Médico Preventivo no serán tomados en consideración para determinar los tres años consecutivos sin reclamos. En años subsecuentes, el beneficio de reducción del deducible estará disponible después de cada periodo adicional de tres años consecutivos sin reclamos.

26. Eliminación de Deducible Contratado

En caso de Accidente en el que la vida del asegurado corra peligro de muerte y que requiera hospitalización en una unidad de cuidados intensivos, se elimina el deducible anual para dicho evento en caso no haya sido cubierto.

Anexo emitido en Guatemala el martes, 11 de octubre de 2022.

Seguros El Roble, S.A.

Anexo de Modificación No. 11/2021
Programa Premium Health Insurance
Renovación

Para ser adherido y formar parte integrante de las pólizas del PROGRAMA PREMIUM HEALTH INSURANCE emitidas por SEGUROS EL ROBLE, S.A.

A favor de: **ASEGURADOS VIGENTES PROGRAMA PHI.**

Por medio del presente anexo queda establecido que los gastos por tratamientos ambulatorios y hospitalizaciones relacionadas con la enfermedad COVID-19 aplicaran de acuerdo con las condiciones indicadas a continuación:

I. ATENCIÓN DE EMERGENCIAS Y HOSPITALIZACIONES

- Los asegurados que presenten síntomas de Covid-19 podrán acudir a la emergencia de cualquier hospital a realizarse la evaluación correspondiente, la cual puede ser cubierta por medio de Pago Directo si el proveedor pertenece a la red de proveedores RobleRed, si el proveedor no pertenece a RobleRed el reclamo debe presentarse a través de Reembolso Convencional
- De resultar positivo el diagnóstico, será el proveedor hospitalario conjuntamente con el Médico Tratante quienes aplicarán los protocolos establecidos para el manejo del tratamiento médico de manera ambulatoria u hospitalaria
- **Los asegurados que no cuenten con esquema completo de vacunación contra COVID-19 y que requieran utilizar cualquier servicio médico por emergencia y/o hospitalización, relacionado directamente con esta enfermedad, los gastos médicos elegibles serán cubiertos bajo las siguientes condiciones:**
 - ✓ **Participación del asegurado (Coaseguro) del cincuenta por ciento (50%) de los gastos médicos elegibles**
 - ✓ **El beneficio del Límite de Coaseguro (Stop Loss) que se encuentre estipulado en la póliza contratada, no será aplicado)**
 - ✓ **Aplica Copago de acuerdo a condición de póliza**

Esta condición aplica para asegurados mayores a 18 años

Anexo de Modificación No. 11/2021
Programa Premium Health Insurance
Renovación

II. PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

- a. Procede cobertura para asegurados que presentan sintomatología siendo el resultado de las pruebas positivas o negativas, presentando la documentación médica de respaldo en la que se describan los síntomas y se ordene realizar la prueba:
 - Gastos Hospitalarios y de Emergencia pueden ser cubiertos a través de Pago Directo o Reembolso Convencional
 - Gastos Ambulatorios serán cubiertos únicamente a través de Reembolso Convencional adjuntando el respectivo Formulario de Reclamación completado por el médico que ordenó la prueba
- b. Únicamente procede cobertura para pruebas a asegurados asintomáticos por nexo epidemiológico, para descarte o de tipo preventivo en pólizas individuales **que cuenten con beneficio de Chequeo Médico Preventivo**, hasta el límite disponible del beneficio a través de Reembolso Convencional adjuntando el respectivo Formulario de Reclamación completado por el médico que ordena la prueba indicando la causa que da origen a la orden.

1. Pruebas de seguimiento

- a. No serán sujetas a cobertura las pruebas realizadas para seguimiento de un caso recuperado o en proceso de recuperación, sean éstas positivas o negativas
- b. Una vez el asegurado ha sido diagnosticado con Covid-19 y amerite estudios complementarios (no pruebas Covid-19) para su tratamiento, éstos sí estarán cubiertos y puede utilizar Pago Directo

2. Pruebas por protocolo hospitalario para ingreso a emergencia o procedimientos programados:

- a. Procede cobertura por medio de Pago Directo, si la prueba se incluye en la cuenta hospitalaria cubierta con Proveedor de RobleRed siempre y cuando se realicen cualquiera de las pruebas específicas para Covid-19. **No procede para éste fin prueba de Panel Respiratorio**
- b. Procede cobertura por medio de Pago Directo o Reembolso Convencional, cuando el gasto se realice ambulatoriamente como estudio preoperatorio siempre y cuando la cirugía se encuentre cubierta

Anexo de Modificación No. 11/2021
Programa Premium Health Insurance
Renovación

III. VACUNAS

Con base en lo establecido en las condiciones de póliza, no procede cobertura de tratamientos preventivos por lo que la vacuna no se considera gasto médico elegible

IV. COMPLICACIONES ASOCIADAS A VACUNAS

Los asegurados con sospecha de efectos adversos a la vacuna deben acudir a la emergencia de cualquier hospital a realizarse la evaluación correspondiente, la cual puede ser cubierta por medio de Pago Directo si el proveedor pertenece a la RobleRed, de lo contrario el reclamo debe presentarse a través de Reembolso Convencional

V. MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

Procede cobertura, de acuerdo a condición de póliza contratada, para medicamentos directamente relacionados con el diagnóstico y orientados a la recuperación de la salud del asegurado, debidamente ordenados por el médico tratante y adquiridos con proveedores autorizados para su distribución. No procede cobertura para medicamentos preventivos, de tipo experimental o que no se encuentren debidamente autorizados por el Ministerio de Salud

Este anexo es efectivo a partir de la presente renovación

Los demás términos, condiciones y beneficios continúan sin cambio alguno.



REPRESENTANTE LEGAL
SEGUROS EL ROBLE, S. A.

Guatemala, Noviembre del 2021.