

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

Centro Americano – Agosto 2022		
SEGURO DE GASTOS MÉDICOS		
Cuadro de Beneficios	Pago Directo	Reembolso Convencional
Cobertura Geográfica	Centro Americana	
MÁXIMO MÉDICO VITALICIO	Q1,000,000	
Reducción del Máximo Médico Vitalicio al cumplimiento de los 65 y 80 años	Sin Reducción	
Período de Preexistencia	365 Días	
DEDUCIBLE AÑO CALENDARIO (Por Asegurado)		
En Guatemala	Co-Pago y/o Coaseguro	Q1,000
Dentro de Centroamérica	No aplica uso en Pago Directo	
Fuera de Centroamérica	No aplica	
DEDUCIBLE FAMILIAR CATASTRÓFICO (Por Evento)		
En Guatemala y Dentro de Centroamérica	No aplica	Q1,000
Fuera de Centroamérica	No aplica	
COBERTURA COASEGURO		
En Guatemala (Gastos Hospitalarios y Ambulatorios)	80%	
Dentro de Centroamérica (Gastos Hospitalarios y Ambulatorios)	No aplica	80%
Fuera de Centroamérica (Gastos Hospitalarios y Ambulatorios)	No aplica	
Límite de Coaseguro (Desembolso Máximo Año Calendario)		
En Guatemala y Dentro de Centroamérica	Q40,000	
Fuera de Centroamérica	No aplica	
CUARTO Y ALIMENTO DIARIO		
En Guatemala y Dentro de Centroamérica	Q900	
Fuera de Centroamérica	No aplica	
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO DIARIO		
En Guatemala y Dentro de Centroamérica	Q2,000	
Fuera de Centroamérica	No aplica	
MATERNIDAD		
De 0 a 10 Meses	No Cubierto	
Del Mes 11 en Adelante	Como Cualquier Otro Padecimiento (C.C.O.P.)	
Fuera de Centroamérica	No Aplica	
Atención al Recién Nacido	Q4,500	
Tamizaje para Recién Nacido (No aplica deducible)	No aplica	
Circuncisión del Recién Nacido	No aplica	
Complicaciones del Recién Nacido (Límite por embarazo)	Q200,000	
Condición Congénita y/o Hereditaria (Para Hijos Dependientes Límite Vitalicio)	Q100,000	
Control de Niño Sano (Finaliza al cumplimiento de los 5 años Límite Año Calendario)	Copago de Q60.00 en consulta con el pediatra. Coaseguro de 20% en el gasto por vacunas	Q3,500

BENEFICIOS ADICIONALES		
Primera Hospitalización al 100% durante el primer año de vigencia	No aplica	
Ambulancia Aérea	No aplica	
Ambulancia Terrestre	No aplica	80%
Trasplante de Órganos Humanos (Hasta agotar el MMV disponible)	C.C.O.P.	
Ayuda de Sepelio para dependientes	Q15,000	
Chequeo Médico Preventivo por asegurado (Límite Año Calendario No aplica deducible No aplica Coaseguro)	No aplica	
Continuidad Familiar por Fallecimiento	Aplica para Titular o Cónyuge	
Estadía de Acompañante en Hospital (Para asegurado menor de 18 años) Máximo diario	Q250	
Atención Nutricional para Enfermedades Crónicas (Límite Año Calendario)	No aplica	
Terapia Respiratoria Natural (Haloterapia Límite Año Calendario)	No aplica	
Tratamiento para Incontinencia Urinaria	No aplica	
Tratamiento para Disfunción Eréctil (Titular o cónyuge)	No aplica	
Medicina Alternativa (Límite Año Calendario)	No aplica	
Psiquiatría (Límite Año Calendario) Reembolso 50%	No aplica	Q10,000
Terapia Psicológica Psicoterapia Post trauma (Límite Año Calendario)	No aplica	Q2,000
Repatriación de Restos Mortales	No aplica	Q25,000
VIH y/o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	Q100,000	
Enfermería en el hogar	No aplica	30 Días máximo al año
Reconstrucción mamaria por cáncer, con implantes	No aplica	
Asistencia de Viajes para Asegurado Titular	No aplica para ningún asegurado	
Tasa máxima de cambio por US\$1	Q9	
PLAN DENTAL (Aplica si tiene contratado este beneficio)		
Una vez contratado este beneficio no se puede excluir. Aplica a todos los asegurados de un mismo certificado.		
Máximo por Año Calendario (Por Persona Asegurada Fases I, II y III)	Q. 8,000.00	
Deducible Año Calendario (Por Persona Asegurada)	No Aplica	
Fase I y II: Tratamiento Preventivo y Restaurativo	80%	
Fase III: Servicios Restaurativos Mayores	50%	
Fase IV: Ortodoncia (hasta un máximo anual de Q.2,000.00)	50%	

ESTE TEXTO ES RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA Y FUE REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS SEGÚN RESOLUCIÓN No. 984-2016 DEL CUATRO DE AGOSTO DE 2016, REGISTRO QUE NO PREJUJGA SOBRE EL CONTENIDO DEL MISMO

SEGUROS EL ROBLE, S.A.
PÓLIZA INDIVIDUAL
SEGURO DE GASTOS MEDICOS

CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN I | CLÁUSULAS DE LA PÓLIZA

1. **La Compañía**, se refiere a Seguros El Roble, S.A.
2. **Cobertura**
Sujeto a los términos y condiciones de la Póliza, todo asegurado tendrá derecho al reembolso o pago de los Gastos Médicos elegibles incurridos, que sean necesarios para la atención o el tratamiento de cualquier padecimiento. Dichos gastos deberán ser por concepto de servicios, tratamientos o medicamentos ordenados por un médico, elegibles de acuerdo a las disposiciones de la presente Póliza y sus anexos y que no estén enumerados expresamente en la sección de Exclusiones de esta Póliza y/o de sus anexos.
3. **Asegurado**
Significa el Titular y sus Dependientes (cónyuge e hijos si hubiere) que de acuerdo a los términos de la Póliza, gocen de las coberturas y beneficios contratados y descritos en la misma.
4. **Contratante**
Persona natural o jurídica que suscribe con la Compañía una Póliza o contrato de seguro, en nombre propio o con consentimiento del asegurado.
5. **Contrato completo**
El contrato completo de seguro consta de: Carátula, Condiciones Generales, Anexos que se incorporen al contrato, Cuadro de Beneficios, Solicitud del Seguro y Solicitud para Modificaciones, los cuales se complementan entre sí para efectos de interpretación y aplicación de la Póliza.
6. **Fechas de vigencia**
Este seguro comienza y finaliza en las fechas indicadas en la Carátula de la Póliza y sujeto a las condiciones establecidas en el contrato.

En el caso de Dependientes no reportados al inicio de vigencia inicial de la presente Póliza, la fecha efectiva de cobertura será a partir de la aceptación de la inclusión por parte de la Compañía.
7. **Condiciones de renovación**
Esta Póliza es renovable si no se ha dado notificación de cancelación por parte del Asegurado Titular o de La Compañía por lo menos treinta (30) días previos a la renovación y si la prima ha sido pagada dentro de los treinta (30) días subsiguientes a la fecha de renovación. Si al final del Período de Gracia La Compañía no ha recibido la prima adeudada, la cobertura bajo esta Póliza terminará, así como todas sus

obligaciones a las 12:00 de la medianoche del día del vencimiento de pago de la prima. Las Primas se considerarán pagadas cuando sean recibidas en La Compañía.

8. Condiciones de cancelación

La cobertura de seguros bajo esta Póliza terminará:

- a. Si ha terminado el Período de Gracia sin que la prima correspondiente haya sido pagada.
- b. En la fecha que alguno de los asegurados deja de calificar como elegible de acuerdo a las condiciones de la Póliza; la cobertura para dicho asegurado terminará en la fecha del siguiente aniversario de la Póliza, excepto para los hijos dependientes que formen su propio núcleo familiar.
- c. Si cualquier Asegurado deja de residir en la República de Guatemala, la cobertura de tal persona terminará automáticamente al primer mes de haber realizado el cambio de país de residencia, a menos que tal Asegurado previamente reciba aprobación escrita de La Compañía.
- d. En la fecha en que un Asegurado entre en las Fuerzas Armadas de cualquier país
- e. Por omisiones o inexactas declaraciones en la solicitud y en los distintos formularios del seguro.
- f. Por acciones fraudulentas en donde el Asegurado quiera lucrar con el seguro.
- g. Si el Asegurado y/o Contratante notifica con quince (15) días de aviso por escrito previo dado a la Compañía su deseo de cancelar esta Póliza.
- h. En la fecha en que un Asegurado haya agotado el beneficio del Máximo Médico Vitalicio, la cobertura de tal Asegurado terminara automáticamente y, en el caso de ser la única o la última persona cubierta se procede a la cancelación de la Póliza.
- i. Y por cualquier otra causa establecida en la Póliza

La Compañía enviará al Asegurado Titular un aviso con al menos treinta (30) días antes de la fecha efectiva de cancelación. En el caso de tal cancelación el asegurado tendrá derecho a un reembolso por la parte proporcional de la prima correspondiente al período restante de cobertura pagada.

Todas las cancelaciones derivadas de los incisos anteriores serán efectivas automáticamente a las 12:00 de la medianoche.

9. Aviso de siniestro

Tan pronto como el Asegurado tuviere conocimiento de la realización del siniestro, deberá comunicárselo a La Compañía. Salvo pacto o disposición expresa en contrario, el aviso deberá darse por escrito y dentro de un plazo de cinco días. Este plazo no correrá sino en contra de quienes tuvieran conocimiento del derecho constituido a su favor, de acuerdo a lo que establece el Artículo No. 896 del Código de Comercio de Guatemala.

10. Agravación del riesgo

El Asegurado deberá de dar aviso a La Compañía durante el período del seguro, de cualquier agravación del riesgo del Asegurado o de sus Dependientes. Si el Asegurado omite dar el aviso dentro de treinta (30) días posteriores a la agravación del riesgo se procederá de acuerdo a lo que establecen los Artículos Nos. 894 y 912 del Código de Comercio de Guatemala.

11. Acciones fraudulentas

Si algún reclamo bajo esta Póliza fuese en cualquier aspecto fraudulento o si algún medio o mecanismo fraudulento fuese utilizado por los asegurados o por cualquiera actuando en su beneficio, La Compañía podrá rechazar todo reclamo y dar por terminado el contrato de la presente Póliza.

En cualquier momento que hubiese una omisión o inexacta declaración de los hechos referentes a un siniestro que excluyera o restringiera las obligaciones de la Compañía; la Compañía quedará desligada de sus obligaciones al respecto, de acuerdo a lo que establece el Artículo 915 del Código de Comercio de Guatemala.

12. Omisiones, falsas o inexactas declaraciones

La Compañía puede dar por terminado anticipadamente el contrato de seguro y en consecuencia terminar la cobertura de un Asegurado por medio de aviso escrito a él, a causa de omisiones, falsas o inexactas declaraciones en la solicitud y en los distintos formularios de reclamación del seguro. Dicha terminación será efectiva desde la fecha de celebración del contrato.

13. Resolución de asuntos litigiosos

Cualquier diferencia que surja entre La Compañía, el Asegurado Titular y/o Beneficiarios con motivo de la aplicación de las cláusulas de esta Póliza, será resuelta conciliatoriamente por las partes, y si ello no fuera posible, por los tribunales ordinarios de la ciudad de Guatemala, a cuyo efecto el Asegurado Titular y/o Beneficiarios, renuncian expresamente al fuero de su domicilio.

En toda acción judicial, litigio, u otro procedimiento en que La Compañía deniegue el pago, la obligación de probar la razón de la denegatoria recaerá sobre La Compañía.

14. Plazo de prescripción

Todas las acciones que deriven de un contrato de seguro, prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que le dio origen de acuerdo a lo que establece el Artículo No. 916 del Código de Comercio de Guatemala.

15. Límites de responsabilidad

En el Cuadro de Beneficios de la Póliza se indican los Límites Máximos de Responsabilidad de La Compañía. Bajo ningún concepto, La Compañía estará obligada a desembolsar un límite mayor de los indicados en esta Póliza.

En el caso que la Compañía otorgue incremento en los Límites de Responsabilidad, aplicará únicamente para gastos elegibles de padecimientos originados después de la fecha de dicho incremento y no aplica para aquellos padecimientos anteriores al incremento.

16. Obligaciones del contratante y/o asegurado

Son obligaciones del Contratante y/o Asegurado adicionales a las indicadas en otras cláusulas de esta Póliza, las siguientes:

- a. El pago de la prima convenida de acuerdo a las fechas estipuladas en la Póliza aun sin requerimiento de cobro por parte de La Compañía.
- b. Informar por escrito a La Compañía, en los formularios que correspondan, en cuanto a:

1. Nuevos ingresos de dependientes al núcleo familiar
2. Separaciones definitivas del núcleo familiar
3. Cambios de plan de seguro
4. Trasladar la Póliza al Asegurado Titular en el caso que éste sea una persona diferente al Contratante
5. Cualquier reclamo derivado de la Póliza dentro de los plazos que establece la ley

17. Subrogación

La Compañía tiene el derecho de subrogación sobre los derechos de los Asegurados, incluyendo el derecho de interponer una demanda judicial en nombre del Asegurado, por gastos médicos que La Compañía haya pagado, cuando el Asegurado tenga derecho a recuperar dichos gastos de parte de otra persona responsable, incluyendo seguros de responsabilidad civil, o cualquier persona (excepto en el caso que, sin haber sido intencional el siniestro, el obligado al resarcimiento fuese el cónyuge, un ascendiente o un descendiente del Asegurado) o entidad que haya causado el accidente, pero excluyendo a un asegurador de gastos médicos de una Póliza emitida a nombre del Asegurado.

Todos los Asegurados cooperarán con La Compañía en sus esfuerzos para obtener el reembolso, incluyendo el proporcionar a La Compañía cuanta información sea necesaria para obtener dicho reembolso y/o de completar cualquier formulario de consentimiento, renuncia, cesión, o cualquier otro documento que sea requerido por La Compañía para obtener el reembolso.

El Asegurado no tomará acción alguna que pueda perjudicar los derechos e intereses de La Compañía bajo esta Póliza.

18. Modificaciones y notificaciones

Todas las modificaciones de la Póliza, de las condiciones particulares y los anexos respectivos deberán constar por escrito y firmados por el apoderado de La Compañía. En consecuencia; cualquier otra persona no autorizada por La Compañía, carece de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Cualquier cambio, incluyendo aumento o reducción en la prima, tendrá efecto únicamente en la fecha de aniversario de la Póliza, cuando corresponda.

Toda reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a La Compañía por escrito.

19. Terminación anticipada

No obstante el término de vigencia del contrato, la Compañía o el Asegurado podrán dar por terminado el contrato anticipadamente sin expresión de causa, con quince (15) días de aviso por escrito previo dado a la contraparte. La prima no devengada será devuelta al asegurado conforme las tarifas respectivas, de acuerdo a lo que establece el Artículo No. 907 del Código de Comercio de Guatemala y las disposiciones de la presente Póliza.

En ningún caso las terminaciones se realizarán de manera retroactiva.

20. Primas

Las primas por la cobertura de esta Póliza son por el término de un año. La Compañía se reserva el derecho de modificar las tarifas para la cobertura de seguros otorgada en cualquier fecha de aniversario de la Póliza. El aviso por escrito de tal cambio en la tarifa, se enviará con treinta (30) días de anticipación a su fecha de vigencia.

El pago puntual de las primas es obligación del asegurado y/o contratante, de acuerdo a la forma de pago pactada. Los requerimientos de cobro de prima son enviados como una cortesía y La Compañía no da garantía de entrega de dichos avisos.

21. Período de Gracia

La cobertura de esta Póliza cesará automáticamente 30 días después de la fecha de vencimiento de la prima no pagada; si dentro de este plazo ocurriera un siniestro, la Compañía deberá cancelar el importe del reclamo o emitir la autorización para pago directo, siempre que previamente se formalice el pago de la prima correspondiente.

22. Diferencia de edad

Si se comprobare que la edad real del Asegurado Titular o de sus Dependientes Asegurados, no es la misma que la edad declarada, la información correcta decidirá si existe o no cobertura y la Compañía efectuará el ajuste de primas de acuerdo a las tarifas vigentes. Si la edad fue considerada como base para determinar la elegibilidad del Asegurado o de sus Dependientes conforme a la Póliza, automáticamente será corregido y tal corrección se tomará en cuenta para el ajuste de primas, cambios de cobertura o no elegibilidad del Asegurado Titular y/o sus dependientes. Si la edad no afecta cualquier cobertura de esta Póliza el seguro continuará sin alteración.

23. Rehabilitación

Este contrato puede ser rehabilitado previo requerimiento por escrito y a criterio de la Compañía de Seguros, si y solo si el Asegurado Titular no tiene acumuladas más de dos (2) primas mensuales pendientes de pago y que el último pago de prima lo haya efectuado en un período no mayor a 30 días a la fecha de solicitud de rehabilitación. Serán requeridas nuevas Evidencias de Asegurabilidad, sujeto a la aceptación del riesgo en función de las políticas de la Compañía

24. Moneda

Todos los pagos de prima e indemnizaciones relacionadas con esta Póliza deberán ser efectuados en moneda oficial de la República de Guatemala.

25. Legislación

Se conviene que esta Póliza será interpretada de acuerdo con las leyes de la República de Guatemala y disposiciones legales del Código de Comercio de Guatemala relacionadas con el contrato de seguro. Queda también establecido que las horas indicadas en la presente Póliza se refieren a la hora nacional de la República de Guatemala.

26. **Duplicidad de Cobertura**

Los beneficios de la Póliza no se duplicaran con los beneficios ofrecidos por cualquier otro Plan Colectivo o Individual, por el cual cualquier Asegurado pueda ser elegible. Cuando algún Asegurado este cubierto por algún otro beneficio que duplique las coberturas de la presente Póliza, los beneficios del mismo se reducirán a una cantidad igual al complemento que resulta para que el pago del beneficio duplicado sea igual al 100% del valor de los gastos elegibles del evento que le da origen sin exceder el límite de los beneficios estipulados por esta Póliza. Esta Póliza pagará los saldos pendientes de gastos médicos elegibles mediante el sistema de Reembolso Convencional después que las demás aseguradoras hayan pagado el reclamo principal.

27. **Pago a Familiares**

Si un Asegurado fallece antes o durante el proceso de una reclamación de las coberturas de gastos médicos, se seguirá el siguiente proceso:

- a. Si fallece el Asegurado Titular, el pago se efectuará al cónyuge
- b. Si el cónyuge del Asegurado Titular o un Dependiente hijo fallece, el pago se efectuará al Asegurado Titular
- c. En el evento que el Asegurado Titular y uno o varios Dependientes (no siendo el cónyuge) fallece(n), se efectuará el pago al cónyuge del Asegurado Titular
- d. Si el Titular y su cónyuge fallecen, se efectuará el pago al Dependiente hijo mayor de edad
- e. Si no hubiese algún Dependiente hijo mayor de edad legal y la Póliza cuenta con designación de beneficiarios en la cobertura de vida si hubiese y se encuentre anexada a esta Póliza, se pagara al beneficiario designado
- f. Si el Asegurado Titular no tuviera Dependientes o Beneficiarios designados, el pago se efectuará a los herederos legales

SECCIÓN II | ELEGIBILIDAD

Esta Póliza sólo puede ser emitida a residentes de la República de Guatemala.

Para el Asegurado Titular y Cónyuge la edad mínima de ingreso es de dieciocho (18) años y hasta un máximo de sesenta y nueve (69) años de edad, finalizando la cobertura al cumplimiento de noventa y nueve (99) años de edad.

Para los hijos dependientes del Asegurado Titular la edad mínima de ingreso es desde los diez (10) días de su nacimiento y hasta un máximo de veinticinco (25) años de edad, finalizando la cobertura al cumplimiento de los veintiséis (26) años de edad, si son solteros y estudiantes a tiempo completo en un colegio o universidad acreditada en el momento que la Póliza es emitida o renovada.

La aceptación para inclusión de dependientes, posterior de haber iniciado el seguro, está sujeta a la presentación de la documentación correspondiente y a completar las pruebas de asegurabilidad determinadas por la Compañía.

Se consideran elegibles aquellas personas que residan por lo menos seis (6) meses de cada año Póliza en la República de Guatemala. En el caso del Asegurado Titular y sus Dependientes con períodos de residencia o viajes que sean en exceso de seis (6) meses continuos fuera de la República de Guatemala, la Compañía podrá dar por terminado el contrato.

Los hijos dependientes elegibles, estudiantes a tiempo completo en el extranjero, podrán contar con cobertura fuera del país por el tiempo que duren los estudios, siempre y cuando cumplan con las edades de elegibilidad, hayan sido reportados a la Compañía y estén pagando la tarifa que corresponda para dicha condición.

Para los hijos dependientes de una maternidad cubierta por el seguro, serán elegibles desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando se haya presentado la solicitud formal de inclusión dentro del primer mes (30 días) de la fecha de nacimiento del hijo y que la prima por tal dependiente haya sido pagada. De no ser incluido dentro de este período, deberá presentarse una nueva solicitud, someterse a las pruebas de asegurabilidad que la Compañía determine 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 indicado en la Póliza.

Derecho de La Compañía

La Compañía tiene el derecho de rechazar el otorgar cobertura a cualquier persona bajo esta Póliza, con base en sus procedimientos usuales de selección, en el momento de tramitar la solicitud de dicha persona.

SECCIÓN III | DEFINICIONES

Las definiciones contenidas en esta sección rigen y son válidas para la aplicación e interpretación de las condiciones generales, coberturas, exclusiones y anexos de la póliza.

1. Ajustes Médicos

Los manuales “Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud” (OMS) y el manual “Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana” serán utilizados para determinar distintos campos de aplicación médica, con el fin de ajustar reclamos médicos en forma efectiva y equitativa. Los honorarios médicos por cirugía así como cualquier otro servicio médico se calculan tomando como base la Tabla de Valores Relativos de California.

2. Ambulancia

Vehículo acondicionado con instrumental de primeros auxilios y especialmente diseñado para el transporte de personas enfermas o heridas y que cuente con los permisos de ley para tal efecto.

3. Coaseguro

Es el porcentaje a cargo del asegurado sobre los gastos médicos elegibles, el cual aplica tanto para reembolso convencional, como para pago directo.

Límite de Coaseguro: Se refiere al desembolso máximo indicado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, que un asegurado deberá efectuar por gastos médicos elegibles durante un año calendario. El excedente será cubierto por la Compañía al 100% hasta agotarse el Máximo Médico Vitalicio o al terminar el año calendario cuando se haya iniciado el padecimiento, lo que sucediera primero. La aplicación del límite de coaseguro en Centroamérica es independiente de la aplicación del límite de coaseguro fuera de Centroamérica.

4. **Condición Congénita y/o Hereditaria**

Es cualquier enfermedad, defecto físico, trastorno orgánico, malformación, embriopatía, persistencia de tejido o estructura embrionaria o fetal, que haya sido adquirido en forma hereditaria o que estaba presente en el momento del nacimiento, independientemente de que sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste posteriormente.

5. **Contratante**

Se refiere a la persona individual o jurídica que contrata la Póliza para sí misma u otras personas, con el consentimiento del asegurado.

6. **Copago**

Es la cantidad fija que debe pagar el Asegurado al utilizar los servicios médicos 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.

7. **Deducible**

Es la cantidad indicada en el Cuadro de Beneficios de la Póliza, que debe cubrir el Asegurado y cada uno de sus Dependientes para que sus reclamos iniciales puedan empezar a ser pagaderos por La Compañía.

7.1 **Deducible Dentro de Centroamérica:** (Excluyendo Panamá y Belice): Es aplicado a Gastos médicos elegibles de acuerdo a las condiciones de la póliza hasta satisfacer la cantidad que aparece en la Cuadro de Beneficios de la Póliza.

Cuando el asegurado no haya incurrido en gastos entre el 1 de enero y 30 de septiembre de un mismo año, los gastos médicos elegibles incurridos entre el 1 de octubre y el 31 de diciembre de cada año que sean utilizados para satisfacer el deducible serán aplicados al deducible del siguiente año calendario. Si este deducible es modificado para el producto, el cambio se aplicará para gastos incurridos a partir de la fecha de modificación.

Para este deducible se aplica máximo tres deducibles completos por grupo familiar cubierto bajo la misma póliza, año calendario.

Deducible completo se refiere al monto total cubierto por cada asegurado y no aplica la suma de deducibles parciales.

7.2 **Deducible Fuera de Centroamérica:** Es la cantidad representada en Dólares Estadounidenses que aplica a gastos médicos elegibles incurridos fuera de Centroamérica, convertido a quetzales de

acuerdo al tipo de cambio vigente al momento de realizado el gasto. Su aplicación es independiente al deducible Centroamericano y no aplica el traslado del deducible en el último trimestre del año. Si este deducible es modificado para el producto, el cambio se aplicará para gastos incurridos a partir de la fecha de modificación.

7.3 Deducible Familiar Catastrófico por Evento: Si dos asegurados o más del mismo núcleo familiar cubiertos por la póliza, son afectados por el mismo evento y/o padecimiento y que medicamente sea necesaria la hospitalización simultánea de más de veinticuatro (24) horas consecutivas, únicamente será aplicado un deducible a cualquier miembro de la familia del total de gastos incurridos por dicho evento y/o padecimiento.

8. Dependiente Asegurado

Se consideran dependientes el cónyuge del Asegurado Titular, hijos naturales, hijos legalmente adoptados, hijastros, menores de edad para los cuales el Asegurado Titular ha sido designado como tutor legal por una corte de jurisdicción competente, quienes hayan sido identificados en la solicitud del seguro y para quienes se proporciona cobertura bajo la Póliza. Los hijos deben ser solteros.

9. Emergencia

Es la aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de signos o síntomas agudos de tal severidad que ponen en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, si no se proporciona atención médica inmediata.

10. Enfermedades Crónicas

Son aquellas cuya atención requieren tratamiento continuo, prolongado y con medicamentos y procedimientos especiales.

11. Gastos Médicos Elegibles

Son los gastos reales incurridos por un asegurado, derivados de un padecimiento cubierto por la póliza, en concepto de tratamientos, servicios y medicamentos ordenados por un médico, siempre que no se encuentren excluidos expresamente por la Compañía. En ningún caso serán reconocidos como gastos médicos elegibles aquellos que no son razonablemente necesarios para el cuidado médico del asegurado, ni se pagará gasto alguno en exceso de la cantidad o valor que usualmente deba reconocerse por el servicio o medicamento que se trate, considerando que cualquier excedente correrá a cargo del asegurado.

12. Hospital

Significará una institución organizada de acuerdo con la ley, que cuenta con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios a personas enfermas o heridas, bajo 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 adicciones, casas de descanso, clínicas para

tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares, no se consideran hospitalares.

13. Hospitalización

Significará la permanencia continua por un periodo no menor de veinticuatro (24) horas que un Asegurado esté registrado como paciente de un hospital y que incurra en un gasto diario por concepto de Cuarto y Alimentación, siempre y cuando requiera el internamiento, y que dicho tratamiento médico o quirúrgico no pueda ser razonablemente suministrado en la clínica de un médico o en un centro de diagnóstico en forma ambulatoria.

14. Límite Vitalicio

Monto total que puede ser utilizado de por vida por el asegurado dentro de los diferentes beneficios a los que aplica, cubiertos por esta Póliza.

15. Máximo Médico Vitalicio

Es la acumulación de las sumas pagaderas de los gastos médicos elegibles durante la vida de cada asegurado, siempre y cuando la póliza permanezca vigente, hasta el máximo indicado en el cuadro de beneficios. No obstante lo anterior, en el momento que el Asegurado Titular haya agotado su propio máximo médico vitalicio, los dependientes activos podrán continuar asegurados pagando las primas correspondientes.

16. Medicamento Necesario(a)

Significa que un trasplante, tratamiento, servicio, suministro, equipo, medicamento o estancia en el hospital, centro de trasplante o asistencial:

- a. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento del padecimiento de una persona asegurada
- b. No excede en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado
- c. Ha sido prescrito por un Médico
- d. Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina tradicional alopática; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento

17. Médico

Profesional titulado en medicina, colegiado activo, que esté legalmente establecido y autorizado para ejercer en el país en que presta el servicio. Para los efectos de la Póliza, no podrá ser considerado médico tratante el Asegurado ni ningún pariente dentro del cuarto grado de consanguinidad.

18. Operación Quirúrgica

Operación invasiva ejecutada por médicos especialistas mediante la cual se pretende restablecer la salud al Asegurado mediante la reposición, extirpación, curación y restauración de órganos y procesos fisiológicos internos o externos, incluyendo pero no limitándose a: La sutura de una herida; el tratamiento de una fractura; la reducción de una luxación; radiocirugía; electrocauterización;

procedimientos endoscópicos para diagnóstico o terapia; el tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y las venas varicosas.

19. Padecimiento

Significará una enfermedad o accidente que ocasione lesiones corporales y que necesite tratamiento por un médico.

- a. Se entenderá por enfermedad toda alteración o desviación del estado fisiológico del cuerpo, de origen interno o externo con relación a tal organismo
- b. Se entiende por accidente para efectos de esta Póliza, toda lesión corporal que sufra el Asegurado independientemente de su voluntad y debida a una causa fortuita, momentánea, violenta y externa y que pueda ser determinada de una manera cierta por un médico

20. Programa Pago Directo

Es el programa que La Compañía pone a disposición de sus Asegurados, efectuando el pago directamente a sus Proveedores Afiliados. El programa de Pago Directo incluye un grupo de médicos, laboratorios, farmacias, hospitales y otros proveedores, cuya utilización opcional por parte del Asegurado está sujeta al cumplimiento del proceso para dicho programa.

21. Preexistencia

Todo nuevo Asegurado Titular y sus Dependientes Asegurados, están afectos a la cláusula de preexistencia. El término "Preexistencia" significa cualquier padecimiento que se hubiera originado antes de la fecha de vigencia de la cobertura del Asegurado; sin embargo, esta exclusión no será aplicable después del plazo de cobertura continua establecido en el Cuadro de Beneficios como Período de Preexistencia, si el padecimiento no fue excluido por La Compañía expresamente. Esta cláusula se aplica prescindiendo que el Asegurado haya tenido tratamiento por un padecimiento o no, o si el Asegurado tuviera conocimiento o no de su existencia antes de ingresar al seguro.

Preexistencia y Condición preexistente son sinónimos para efectos de la presente póliza.

22. Procedimiento Ambulatorio

Cualquier procedimiento de tratamiento y/o diagnóstico cuya estadía dentro de la ubicación del mismo sea menor a veinticuatro (24) horas.

23. Razonable, Usual y Acostumbrado

Significará un cargo por atención médica a causa de un padecimiento cubierto por la Póliza, el cual se considere justo y hasta el límite acostumbrado para la Compañía, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otro de carácter similar en la localidad en que es suministrado, cuando se comparen con tratamientos, y servicios proporcionados a individuos del mismo sexo y edad.

24. Recién Nacido

Es un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta (30) días.

25. Reembolso Convencional

Es la forma que la Compañía utiliza para reintegrar, una vez satisfecho el deducible correspondiente, los gastos médicos elegibles incurridos y pagados en su totalidad por el Asegurado, conforme las coberturas contratadas, con los porcentajes, límites estipulados y pactados en las condiciones particulares y generales de la póliza.

26. Tamizaje del Recién Nacido

Es una prueba de laboratorio que se realiza al recién nacido que está en riesgo de padecer desórdenes metabólicos serios que son tratables, pero que no son visibles al momento de su nacimiento.

27. Tratamiento Médico o Servicios Médicos

Serán considerados por la Póliza como métodos que se emplean para curar padecimientos elegibles bajo los términos de la presente póliza, prescindiendo que el médico haya o no recetado o utilizado medicinas.

28. Unidad de Cuidado Intensivo

Es la instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva, la cual se define como la especialidad médica dedicada al suministro de soporte vital a los sistemas orgánicos en los pacientes que están críticamente enfermos y que requieren supervisión y monitorización intensiva.

SECCIÓN IV | COBERTURAS

Las coberturas de gastos médicos, tal como se determinan en la presente sección, son aplicables para el Asegurado Titular y sus dependientes, según sea el caso, de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Generales de la presente Póliza y a los límites, porcentajes y montos indicados en el Cuadro de Beneficios, descritos en la presente sección:

1. VIH y/o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Este beneficio cubre los gastos médicos y hospitalarios originados a consecuencia de la infección del VIH o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), y sus consecuencias directas o indirectas, orgánicas o funcionales en cualquiera de sus etapas.

2. Cuarto y Alimento

En caso de hospitalización la Compañía reembolsará el costo diario por Cuarto y Alimento en habitación privada.

3. Unidad de Cuidado Intensivo

En caso de hospitalización la Compañía reembolsará el costo diario por Unidad de Cuidado Intensivo.

4. Maternidad Como Cualquier Otro Padecimiento (C.C.O.P.)

Esta Póliza cubre una vez por cada embarazo, los cuidados de Maternidad para la Asegurada Titular o cónyuge dependiente cubierta por la Póliza cuando:

a. El parto ocurra al menos, diez (10) meses continuos después de la fecha efectiva de la cobertura

b. Esta cobertura se encuentre vigente al momento en que los gastos cubiertos sean incurridos

Los gastos cubiertos por beneficios de maternidad están limitados a los gastos por la atención del parto, incluyendo cuidados pre y posnatales; así como complicaciones del embarazo.

No aplica beneficio de maternidad para hijas dependientes.

Este beneficio así como los relacionados con el recién nacido no determinan la inclusión automática del nuevo miembro familiar, quien podrá formar parte de la Póliza hasta que el Asegurado Titular lo incluya y cumpla con las condiciones de "Elegibilidad".

5. **Atención al Recién Nacido**

Este beneficio aplica por cada niño, siempre y cuando la maternidad haya sido cubierta por la Póliza y cubre los servicios pediátricos proporcionados por el médico tratante, que consisten en: examen físico completo del recién nacido, lavado gástrico, administración de vitamina "K", colocación de clip umbilical y administración de vacuna antipoliomielítica.

6. **Tamizaje para recién nacido**

Cubre los gastos por tamizaje para el recién nacido de una maternidad cubierta, hasta el día treinta (30) contados a partir de su nacimiento. Este beneficio aplica por reembolso convencional.

7. **Circuncisión del Recién Nacido**

Este beneficio aplica siempre y cuando la maternidad haya sido cubierta por la Póliza y el recién nacido no haya salido del hospital.

8. **Complicaciones del Recién Nacido**

Este beneficio aplica siempre y cuando la maternidad haya sido cubierta por la Póliza y cubre tratamientos suministrados por enfermedad contraída después del nacimiento hasta antes de los noventa (90) días de nacido. La suma asegurada para dicha complicación es por embarazo, independientemente si fuesen partos múltiples.

Dentro de las Complicaciones al Recién Nacido se incluyen, pero no se limitan a:

- a. Prematurez
- b. Problemas Respiratorios
- c. Procesos Infecciosos
- d. Condiciones Fisiológicas como la Hiperbilirrubinemia, que no son patologías congénitas ni su causa es como consecuencia de la maternidad

9. **Condiciones Congénitas y/o Hereditarias para Hijos Dependientes**

Este beneficio cubre al hijo dependiente nacido de una maternidad cubierta y que se hubiese incluido formalmente en los primeros treinta (30) días de nacido en la Póliza, por condiciones congénitas y/o hereditarias, según su definición, que se manifiesten antes de los dieciocho (18) años de edad.

En caso de un parto múltiple cubierto por la Póliza que no es producto de un tratamiento de fertilidad o de cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, cada hijo dependiente recién nacido tendrá derecho al beneficio máximo estipulado en esta Póliza.

10. Control de Niño Sano

Es la evaluación pediátrica de los hijos dependientes hasta el cumplimiento de la edad indicada en el Cuadro de Beneficios. Este beneficio podrá utilizarse por: aplicación de vacunas, consulta pediátrica, control de crecimiento y desarrollo.

11. Primera Hospitalización al 100% Durante el Primer Año de Vigencia

El presente beneficio aplica por asegurado en caso de hospitalización a consecuencia de un padecimiento agudo elegible por la Póliza, para las Pólizas que se encuentren en su primer año de vigencia. Se cubrirá el 100% del costo de la primera hospitalización (no se aplica deducible y/o coaseguro). Dicho beneficio no aplica para gastos ambulatorios anteriores y posteriores a la hospitalización. No aplica para traslados de plan, beneficio de maternidad y sus consecuencias, y dependientes incluidos posterior a la vigencia inicial.

12. Ambulancia Aérea

Cubre el traslado del asegurado en ambulancia aérea si a consecuencia de una emergencia médica cubierta por esta Póliza, requiere atención hospitalaria y la localidad en donde se encuentra no cuenta con los recursos médicos hospitalarios para su atención.

Este beneficio no se brindará cuando:

- a. El motivo del traslado no sea por indicación médica
- b. El traslado del Asegurado, por cualquier circunstancia, sea impedido por la autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente reconocidas y hasta que esta circunstancia se solucione
- c. El Asegurado no esté autorizado por un médico para el traslado hasta el destino elegido
- d. El Asegurado no tenga confirmada su reservación de hospital y de ambulancia terrestre en el destino elegido
- e. El Asegurado haya sido dado de alta y/o traslado a su domicilio
- f. Condiciones que no permitan la operación segura del aeropuerto

El traslado estará sujeto a:

- a. Disponibilidad de aeronave y de pista de aterrizaje
- b. Pasaporte y visa del asegurado hacia el país de destino se encuentren vigentes

Este beneficio aplica por reembolso convencional.

13. Ambulancia Terrestre

Cubre los servicios de ambulancia para viajar de y hacia un hospital local. Este beneficio aplica siempre y cuando el padecimiento esté cubierto bajo esta Póliza y sea considerado como una emergencia. Este beneficio aplica por reembolso convencional.

14. Trasplante de Órganos Humanos

Este beneficio incluye el proceso de manejo de órgano o tejido obtenido de un donante, con el propósito de efectuar un trasplante de órgano. Esto incluye la remoción, preservación y transporte de órgano o tejido. En el caso de un donante vivo se incluyen los servicios prestados de remoción de un órgano o tejido con el propósito de efectuar un trasplante al Asegurado. Los gastos incluyen:

- a. Investigación del donante ya determinado
- b. Servicios prestados al donante en un Hospital, por concepto de habitación, servicio de enfermería, servicios regulares suministrados por el personal del hospital, pruebas de laboratorio, uso de equipo y otros servicios hospitalarios que tengan relación con la donación del órgano o tejido a trasplantar
- c. Quedaran cubiertos los gastos médicos-hospitalarios del donante a partir de la hospitalización para la intervención quirúrgica de donación y hasta que se registre la salida del hospital, momento en el que cesará este beneficio para el donante
- d. Gastos quirúrgicos y servicios relacionados con la remoción del órgano o tejido del donante
- e. Están excluidos los trasplantes de naturaleza experimental

El beneficio de Trasplante de Órganos Humanos aplicará únicamente para los siguientes órganos: Corazón, córnea, pulmón, páncreas, riñón, hígado, médula ósea autóloga o alogénica.

15. Ayuda de Sepelio para Dependientes

Este beneficio contribuye con los gastos producidos como consecuencia del fallecimiento de cualquiera de los dependientes de la Póliza.

16. Chequeo Médico Preventivo

Este beneficio cubre al Asegurado un chequeo médico preventivo al año ordenado por un médico, siempre y cuando haya estado el asegurado cubierto ininterrumpidamente durante un (1) año.

17. Continuidad Familiar por Fallecimiento o Invalidez Total y Permanente

En caso de fallecimiento o Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular o Cónyuge, se concederá la continuidad de cobertura del seguro médico para los familiares dependientes durante el período de un (1) año, sin costo alguno para ellos, sujeto a las siguientes condiciones:

- a. Al momento del fallecimiento o invalidez total y permanente, el Asegurado Titular o cónyuge debe estar asegurado con sus familiares dependientes, pagando las tarifas correspondientes
- b. El Asegurado Titular o Cónyuge y sus dependientes deben haber permanecido asegurados en la Póliza ininterrumpidamente durante un año como mínimo
- c. Este beneficio se pagará una única vez por Póliza, independientemente si es por el Asegurado Titular o Cónyuge
- d. Si un dependiente deja de ser elegible de acuerdo a los términos de la Póliza, durante este período, su cobertura automáticamente terminará
- e. Al cumplimiento del período de un (1) año de haber gozado de la Continuidad Familiar, se deberá formalizar la contratación de su seguro a la Compañía de acuerdo como corresponda y considerar el pago de primas correspondientes para poder mantener activa la cobertura de la Póliza, de acuerdo al procedimiento establecido por la Compañía

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente para los efectos de este beneficio, el hecho que el Asegurado sufra de un padecimiento que lo incapacite para el desempeño de todas las labores diarias

propias de su ocupación u otra apropiada a sus conocimientos y aptitudes que pudiere producirle remuneración o utilidad, por un periodo no menor a seis (6) meses continuos a partir del inicio de dicho padecimiento. Se considera también la pérdida completa e irremediable de la vista de ambos ojos, la pérdida de ambas manos o de ambos pies. Para los efectos de esta definición se entiende por pérdida de una mano su separación absoluta de la articulación de la muñeca o arriba de ella; por pérdida de un pie su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de él.

La Compañía tendrá derecho de solicitar las pruebas que considere necesarias o requerir que un médico de su elección examine al asegurado para corroborar el estado de incapacidad total y permanente.

18. 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 que esté hospitalizado. Debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía y no incluye gastos relacionados con la atención de enfermería.

19. Atención Nutricional para Enfermedades Crónicas

Cubre gastos por consultas realizadas en clínica por un especialista en nutrición, ordenadas por un Médico a consecuencia de enfermedades crónicas cubiertas por la Póliza.

20. Terapia Respiratoria Natural (Haloterapia)

Este beneficio cubre el tratamiento natural conocido como Haloterapia, ordenado por un médico a consecuencia de enfermedades inflamatorias del aparato respiratorio y de la piel.

21. Tratamiento para Incontinencia Urinaria

Este beneficio cubre terapia con la técnica de “Biofeedback” que permite la rehabilitación del piso pélvico y que sea prescrito por un médico para tal fin, tratando la incontinencia urinaria en fases tempranas.

22. Tratamiento para Disfunción Eréctil y/o Impotencia Sexual (Asegurado Titular o Cónyuge)

Cubre tratamiento por medio de la técnica por ondas de choque para diversos grados de lesión vascular derivados de enfermedades crónicas cubiertas por la Póliza, que afectan la circulación arterial de los órganos pélvicos.

23. Medicina Alternativa

Este beneficio cubre las consultas y tratamientos de medicina homeopática, acupuntura y quiropraxia por diagnósticos cubiertos por la Póliza. Aplica por reembolso convencional y la atención debe suministrarse por un Médico.

24. Psiquiatría

Este beneficio cubre las consultas y medicamentos relacionados con los trastornos mentales o psiquiátricos, desórdenes nerviosos y psiquiátricos no diagnosticables más que a través de la observación clínica. Aplica por reembolso convencional y la atención debe suministrarse por un médico de acuerdo a la sección de definiciones de ésta Póliza.

25. Terapia Psicológica | Psicoterapia

Se cubrirá la atención psicológica por un especialista a consecuencia de alguno de los siguientes diagnósticos: post cirugía de un padecimiento grave cubierta por la Póliza, amputación de algún miembro inferior o superior, quemaduras de tercer grado, trasplantes de órganos cubiertos por la Póliza, aborto espontáneo, depresión post parto, enfermedad neurológica con secuelas permanentes.

26. Repatriación de Restos Mortales

Se brinda este beneficio a un Asegurado que haya fallecido fuera del territorio de la República de Guatemala, a causa de una condición que hubiese estado cubierta por la Póliza.

Este beneficio aplica por reembolso convencional y cubre los gastos de repatriación de restos mortales hasta el momento del ingreso de los mismos a la República de Guatemala. Una vez que los restos mortales pasen por la aduana el beneficio termina.

Este beneficio cubre gastos incurridos por transporte vía terrestre o aérea, adquisición de ataúd y gastos de trámite que tengan relación directa con los trámites de repatriación y por los cuales se emiten facturas o constancias de pago originales.

Este beneficio no cubre los gastos de velación, cremación e inhumación de los restos mortales.

SECCIÓN V | EXCLUSIONES

Para propósitos de interpretación y aplicación de los beneficios otorgados bajo la Cobertura de Gastos Médicos, no se pagará ningún beneficio bajo las siguientes condiciones:

1. Gastos que excedan de lo Razonable, Usual y Acostumbrado y/o de los límites y montos indicados en el Cuadro de Beneficios.
2. Padecimientos causados a sí mismo estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales o causadas por cualquier otra persona que esté de acuerdo con él para ese efecto.
3. Lesiones causadas por servicios militares, actos de guerra, rebelión, riña, conmoción civil o actos delictivos en que participe directamente el Asegurado.
4. Exámenes y operaciones para corregir la vista; defectos refractivos del ojo; Queratotomías, Queratoplastías y Queratoconos; anteojos, lentes de contacto y aparatos para el oído.
5. Cirugía o Tratamiento Odontológico Máxilo Facial, tratamiento dental, alveolar o gingival, preparación o instalación de dentaduras, prótesis dentales, restauraciones; excepto cuando sea a consecuencia de un accidente causado a los dientes naturales que ocurra mientras el asegurado esté cubierto bajo esta Póliza y el tratamiento sea suministrado dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha de ocurrencia.
6. El tratamiento de alcoholismo o de adicción a drogas y padecimientos ocurridos mientras esté bajo la influencia de bebidas alcohólicas y drogas distintas a las recetadas por un Médico.
7. Cargos por transporte del asegurado, excepto cargos por servicios de ambulancia aérea y/o terrestre, cuando estén cubiertos.
8. Tratamiento médico, medicinas u operaciones quirúrgicas de naturaleza preventiva.
9. Métodos anticonceptivos u orientados a esterilizar; o reversar la esterilización. Procedimientos o tratamientos tendientes a la procreación artificial, tratamientos de fertilización in vitro, estudios de fertilidad o infertilidad.
10. Procedimientos o tratamientos relacionados con cambio de sexo, implante sexual o transformación sexual. Disfunción eréctil o impotencia sexual, excepto lo cubierto por la Póliza.
11. Curas de reposo, convalecencia, curas en custodia o períodos de cuarentena o aislamiento. Cualquier tipo de internación en un hospital u otro tipo de centro de salud o institución, que no sea consecuencia de un padecimiento o tratamiento cubierto por esta Póliza. Servicios o atención médica gratuitos suministrados en un hospital que pertenezca al Estado o al Seguro Social.
12. Prótesis, tratamiento y/o cirugía cosméticos, incluyendo sus complicaciones o consecuencias excepto que sea necesario por accidente que ocurra mientras el Asegurado esté cubierto por esta Póliza y que tal tratamiento sea proporcionado dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes del accidente.
13. Condiciones Congénitas, incluyendo nacimiento prematuro, anormalidades o defectos de nacimiento, y/o que sean resultado de un tratamiento de infertilidad o de cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, excepto lo cubierto por la Póliza.
14. VIH y/o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier mutación derivada del mismo y sus consecuencias directas o indirectas, excepto lo cubierto por la Póliza.
15. Tratamientos y/o procedimientos para control de peso o de la obesidad.

16. Productos que puedan obtenerse sin presentar receta médica incluyendo, pero no limitándose a: vitaminas, minerales, suplementos nutricionales, leches, dermolimpiadores, cremas humectantes y/o bloqueadores, independiente de su indicación médica.
17. Tratamientos por acné, apnea del sueño, calvicie y sus consecuencias directas o indirectas.
18. Gastos de atención psiquiátricos, tratamientos nerviosos o desórdenes mentales, excepto lo cubierto por la Póliza.
19. Gastos médicos que se hayan derivado de padecimientos expresamente limitados por la Compañía al momento de suscribir el riesgo.
20. Exposición de la vida, así como a lesiones sufridas a consecuencia de la práctica competitiva de 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 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, polo, espeleología, parkour, caída libre, sky-surf, kitesurf y bodysurf, box y artes marciales.
21. Gastos del Asegurado como donante de órganos y sus complicaciones.
22. Tratamiento médico, medicinas y procedimientos no reconocidos o utilizados por la práctica médica tradicional alopática, excepto lo cubierto por la Póliza.
23. Tratamientos de menopausia y/o climaterio, excepto si es a consecuencia de un padecimiento cubierto por la Póliza y que no ocurra en la etapa natural de la condición.
24. Exámenes o procedimientos rutinarios o aquellos requeridos por un tercero. Estos exámenes incluyen pero no están limitados a: seguros, escuelas; empleadores; exámenes físicos anuales o de campo; o exámenes requeridos por un juzgado.
25. Servicios y suministros no autorizados por un Médico, o que no sean médicamente necesarios o apropiados para el tratamiento de padecimientos, según sea determinado por la Compañía.
26. Alquiler o compra de aires acondicionados, humidificadores, vaporizadores, equipo de ejercicio o equipos similares; glucómetros, bomba de infusión de insulina, aparatos para medir presión arterial, almohadas y colchones ortopédicos o antialérgicos y sus accesorios; artículos personales, de comodidad o de higiene.
27. Tratamientos experimentales o de investigación, procedimientos y/o servicios o tratamientos que no sean científica o médicamente reconocidos según la medicina tradicional alopática o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento, excepto lo cubierto por la Póliza.
28. Servicios o tratamientos por problemas de aprendizaje o educacionales, salud educacional, terapia matrimonial, o medicina holística o cualquier otro programa con el objetivo de proveer o mejorar la realización personal.
29. Cualquier gasto incurrido en la compra de equipos médicos duraderos, incluyendo pero no limitándose a silla de ruedas, camas de hospital, concentradores de oxígeno y cualquier otro equipo semejante, aun cuando sean recetados por un Médico.
30. Gastos en exceso del máximo médico vitalicio como se estipula en el Cuadro de Beneficios, o gastos en exceso de cualquier otro límite estipulado en dicho cuadro.

ESTE TEXTO ES RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA Y FUE REGISTRADO EN LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS SEGÚN RESOLUCIÓN No. **984-2016** DEL **CUATRO DE AGOSTO DE 2016**, REGISTRO QUE NO PREJUZGA SOBRE EL CONTENIDO DEL MISMO