

Seguro de Vida y Gastos Médicos  
**ROBLEMED**

---

**PLAN GOLD**

---





## CONTENIDO

<b>EXPLICATIVO DE SEGURO DE VIDA Y GASTOS MÉDICOS ROBLEMED</b>	<b>5-19</b>
<b>Definiciones</b> _____	<b>5-6</b>
<b>Coberturas</b> _____	<b>7-11</b>
<b>Definiciones Médicas</b> _____	<b>12-13</b>
<b>Extracto de las condiciones y particularidades de la pólizas</b> _____	<b>14-19</b>
<b>EXPLICATIVO SEGURO COLECTIVO DEL PLAN DENTAL</b>	<b>20-25</b>
<b>CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO COLECTIVO DE VIDA</b>	<b>26-30</b>



# EXPLICATIVO DEL SEGURO DE VIDA Y GASTOS MÉDICOS ROBLEMED

## 1. DEFINICIONES

- a. **Pago Directo:** Es un programa que Seguros El Roble pone a disposición de sus Asegurados, efectuando el pago directamente a sus Proveedores Afiliados (RobleRed), evitando con esto que el Asegurado desembolse el 100% de los gastos médicos incurridos, brindándole la ventaja de desembolsar una mínima participación del total de los gastos médicos elegibles.
- b. **Reembolso Convencional:** Es la forma que la Aseguradora utiliza para reintegrar los gastos médicos elegibles incurridos y pagados 100% por el Asegurado, conforme las coberturas contratadas, con los porcentajes y límites estipulados y pactados en las condiciones particulares y generales de la póliza
- c. **Máximo Médico Vitalicio:** Es la cantidad máxima de reembolso por gastos médicos elegibles, a la cual tendrá derecho cada uno de los integrantes del núcleo familiar durante el tiempo que se encuentren cubiertos por la póliza.
- d. **Deducible Año Calendario:** Es la cantidad mínima indicada en el Cuadro de Beneficios, que debe cubrir el Asegurado y cada uno de sus Dependientes para que sus reclamos iniciales presentados a través de reembolso convencional puedan empezar a ser pagaderos. El deducible no será aplicado cuando sea utilizado los servicios del Programa Pago Directo –RobleRed-

**d.1 Deducible Centro Americano (Excluyendo Panamá y Belice):** Es aplicado a los siguientes gastos médicos incurridos por: Hospitalizaciones, consultas médicas, medicinas recetadas de farmacia, exámenes de laboratorio y radiología, fuera de RobleRed, hasta satisfacer la cantidad que aparece en la Cuadro de Beneficios. Los gastos médicos elegibles incurridos entre el 01 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, siempre y cuando no haya incurrido en gastos entre el 01 de enero y el 30 de septiembre de ese mismo año. Deducible Familiar: Máximo 3 deducibles por grupo familiar, año calendario.

**d.2 Deducible Fuera de Centro América:** Es aplicado en dólares americanos a los siguientes gastos médicos incurridos en el extranjero por: Hospitalizaciones, consultas médicas, medicinas recetadas de farmacia, exámenes de laboratorio y radiología; gastos causados como paciente externo del hospital y centros por servicios clínicos, hasta satisfacer la cantidad que aparece en la Cuadro de Beneficios.

Su aplicación es independiente de la aplicación del deducible Centroamericano, y no aplica el traslado del deducible, en el último trimestre del año.

Si el Deducible Dentro o Fuera de Centro América es modificado en la fecha de Renovación de la póliza, deberá ser satisfecho hasta la nueva cantidad establecida.

- e. Coaseguro:** Es el porcentaje a cargo del asegurado sobre los gastos médicos elegibles, el cual aplica tanto para reembolso convencional, como para pago directo.
- f. Límite de Coaseguro:** Se refiere al desembolso máximo indicado en el Cuadro de Beneficios, por concepto de coaseguro, que un asegurado deberá efectuar por gastos médicos elegibles durante un año calendario por una misma incapacidad (enfermedad o accidente). El excedente será cubierto por la aseguradora al 100% (por un mismo padecimiento hasta agotarse el Máximo Médico Vitalicio o al terminar el año calendario cuando se haya iniciado la incapacidad, lo que sucediera primero).
- g. Copago:** Es la cantidad fija que debe pagar el Asegurado al utilizar los servicios médicos a través de RobleRed, dependiendo del proveedor seleccionado. El Copago aplica por evento.
- h. Beneficio diario por cuarto y alimento por hospitalización:** La Compañía reembolsará el costo diario por Cuarto y Alimentos según el monto máximo diario indicado en el Cuadro de Beneficios. Cualquier exceso, correrá a cuenta del Asegurado.
- i. Preexistencia:** Todo nuevo Asegurado Titular y sus Dependientes Asegurados, están afectos a la cláusula de preexistencia. El término “Preexistencia” significa cualquier enfermedad o lesión que se hubiera originado antes de la fecha de vigencia de la cobertura del Asegurado; sin embargo, esta exclusión no será aplicable después de trescientos sesenta y cinco (365) días de cobertura continua, 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.

## 2. COBERTURAS

- a. **Cobertura Mundial:** La póliza cuenta con cobertura internacional.
- b. **Cobertura Vitalicia:** Este beneficio le permite estar asegurado en la póliza hasta los 99 años de edad, siempre y cuando no haya agotado el máximo médico vitalicio. Aplica para los asegurados que al momento de adquirir la póliza tengan entre 18 a 60 años inclusive.
- c. **Psiquiatría:** Los trastornos mentales o psiquiátricos indicados en los gastos médicos elegibles, están cubiertos hasta el monto indicado en la Cuadro de Beneficios. Así mismo esto aplica a los medicamentos que sean prescritos para tal fin. Al satisfacer el Deducible correspondiente se aplicará un coaseguro del 50% hasta el monto máximo.
- d. **Ambulancia Terrestre** Servicios de ambulancia para viajar de y hacia un hospital local, este beneficio aplica siempre y cuando el padecimiento esté cubierto bajo esta póliza o sea considerando como urgencia médica: aparición repentina de una alteración en la salud del asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que pone en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos. Aplica para todos los planes.
- e. **Ambulancia Aérea** (Aplica únicamente para Plan Gold): Cubre la transportación en ambulancia aérea si a consecuencia de una urgencia médica cubierta por esta póliza, el asegurado requiere atención hospitalaria y en la localidad en donde se encuentra no cuenta con los recursos médicos hospitalarios para su atención. Considerándose como urgencia médica, la aparición repentina de una alteración en la salud del asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad, que pone en peligro la vida del enfermo o accidentado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos.

Este beneficio no se brindará cuando:

- El motivo del traslado no sea por indicación médica
- El traslado del paciente, por cualquier circunstancia, sea impedido por la autoridad competente con motivo de sus funciones legalmente reconocida y hasta que esta circunstancia se solucione.
- El paciente no esté autorizado por un médico para el traslado hasta el destino elegido.
- El paciente no tenga confirmada su reservación de hospital y de ambulancia terrestre en el destino.

- Los horarios y/o las condiciones meteorológicas no permitan la operación segura en el aeropuerto.

Este beneficio opera a través de reembolso convencional y toda reclamación que se rige por este concepto se le aplicará un porcentaje de coaseguro, establecido en el Cuadro de Beneficios de acuerdo al plan seleccionado, sobre el monto total de gasto incurrido.

**f. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)** y sus consecuencias directas o indirectas, orgánicas o funcionales en cualquiera de sus etapas, hasta la cantidad especificada en el Cuadro de Beneficios.

**g. Repatriación de Restos Mortales:** Se brinda este beneficio a un Asegurado que haya fallecido, fuera del territorio de la República de Guatemala, prescindiendo la causa de fallecimiento, y que haya sucedido fuera o dentro del período de preexistencia establecido por la Póliza de Gastos Médicos.

Este beneficio cubre los gastos de repatriación de restos mortales, de acuerdo a las leyes de repatriación del país donde falleciera el Asegurado y cubre hasta el momento del ingreso de los restos mortales a la República de Guatemala. Una vez que los restos mortales pasen por la aduana el beneficio termina. En ningún caso excederá este beneficio el monto establecido en el Cuadro de Beneficios de la Póliza de Gastos Médicos.

Este beneficio incluye:

- Transporte sea por vía terrestre o aérea.
- Adquisición del ataúd y
- Gastos de trámite que tengan que ver directamente con la 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.

El beneficio de repatriación se restará del Máximo Médico Vitalicio del Asegurado y se pagará:

- En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, el beneficiario será el Cónyuge,
- En caso de fallecimiento del Cónyuge o Hijo Dependiente, el beneficiario será el Asegurado Titular.

El ajuste del reclamo obedecerá los procedimientos utilizados en el reembolso de Gastos Médicos por considerarse un reclamo incurrido bajo la Póliza de Gastos Médicos.

**h. Trasplante de Órganos Humanos:** Este beneficio incluye el proceso de manejo de órgano o tejido obtenido de un donante fallecido, 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 o Dependiente.

Los gastos incluyen:

- Investigación del donante ya determinado
- 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 transplantar.
- 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 esta cobertura para el donante.
- Gastos quirúrgicos y servicios relacionados con la remoción del órgano o tejido del donante.
- Están excluidos los trasplantes de naturaleza experimental.

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

Este beneficio se pagará hasta el monto máximo establecido en el Cuadro de Beneficios, durante toda la vigencia del seguro.

**i. Ayuda de Sepelio para Dependientes** Este beneficio contribuye con los gastos producidos como consecuencia del fallecimiento de cualquiera de los dependientes de la póliza (Cónyuge e Hijos). Este beneficio es pagadero hasta el monto indicado en el Cuadro.

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

- Al momento del fallecimiento, el Asegurado Titular debe estar asegurado con sus familiares de pendientes, pagando las tarifas correspondientes
- El Asegurado Titular y sus dependientes deben haber permanecido asegurados en la póliza ininterrumpidamente durante un año como mínimo

Si un dependiente deja de ser elegible de acuerdo a los términos de la póliza, durante este período, su cobertura automáticamente terminará.

**Asistencia de Viaje para el Titular:** Cubre los Gastos Médico, hospitalarios y farmacéuticos hasta un máximo de US\$10,000.00 (Ver anexo adjunto)

- k. Maternidad: C.C.O.P (Como Cualquier Otro Padecimiento)** Cubre los gastos incurridos por tratamientos pre-natales y post-natales, Hospitalización: honorarios del médico o Cirujano que realizó el procedimiento quirúrgico; laboratorios y medicamentos, ocasionados por la Asegurada Titular o la Cónyuge del Asegurado Titular. Este beneficio cubre a madres solteras.

Los gastos médicos por maternidad se pagarán como cualquier otra incapacidad (80% - 20%) de acuerdo a lo razonable, usual y acostumbrado. Este beneficio es pagadero una vez por cada embarazo.

Para que la Asegurada (Titular o Cónyuge) goce del Beneficio de Maternidad, es necesario que el **Cónyuge** también este asegurado bajo el mismo certificado, el pago procede a partir de los **10 meses cumplidos** de cobertura continua del Asegurado(a) Titular y su Cónyuge Asegurado, este beneficio es pagadero una vez por cada embarazo. El pago de este beneficio disminuye el Máximo Médico Vitalicio contratado. El Beneficio de Maternidad **NO** reembolsará ningún gasto bajo este concepto, durante los primeros 10 meses de cobertura. A partir del 11º. mes cubre los gastos incurridos por Hospitalización y Ambulatorios (anteriores y posteriores a la hospitalización): Honorarios del Médico o Cirujano Laboratorios, Consultas y Medicamentos, ocasionados por la Asegurada Titular o la Cónyuge del Asegurado Titular. No Cubre Hijas Dependientes.

- l. Maternidad para Madres Solteras: C.C.O.P (Como Cualquier Otro Padecimiento)** Cubre los gastos incurridos por tratamientos pre-natales y post-natales, Hospitalización: honorarios del médico o Cirujano que realizó el procedimiento quirúrgico; laboratorios y medicamentos, ocasionados por la Asegurada Titular o la Cónyuge del Asegurado Titular. Este beneficio cubre a madres solteras.

Los gastos médicos por maternidad se pagarán como cualquier otra incapacidad (80% - 20%) de acuerdo a lo razonable, usual y acostumbrado. Este beneficio es pagadero una vez por cada embarazo.

El pago procede a partir de los **12 meses cumplidos** de cobertura continua de la Asegurada Titular, este beneficio es pagadero una vez por cada embarazo. El pago de este beneficio disminuye el Máximo Médico Vitalicio contratado. El Beneficio de Maternidad **NO** reembolsará ningún gasto bajo este concepto, durante los primeros 12 meses de cobertura. A partir **mes 13** cubre los gastos incurridos por Hospitalización y Ambulatorios (anteriores y posteriores a la hospitalización): Honorarios del Médico o Cirujano Laboratorios, Consultas y Medicamentos, ocasionados por la Asegurada Titular. No Cubre Hijas Dependientes.

- m. Atención al Recién Nacido** Este beneficio cubre automáticamente los siguientes gastos pediátricos que se limitan al monto indicado en el Cuadro de Beneficios de esta Póliza:

- Examen físico completo del recién nacido
- Lavado gástrico
- Administración de vitamina “K”
- Colocación de clip umbilical
- Administración de vacuna antipoliomielítica

Este beneficio aplica siempre y cuando la maternidad haya sido cubierta por la póliza. El Beneficio de Atención al Recién Nacido no determina la inclusión automática a la póliza del nuevo miembro familiar. Este podrá ser parte de la póliza hasta que el Asegurado Titular lo incluya y cumpla con las condiciones de “Elegibilidad de los Dependientes”.

- n. Complicaciones del Recién Nacido** Tratamientos suministrados, antes de salir del hospital, por enfermedad contraída después del nacimiento y/o defectos congénitos. (El beneficio no aplicará si el recién nacido egresa del hospital y se complicará fuera del mismo). La Suma asegurada es por embarazo independientemente si fuesen partos múltiples.

Este beneficio aplica siempre y cuando la maternidad haya sido cubierta por la póliza. El Beneficio de Complicaciones del Recién Nacido no determina la inclusión automática a la póliza del nuevo miembro familiar; Este podrá ser parte de la póliza hasta que el Asegurado Titular lo incluya y cumpla con las condiciones de “Elegibilidad de los Dependientes”.

- o. Control De Niño Sano:** Es la evaluación pediátrica durante los primeros cinco años de su hijo dependiente. Este beneficio cuenta con un monto máximo anual de acuerdo a la edad del niño, el cual podrá utilizar por gastos de:

- Consulta pediátrica en clínica por control de crecimiento y desarrollo
- Aplicación de vacunas

PLAN	MONTO ANUAL HASTA EL CUMPLIMIENTO DE LOS 5 AÑOS
GOLD	Q5,000.00

### 3. DEFINICIONES MÉDICAS

- a. **Médico** se designará únicamente a un doctor o cirujano titulado en medicina, que esté legalmente establecido y autorizado, para practicar la medicina alopática (Medicina aceptada por la Ciencia Médica).
- b. **Tratamiento Medico o Servicios Médicos** serán considerados por la Póliza como métodos que se emplean para curar enfermedades o lesiones, prescindiendo que el medico haya o no recetado o utilizado medicinas.
- c. **Razonable y Acostumbrado** significará un cargo por atención medica debido a lesión o enfermedad, el cual se considere justo y hasta el límite acostumbrado para la Aseguradora, 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.
- d. **Ajustes Médicos**, los manuales “Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud” (OMS) y el manual “Diagnostico y Estadístico de Desordenes Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana” serán utilizados para determinar distintos campos de aplicación medica, con el fin de ajustar reclamos médicos en forma efectiva y equitativa.
- e. **Padecimiento** significará una enfermedad o lesión corporal por accidente, que necesite tratamiento por un medico autorizado.
- Se entenderá por enfermedad toda alteración o desviación del estado fisiológico del cuerpo, de origen interno o externo en relación con tal organismo.
  - 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 medico autorizado.
- f. **Hospital** significará una institución organizada de acuerdo con la ley, que cuenta con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios a personas enfermas o heridas, que operen las 24 horas diarias, bajo supervisión y atención de médicos y enfermeras. Esta definición incluye también las instalaciones dedicadas al diagnostico y cirugía.

- Los asilos de ancianos, los hogares para convalecientes y enfermos crónicos, las casas de reposo y aquellos lugares donde se suministre tratamiento para alcohólicos y drogadictos, no se consideran hospitales.
- g. **Hospitalización** significará la permanencia de un Asegurado que 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 no pueda ser razonablemente suministrado en la clínica de un médico o en un centro de diagnóstico en forma ambulatoria.
- h. **Operación Quirúrgica** significará, Operación con incisión; La sutura de una herida; El tratamiento de una fractura; La reducción de una luxación; Radiocirugía; Electrocauterización; Procedimientos endoscópicos para diagnosis o terapia; El tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y las venas varicosas.

## 4. EXTRACTO DE LAS CONDICIONES Y PARTICULARIDADES DE LA PÓLIZA.

1. **Compañía**, se refiere a Seguros El Roble, S.A.  
Para otorgar el beneficio la póliza es **indispensable** que el Asegurado Titular y sus Dependientes Asegurados tengan **domicilio permanente** en la República de Guatemala.
2. Cobertura del Plan: **Mundial**.
3. **Asegurado**, como aquí se utiliza 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. **“Dependiente Asegurado”**, son elegibles los dependientes del Asegurado Titular según los términos de la póliza.
4. El Asegurado Titular y/o sus Dependientes Asegurados, tienen derecho **a una sola cobertura** en la Póliza.
5. **Elegibilidad de Dependientes**
  - Hijos Dependientes (hijastros e hijos legalmente adoptados) a partir de los **10 días de nacidos** hasta los **18 años inclusive**. La cobertura de gastos médicos se podrá extender hasta los **25 años inclusive**, si y solo si cumplen con los siguientes requisitos:
    - a. Ser **solteros**,
    - b. **Estudiantes a tiempo completo**, en una institución educativa acreditada,
    - c. **Residir en el hogar** del Asegurado Titular o se encuentren ausentes por razón de estudios, siempre que el período de estadía fuera del país no sea mayor a 6 meses
    - d. **Depender económicamente** del Asegurado Titular,
  - Si cualquier persona definida como dependiente, es también elegible como Asegurado Titular, dicha persona solamente será elegible como Asegurado Titular.
  - Si el Asegurado Titular asume responsabilidad por uno o más dependientes después de la fecha efectiva de su seguro, tales dependientes quedaran asegurados del 01 del mes siguiente a la fecha en que el Asegurado Titular los declare y efectúe cualquier contribución requerida que resulte del cambio si lo hubiere, de su categoría de inscripción. Sin embargo, si la solicitud es presentada después de un periodo de **31 días** siguientes a la fecha en que asumió la responsabilidad por uno o más dependientes, deberá presentar a la Compañía pruebas de asegurabilidad. La Compañía se reserva el derecho de aprobar o rechazar dicha solicitud.

6. Son elegibles para gozar de los beneficios que la Póliza provee, el Asegurado Titular y sus Dependientes (cónyuge e hijos), que hayan mostrado **evidencias de asegurabilidad**, constatadas en la Solicitud de Seguro de Vida y Gastos Médicos provisto por la Compañía. Toda solicitud esta sujeta a las normas de selección de la Compañía, el Contrato de Seguro se perfeccionará a partir de la fecha de aceptación del seguro, dada por la Compañía, **la vigencia del seguro será efectiva a partir del 01 del mes siguiente, a la fecha en que la Compañía apruebe la Solicitud Individual de Seguro.**
7. **Disimulación o Declaración Inexacta:** En cualquier momento que hubiese una disimulación o declaración inexacta de los hechos referentes a un siniestro que excluyera o restringiera las obligaciones de la Compañía, la Compañía quedara desligada de sus obligaciones al respecto, según el Artículo 915 del Código de Comercio que textualmente dice: EXTINCIÓN DE RESPONSABILIDAD “EL ASEGURADOR QUEDARA DESLIGADO DE SUS OBLIGACIONES”.
  - Si se omite el aviso del siniestro con la intención de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias.
  - Si con el fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieren excluir o restringir sus obligaciones.
  - Si con igual propósito no se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro o la prueba de pérdida. Tal desligamiento automáticamente incluye la cancelación del seguro del Asegurado Titular y el de sus dependientes.
8. El pago de la prima es **100% contributivo**, es necesario que el Asegurado Titular se comprometa **a pagar y sin requerimiento de cobro**; el cargo o cobro de primas será el **26 de cada mes** o el día hábil anterior. Si el pago es de forma trimestral, Semestral o Anual deberá realizarse, de forma anticipada, a más tardar el **día 05 de cada mes** o el día hábil anterior.
9. **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, siempre que previamente se formalice el pago de la prima correspondiente.
10. Si se comprobare que la edad real del Asegurado Titular o de sus Dependientes Asegurados, no es la misma que la edad declarada, 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. Si la edad no afecta cualquier cobertura de esta Póliza el seguro continuará sin alteración.
11. Terminación del Seguro Individual, la cobertura al certificado cesará bajo las siguientes circunstancias:

- a. Si el Asegurado solicita la cancelación por escrito, y la misma es recibida en las oficinas de la Compañía:
    - Al recibirla en los primeros 15 días del mes, no se cobrará la prima correspondiente a ese mes.
    - Al recibirla después del día 15 del mes, se cobrará la prima completa correspondiente a ese mes.
  - c. Si el Asegurado deja de hacer en su oportunidad el pago mensual de prima, al que esta obligado. Se cancelará por falta de pago.
  - d. Al momento de que el Asegurado se consuma el Máximo Médico Vitalicio
  - e. En la fecha que el Asegurado Titular y/o su Cónyuge, cumpla 99 años edad (este beneficio aplica si el solicitante o el asegurado actual está dentro del rango de 18 a 60 años de edad, si el asegurado tiene 61 años ó más el seguro terminará a los 80 años de edad)
- 12.** Si el Asegurado Titular desea Cambiar de Plan y desea contratar una Suma Asegurada mayor a la que tiene, se requerirá nuevas evidencias de asegurabilidad y sujetarse a las normas de selección de la Compañía, el cambio solicitado se perfeccionará a partir de la fecha de aceptación del seguro, dada por la Compañía, la vigencia del cambio será efectiva a partir del 01 del mes siguiente a la fecha en que la Compañía apruebe la solicitud de cambio.
- 13.** El certificado 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 mas de 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 a los Asegurados que dejaron vencer su seguro original, las condiciones de los incisos anteriores aplicarán como si se hubiera asegurado por primera vez.
- 14.** En el evento que el Asegurado no renovara su cobertura individual y posteriormente volviera a asegurarse, las condiciones de los párrafos anteriores aplicarán como si se hubiera asegurado por primera vez, sujeto a la aceptación del riesgo en función a las políticas de la Compañía.
- 15. La Compañía podrá variar las tarifas de la póliza,** así como una variación específica a criterio de la Compañía a uno o varios certificados incluidos en la póliza, en la fecha de aniversario de la misma, el **01 de agosto de cada año.** No obstante, en el evento que la Póliza, uno o varios certificados incluidos en la póliza, presentaran una siniestralidad del 65% o más, la Compañía podría adicionalmente variar las tarifas en la fecha semestral de la misma, o sea el 01 de febrero de cada año. La variación de tarifas se aplicara previo aviso con 30 días de anticipación.
- 16. Moneda:** Todos los pagos de prima e indemnizaciones relacionadas con esta Póliza deberán ser efectuados en Quetzales, moneda oficial de la República de Guatemala.
- 17. 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 pue-



da ser elegible. Cuando algún Asegurado este cubierto también 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% de los beneficios estipulados por esta Póliza.

- 18. Procedimientos Legales:** Ninguna acción legal podrá ser presentada contra La Compañía por la Póliza, para lograr el pago de una reclamación a menos que haya transcurrido un período mayor de 30 días, contados a partir de la fecha en que la prueba de reclamación ha sido suministrada de acuerdo con los requisitos de la Póliza.

Según el Artículo 917 del Código de Comercio, todas las acciones que deriven de un contrato de seguro, prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que le dio origen. Si el beneficiario no tiene conocimiento de su derecho, la prescripción se consumirá por el transcurso de cinco años contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones del Asegurado.

- 19. Pago a Familiares** Si un **Asegurado** presenta una **Reclamación** de gastos médicos y fallece antes que ésta fuera liquidada, se seguirá el siguiente proceso: **a)** Si fallece el **Titular**, el pago se efectuará al cónyuge; **b)** Si el cónyuge del **Titular** o un **Dependiente** hijo fallece, el pago se efectuará al **Titular**; **c)** En el evento que el **Titular** y uno o varios **Dependientes** (no siendo el cónyuge sobreviviente) fallece(n), se efectuará el pago al cónyuge sobreviviente del **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, o si el **Titular** no tuviera Dependientes, el pago se efectuará a los herederos legales.

- 21. Gastos Médicos Elegibles:** Se define como los gastos reales incurridos por un Asegurado en concepto de tratamiento, servicios y medicamentos ordenados por un médico autorizado para practicar la medicina y siempre que no estén excluidos expresamente en las Condiciones Generales, Particulares, Anexos y Endosos de la Póliza y/o del Certificado individual. En ningún caso serán reconocidos como Gastos Cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios para el cuidado médico del Asegurado o sus Dependientes Asegurados, ni se pagará gasto alguno en exceso de la cantidad que usualmente deba reconocerse por el servicio o medicamento de que se trate. Se considerará que un gasto cubierto está incurrido en la fecha de suministro del servicio o de la compra de medicinas.

Los Gastos Elegibles incluirán cargos hechos por:

- Pensión hospitalaria por habitaciones semi privadas, colectivas y privadas.
- Servicios y medicamentos suministrados por atención médica en el hospital.
- Anestesia y su administración.
- Servicios de ambulancia terrestre para viajar de y hacia un hospital local.

- Honorarios del médico por cirugía y tratamiento médico, excluyendo tratamientos dentales a excepción de aquellos que resultan a consecuencia de un accidente.
- Servicios privados de enfermería, en el hospital suministrados por una enfermera titulada que no sea pariente del Asegurado ni resida en el hogar del mismo.
- Gastos causados como paciente externo del hospital y cuentas por servicios clínicos, inclusive exámenes de Laboratorio y Radiología.
- Terapia del habla a consecuencia de Dislalia por un terapeuta titulado a condición de que el desorden aludido sea a consecuencia directa de una enfermedad o lesión de los órganos del lenguaje y que tal terapia haya sido ordenada, controlada y dirigida por un médico con el propósito de restaurar el habla del Asegurado.
- Los siguientes desordenes nerviosos y psiquiátricos no diagnosticables mas que a través de la observación clínica están cubiertos hasta Q.10,000.00 por año calendario prescindiendo de la disciplina especialista del médico tratante. Al satisfacer el Deducible correspondiente se aplicará un coaseguro del 50% hasta el máximo ya aludido. Desorden de Ajuste con Ánimo Depresivo, Desorden de Ansiedad, Tensión (Stress), Desorden Obsesivo-Compulsivo, Desorden Afectivo, Depresión Reactiva, Depresión Mayor.
- Los otros servicios y medicamentos siguientes:
- Oxígeno y alquiler del equipo para su administración, exámenes de laboratorio y Rayos X (excluidos los servicios dentales suministrados por médico dentista o cirujano dental que no sean los indicados en el inciso 5); tratamiento por Rayos "X", por Radio por otras substancias radioactivas; tratamiento de fisioterapia, por una persona calificada que no sea familiar o pariente del Asegurado;
- Drogas y medicinas suministradas, contra receta médica original, por una farmacia autorizada de acuerdo con la ley.
- Vendajes quirúrgicos;
- Sangre y plasma sanguíneo;
- Miembros y ojos artificiales necesitados por lesión accidental o enfermedades que ocurran mientras el individuo está asegurado por esta póliza;
- Enyesados, entablillados, bragueros, abrazaderas y muletas;
- Alquiler de sillas de ruedas, cama de hospital o ventilador neumático.

**23. Exclusiones** Para propósitos de interpretación y aplicación de los beneficios de la Póliza, debe entenderse que las cláusulas "Gastos Médicos Elegibles" y "Exclusiones" se complementan.

- a. Lesión causada a sí mismo estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales. Lesión causada por servicios militares, actos de guerra, rebelión, riña, conmoción civil o actos delictivos en que participe directamente el Asegurado.
- b. Exámenes médicos generales, exámenes y operaciones para corregir la vista; defectos refractarios del ojo; Queratotomías, Queratoplastías y Queratoconos; anteojos y lentes de contacto; aparatos para el oído.
- c. Cirugía o Tratamiento Odontológico Máxilo Facial a menos que sea a consecuencia de un

accidente causado a la cara o a los dientes naturales que ocurra mientras el Asegurado se encuentre cubierto bajo esta Póliza.

- d. El tratamiento de alcoholismo o de adicción a drogas. Desórdenes nerviosos faltando evidencias de lesión o enfermedad diagnosticable en el sistema nervioso del Asegurado.
- e. Cargos por transporte del paciente, excepto cargos por servicios de ambulancia aérea y/o terrestre.
- f. Tratamiento médico, medicinas u operaciones quirúrgicas de naturaleza preventiva.
- g. Métodos anticonceptivos u orientados a esterilizar; o revertir la esterilización. Procedimientos o tratamientos tendientes a la procreación artificial, infertilidad, impotencia sexual.
- h. Curas de reposo, convalecencia, curas en custodia en períodos de cuarentena o aislamiento.
- i. Cirugía o tratamiento cosmético, a menos que sea necesitado por accidente que ocurra mientras el Asegurado esté cubierto por esta Póliza y que tal tratamiento sea proporcionado dentro de los 180 días calendario siguientes del accidente.
- j. Defectos congénitos y/o genéticos, sus complicaciones y consecuencias.
- k. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus consecuencias directas o indirectas, orgánicas o funcionales en cualquiera de sus etapas, en exceso del máximo indicado en el Cuadro de Beneficios.
- l. Tratamiento de obesidad por sobre ingesta, control de peso, control dietético o tratamiento de la calvicie, y sus consecuencias directas o indirectas.
- m. Gastos de atención psiquiátricos en exceso del máximo indicado en el Cuadro de Beneficios.
- n. Tratamiento o cirugía de cualquier enfermedad o lesión que se hubiera originado antes de la fecha de vigencia de la cobertura del Asegurado; sin embargo, esta exclusión no será aplicable después de 360 días de cobertura ininterrumpida si el padecimiento no es excluido por la Compañía expresamente.
- o. Lesiones o padecimientos que la Compañía expresamente indique como exclusión al Asegurado en las Condiciones Particulares del Certificado.
- p. Exposición deliberada de la vida a un peligro excepcional.
- q. Tratamiento médico, medicinas y procedimientos no reconocidos o utilizados por la práctica médica tradicional alopática.
- r. Tratamientos menopáusicos.
- s. Gastos de Televisión, teléfono, bolsa de ingreso al hospital, banda de identificación, accesorios higiénicos, equipo de ropa, ganchos de metal para ropa, calcetas o calcetines, pajillas, bolsa de pañales para bebe y/o adulto, shampoo, estuches para presión arterial, colchones antialérgicos, almohadas ortopédicas, glucómetro, y cualquier accesorio que no sea para la recuperación de la salud.

## EXPLICATIVO SEGURO COLECTIVO DEL PLAN DENTAL

(Aplica si contrató el Plan Dental)

- 1. DERECHO DEL ASEGURADO A BENEFICIOS DENTALES** Sujeto a los términos y condiciones de este Anexo, el Asegurado tendrá derecho a los Beneficios de Gastos Dentales, si incurre en Gastos Dentales por una lesión o enfermedad, mientras se encuentre asegurado bajo este Anexo.

La cantidad de los Beneficios de Gastos Dentales será igual al Porcentaje de Reembolso indicado en el Cuadro de Seguro, en ningún caso el Beneficios de Gastos Dentales excederá el **Máximo Dental** establecido en el Cuadro de Seguro para cualquier Asegurado.

Se aplicará sólo un Máximo Dental para un Asegurado, ya sea que haya existido o no una interrupción en la continuidad del seguro del individuo. Se aplicará solo un Máximo Dental si el Asegurado ha estado cubierto bajo el Anexo una vez como empleado y otra como dependiente durante cualquier Año Calendario.

- 2. CONCEPTOS BÁSICOS:** Conforme se usa en esta Estipulación del Beneficio de Gastos Dentales:

- “Asegurado”** se refiere a cualquier empleado o familiar dependiente asegurado para los Beneficios de Gastos Dentales bajo este Anexo.
- “Familia Asegurada”** se refiere al conjunto de empleado y dependientes asegurados para los Beneficios de Gastos Dentales bajo este Anexo.
- “Gastos Dentales”** se refiere a los gastos razonables y acostumbrados por atención dental practicada por un dentista, por servicios prestados o suministros proporcionados al Asegurado, y que son necesarios para su cuidado dental y tratamiento. Estos excluirán la porción de cualquier gasto referido en la estipulación de “Inclusiones” de este Anexo, que exceden el gasto razonable y acostumbrado por el servicio, suministros o tratamiento por los cuales se incurre el gasto. Dicho gasto razonable y acostumbrado será determinado por la Compañía sobre la base de los gastos cobrados en la localidad por servicios, suministros o tratamientos similares. El resultado de dicha determinación por parte de la Compañía constituirá el máximo permitido como “Gastos Dentales” elegibles.
- Para determinar si un Gasto es razonable y acostumbrado la Compañía considerará la naturaleza y condición de gravedad del Asegurado, así como las circunstancias especiales o complicaciones que pudieran requerir tiempo adicional, destreza y experiencia, en relación con un servicio en particular o un procedimiento dental, como se define en la “Gastos Elegibles” de este Anexo. El Gasto Dental se considerará incurrido en la fecha en que el tratamiento es realizado en su fase final, excepto que dicho cargo se considere incurrido:

- Con respecto a prótesis permanentes, coronas, incrustaciones o calzas, en la primera fecha de preparación del diente o dientes en cuestión.
  - Con respecto a dentaduras removibles parciales o completas, en la fecha en que se hizo el primer molde,
  - Con respecto a endodoncia, en la fecha en que el diente es abierto para terapia de canal.
- e. **“Beneficio de Gastos Dentales”** se refiere a las cantidades pagaderas bajo este Anexo, de acuerdo a los beneficios estipulados en el Cuadro de Seguro del Anexo por Gastos Dentales.
  - f. **“Dentista”** se refiere al individuo legalmente autorizado para practicar dentistería o a cualquier otro médico que proporcione servicios dentales para los cuales se encuentre legalmente autorizado. La profilaxis dental practicada por un higienista empleado por y que trabaje bajo la supervisión directa de un dentista será considerada como practicada por un dentista.
  - g. **“Deducible”** es la cantidad especificada en el Cuadro de Beneficios de este Anexo, que será aplicada a cada Asegurado, una vez por cada Año Calendario por gastos dentales incurridos y elegibles Tipo: I, II y III.
  - h. **“Coaseguro”** se refiere al porcentaje especificado en el Cuadro de Seguro del Anexo, que se aplicará a los gastos dentales elegibles en los Tipos I, II, III y IV, después que el Asegurado haya satisfecho el deducible.
  - i. **“Año Calendario”** se refiere al período comprendido entre el primero de enero de cualquier año y el 31 de diciembre del mismo año, ambos inclusive.
  - j. **“Plan de Tratamiento”** se refiere al informe escrito de un dentista en una forma satisfactoria a la Compañía, en el cual el dentista detalla los resultados del examen del Asegurado, el plan de tratamiento sugerido y el costo aproximado y duración de dicho tratamiento.
  - k. **“Suma Deducible”** indicada en el Cuadro de Seguro, será aplicada a cada Asegurado, una vez por cada Año Calendario.
  - l. **“Límite de deducible por asegurado”**, los gastos dentales elegibles, incurridos por un Asegurado durante un Año Calendario y mientras se encuentre asegurado bajo este Anexo, se reembolsarán después de satisfecho el Deducible, por cada Asegurado, con base al porcentaje estipulado en el Cuadro de Seguro de este Anexo por el resto del Año Calendario.
  - m. **“Beneficio Máximo de Gastos Dentales”**, Es la cantidad total de los Beneficios de Gastos Dentales pagaderos a cualquier Asegurado por gastos dentales incurridos, durante cualquier Año Calendario, el pago no excederá el máximo indicado en el Cuadro de Seguro de este Anexo.
  - n. **Elegibilidad de Asegurados:** La edad elegible para esta cobertura es: **al cumplir 2 años y termina a los 64 años inclusive.**

### 3. CUADRO DE BENEFICIOS “PLAN DENTAL”

- Para poder optar a este Plan, es indispensable la participación de todo el núcleo familiar.
- Coordinación de Beneficios entre los Planes de Seguro Colectivo de Gastos Médicos y Plan Dental será aplicada a todos los Asegurados.
- Edad de admisión para nuevos Asegurados Titulares y Cónyuge de **18 a 64 años inclusive**.
- Edad límite de cobertura para el Asegurado Titular y/o la (el) Cónyuge **al cumplir 70 años**.
- **Hijos dependientes son elegibles desde los 2 años hasta el cumplimiento de los 18 años, si los hijos cumplen con el requisito de ser solteros, estudiantes a tiempo completo y depender económicamente del Asegurado Titular, la cobertura del Plan Dental se puede extender hasta los 25 años inclusive.**

4. **GASTOS ELEGIBLES:** A excepción de lo expuesto en “Exclusiones” de este Anexo, los gastos dentales elegibles consistirán en gastos incurridos con respecto al tratamiento dental por cualquiera de los servicios, suministros o tratamientos siguientes:

#### Tipo I TRATAMIENTO PREVENTIVO

- a. Exámenes Orales - exámenes orales rutinarios incluyendo diagnóstico, pero no más de dos exámenes con respecto al mismo Asegurado durante cualquier Año Calendario.
- b. Profilaxis - incluyendo limpieza, raspado de dientes, pulimiento, pero no más de dos veces durante cualquier Año Calendario con respecto al mismo Asegurado.
- c. Aplicaciones de Fluoruro - limitado a niños de 14 años de edad o menores.
- d. Rayos X - incluyendo rayos X de toda la dentadura, pero no más de una serie de rayos X en un período de dos años; siempre y cuando estos rayos X sirvan para el diagnóstico de los Gastos Elegibles.
- e. Pruebas de laboratorio y otros exámenes para diagnóstico.

#### Tipo II TRATAMIENTO RESTAURATIVO

- a. Sostenedores de espacio
- b. Tratamiento paliativo de emergencia
- c. Extracciones simples (rutinarias)
- d. Extracciones quirúrgicas
- e. Cirugía oral, excepto cirugía ortognática y de implantes.
- f. Alveolectomía
- g. Anestesia General, sedación y/o uso de sala de operaciones o quirúrgico, gastos hospitalarios (limitado a niños menores de 7 años, en casos de cirugía, y en pacientes discapacitados). De acuerdo a la tabla de Gastos Médicos.
- h. Inyecciones terapéuticas

- i. Restauración - relleno de amalgama o proceso sintético pero excluyendo específicamente lo siguiente:
  - Corona o calza posterior o anterior, y
  - Instalación inicial de dentadura completa o parcial y reposición de dentaduras o unidades de puente fijo.
- j. Endodoncia
- k. Periodontología
  - El monto total de beneficios pagaderos durante la vida de cada Asegurado por cualquier diagnóstico, servicios de cirugía o adicionales relacionados con enfermedad periodontal indicado en el Cuadro de Seguro, y
  - El monto total de los beneficios (incluyendo beneficios relacionados con tratamientos de periodontología) pagadero por gastos dentales cubiertos, incurridos durante cualquier Año Calendario, no excederá en ningún caso el Máximo del Año Calendario indicado en el Cuadro de Seguro.

### **TIPO III SERVICIOS MAYORES**

- a. Incrustaciones
- b. Calzas
- c. Coronas
- d. Reparación de dentaduras y puente
- e. Guardas oclusales por tratamiento de síndrome de disfunción miofacial, bruxismo o apretamiento de
- f. Dientes, excepto por cualquier causa que se especifique en exclusiones.
- g. Pines intra-radicales, núcleos, muñones y domos para sobredentadura.
- h. Prótesis - incluyendo puentes y dentaduras  
La instalación inicial o adición a trabajo de dentaduras completas o parciales o puente fijo serán elegibles, siempre que:
  - Dicha instalación o adición sea requerida como resultado de la extracción de uno o más dientes naturales debido a un accidente o enfermedad en o después de la fecha efectiva del seguro del Asegurado bajo este Anexo.
  - La instalación o adición arriba mencionados incluya la reposición de dicho diente extraído; y
  - El trabajo de dicha dentadura o puente sea completado dentro de los doce (12) meses siguientes a la extracción.
  - El trabajo de dentadura o puente será considerado como instalado inicialmente, sólo si dichas dentaduras o puente no reponen a cualquier dentadura o puente existentes.
  - El reemplazo o alteración de dentaduras completas o parciales o puente fijo se considerarán pagaderos si la reposición o alteración es necesaria, si ocurrió en o después

de la fecha efectiva del seguro del Asegurado bajo este Anexo y si es completado dentro de los doce (12) meses después de:

- Una lesión accidental que requiera tratamiento quirúrgico, o
- Cirugía oral para aditamentos musculares, o la extracción de un tumor, quiste, elevaciones pequeñas o tejido redundante.
- El reemplazo de una dentadura completa o parcial cuando el mismo es requerido como resultado de un cambio estructural en la boca, siempre que:
  1. El reemplazo sea efectuado después de cinco (5) años de la fecha de instalación de la dentadura, y
  2. Cualquier reemplazo no se efectuará en ningún caso si el seguro del Asegurado bajo este Anexo no ha estado en vigor por lo menos (2) años.

**5. Exclusiones:** No se pagará ningún beneficio por los siguientes gastos dentales:

- a. Servicios otorgados al Asegurado o aquellos gastos por servicios o suministros que hayan sido obtenidos por el Asegurado, sin costo alguno para él, conforme a las leyes o regulaciones de cualquier gobierno o agencia gubernamental, con excepción a aquellos casos en que se haga un cargo al Asegurado, por el cual él esté legalmente obligado a pagar. “Gobierno” se refiere a cualquier nación, comunidad estatal, gobierno territorial o provincial, o cualquier subdivisión política.
- b. Servicios recibidos del departamento dental o médico de cualquier patrono, unión, gremio, sindicato, y asociación para el beneficio del empleado, administrador u organización similar, o por servicios de un dentista o clínica contratados para o por cualquier organización de esa índole.
- c. Cuidado o servicios que fueren necesarios como resultado de cualquier acto atribuible al Asegurado, por cometer o por la intención de cometer un asalto, agresión, felonía o acto de agresión, insurrección, rebelión o participación en una revuelta, o como resultado de un acto de o en el curso de una guerra, declarada o no.
- d. Servicios dentales con fines cosméticos.
- e. Reemplazo de dientes extraídos antes de la fecha efectiva de la cobertura del Asegurado bajo este Anexo, a menos que el reemplazo reúna una de las condiciones enumeradas bajo la estipulación “Inclusiones” de este Anexo.
- f. Dentadura, coronas incrustaciones, calzas, puentes o instrumentos o servicios para aumentar la dimensión vertical.
- g. Ajustes o reevaluaciones de dentaduras o puentes fijos o removibles dentro de seis (6) meses de la instalación de una dentadura o puente.
- h. Reemplazo de prótesis perdida o robada, o por una prótesis duplicada.
- i. Programas o instrucciones de higiene oral, dietético, técnica de cepillado o de control de placa bacteriana.



- j. Lesión o enfermedad originadas por cualquier empleo o en el curso de éste o por cualquier trabajo con fines de remuneración o ganancia.
- k. Protectores bucales deportivos.
- l. Aquellos gastos por coronas enchapadas de porcelana o pónica sobre o para reemplazar un diente o dientes posterior a la bicúspide segunda, que excede la cantidad pagadera razonable o acostumbrada para coronas enchapadas de acrílico o pónicas.
- m. Dentaduras o puentes temporales que, cuando combinados con el gasto por dentadura o puente permanente, excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada por la dentadura o puente permanente.
- n. Cobros realizados por el dentista en concepto de visita, a la cual el paciente no acudió.
- o. Implantología y rehabilitación sobre implantes.
- p. Drogas o medicinas, excepto antibióticos inyectables administradas por un dentista o doctor como resultado de tratamiento oral.
- q. Procedimientos, servicios o suministros que no llenan los requisitos aceptables establecidos en la práctica dental, incluyendo gastos por procedimientos, servicios o suministros de naturaleza experimental.
- r. Tratamientos iniciados mientras el Asegurado no estaba cubierto bajo este Anexo.
- s. Ortodoncia.
- t. Ortopedia, entiéndase por todo movimiento óseo realizado con aparatos ortopédicos fijos o removible intra orales o extra orales.
- u. Cirugía ortognática.
- v. Blanqueamiento de dientes.
- w. Rayos "x" o exámenes de diagnóstico para tratamientos contemplado en las Exclusiones.
- x. Cierre de diastema.

# CERTIFICADO INDIVIDUAL SEGURO COLECTIVO DE VIDA

## CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

**CONTRATO.** Esta Póliza, la Solicitud de Seguro, el Consentimiento para ser Asegurado, el Certificado Individual, el Registro de Asegurados, los Endosos y los Anexos suplementarios, si lo hubieren, constituyen el Contrato de Seguro.

Si el contenido de la póliza o sus endosos o anexos no concordaren con lo solicitado, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los 15 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, sin que el Contratante solicite a la Compañía la mencionada rectificación se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o sus endosos o anexos.

**OBJETO DEL SEGURO.** De conformidad con las condiciones de la presente póliza, la Compañía garantiza al Contratante el pago de los saldos insolutos que tengan pendientes los deudores asegurados, en el momento de su fallecimiento, y al beneficiario o beneficiarios designados, el excedente para completar la suma asegurada anotada en la carátula del Certificado de Seguro de Grupo, siempre que los miembros del grupo estén comprendidos dentro de los límites de edad que se indican en las Condiciones Particulares que forman parte de este contrato.

**OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE.** Serán obligaciones del contratante:

- a) Suscribir y remitir a la Compañía, la Solicitud de Seguro Colectivo y los Consentimientos.
- b) Llevar el Registro de Asegurados, la designación del beneficiario y si esta se hace en forma irrevocable.
- c) Comunicar mensualmente a la Compañía el número de asegurados y el monto asegurado total.
- d) Dar a conocer a los miembros del grupo por asegurarse, la necesidad de declarar exactamente la edad.

El Contratante que concluya sus obligaciones para con el Grupo Asegurado debe notificarlo por escrito a la Compañía, en un término que no exceda de 8 días, desde la fecha en que finalizaron sus obligaciones. La compañía podrá decidir que finalizaron sus obligaciones. La Compañía podrá decidir a su juicio, y conforme a la ley, la rescisión de la póliza durante los 30 días corridos siguientes a la fecha de haber recibido la notificación y sus obligaciones terminarán 30 días corridos después de haber sido notificada la rescisión al nuevo Contratante.

**CREDITOS EXCLUIDOS DEL SEGURO.** Se consideran excluidos de esta póliza los créditos de deudores que no son personas individuales.

**DEUDORES ASEGURADOS.** Previo consentimiento por escrito, cada deudor del Contratante quedará automáticamente asegurado desde el momento en que la Compañía le expida el Certificado de Seguro correspondiente.

Si el crédito se otorga a dos o más personas, la Compañía asegurará únicamente a la persona que de común acuerdo con el Contratante, sea designada como deudor principal, siendo esta persona la que aparece nominada en el Certificado de Seguro.

**IMPORTE DEL SEGURO.** El seguro concedido por esta póliza sobre la vida de un deudor, se mantendrá inalterable por el período de un año contado a partir de la fecha de inicio de vigencia anotada en la carátula del Certificado de Seguro o de la fecha de la última renovación.

**PRIMA.** El importe de la prima que debe cubrirse anualmente será igual a la suma de todas las primas individuales determinadas en la forma que aparece anotada en la carátula de esta póliza.

**PAGO DE PRIMAS.** El Contratante, en representación del Grupo Asegurado, debe pagar a la compañía en las oficinas de ésta, en la ciudad de Guatemala, la prima total, determinada conforme se indica en la primera página de esta póliza, en la fecha que allí mismo se indica o en las fechas señaladas, cuando el pago no sea anual.

Toda prima debe pagarse anualmente y por adelantado, de tal manera que aunque la Compañía convenga en dar facilidades al Contratante asignándole períodos de pago menores de un año, no por eso perderá la propia Compañía su derecho de que en caso de siniestro de algún asegurado, se deduzca del monto asegurado a liquidar, cualquier saldo de prima anual de dicho asegurado aún no cubierto por el Contratante, conforme a la presente póliza.

Todo pago de prima debe acreditarse sólo por medio de los recibos oficiales expedidos por la Compañía autorizados por el representante legal de la misma y refrendados por el Recaudador o Cajero correspondiente.

**PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS.** El Contratante dispone de un período de gracia de 30 días para el pago de las primas, sin pagar por ello recargo alguno. Durante dicho período los seguros continuarán en pleno vigor. Si dentro del mismo plazo ocurre la muerte de alguno de los Deudores Asegurados, la Compañía pagará el importe del seguro convenido para dicho asegurado, una vez que haya recibido pruebas del fallecimiento, descontando la prima vencida de este seguro en particular, o la parte faltante de la misma que no hubiese sido pagada.

Una vez transcurrido el período de gracia, sin que se haya pagado la prima cesarán automáticamente todos los efectos de esta póliza sin necesidad de aviso o declaración especial.

**BENEFICIARIOS.** El Contratante es el beneficiario irrevocable de esta póliza por el saldo deudor existente en la tarjeta de crédito del Asegurado, en virtud de que el objeto del seguro es garantizar el pago del saldo insoluto, que sus deudores tengan a su cargo, al ocurrir el fallecimiento de dichos deudores. La diferencia, entre este saldo deudor y la suma asegurada anotada en la carátula del Certificado de Seguro, deberá pagarse a los beneficiarios designados para el efecto.

El Asegurado puede nombrar uno o más beneficiarios y tiene derecho a cambiarlos cuantas veces lo desee, sin necesidad de consentimiento de los mismos ni del contratante de la póliza, quien en su caso solamente puede tener conocimiento del cambio. Se exceptúan los nombramientos de beneficiarios que se hagan con carácter irrevocable y así conste en el respectivo consentimiento.

**PAGOS DE LA COMPAÑÍA.** Al recibir la Compañía pruebas fehacientes del fallecimiento de cualquiera de los integrantes del grupo asegurado, ocurrido durante la vigencia de esta póliza, mediante la presentación de la documentación legal correspondiente, pagará la suma asegurada a la persona o personas, que por su calidad de beneficiarios, tengan derecho a recibirlos, después de presentar a la Compañía la propia póliza, de entregar el Certificado Individual de Seguro y siempre que el pago de la prima, de este seguro en particular, o saldo de la misma se actualice.

**ALTAS DE ASEGURADOS.** Los que soliciten su ingreso al Grupo Asegurado, quedan sujetos a las normas de selección de la Compañía para Seguros Individuales.

**BAJAS DE ASEGURADOS.** Las personas que se separen definitivamente del Grupo Asegurado, seguirán amparadas por la presente póliza hasta el final del año contado a partir de la fecha de la última renovación del certificado individual de seguro correspondiente. Después de ese año, dicho certificado individual queda automáticamente sin validez alguna, sin que la Compañía esté obligada a la devolución de parte alguna de la prima de ese seguro.

**INDISPUTABILIDAD.** La póliza será indisputable por omisión e inexacta declaración inmediatamente después de haber cumplido su primer año de vigencia. Tratándose de miembros de nuevo ingreso al Grupo Asegurado, la indisputabilidad en cuanto a dichos miembros será después de un año, contado desde la fecha en que respectivamente quedaron asegurados. Como excepción, en todo momento serán disputables los seguros de cada miembro del Grupo Asegurado, por inexactitud en la declaración de la edad, según se indica en la Cláusula siguiente – EDAD – de esta póliza.

**EDAD.** La edad de cada asegurado deberá comprobarse al ocurrir el fallecimiento del asegurado.

En caso de que la edad real de un miembro de la colectividad asegurada, esté fuera de los límites de admisión definidos en las “Condiciones Particulares” de la póliza, el seguro correspondiente a dicho asegurado será nulo, limitándose la obligación de la Compañía a devolver al Contratante la prima no devengada.

**MONEDA.** Todos los pagos de primas e indemnizaciones relacionados con esta póliza deberán ser efectuados en Quetzales, moneda oficial de la República de Guatemala.

**MODIFICACIONES Y COMUNICACIONES.** Los agentes o cualquier otra persona de la Compañía, no tienen facultades para hacer concesiones o modificaciones de esta póliza.

Todas las comunicaciones deberán ser enviadas directamente a la Compañía a sus oficinas de la Ciudad de Guatemala, C.A.

**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO Y PAGO DEL MISMO.** El Contratante hará saber a los deudores asegurados la existencia de esta póliza y los beneficios que de la misma se deriven.

El Contratante queda obligado a entregar a la Compañía por cualquier pago que se le haga con motivo de los seguros a que se refiere esta póliza, además del recibo finiquito correspondiente, la documentación que ampara el crédito insoluto a que el seguro pagado se refiere, la cual se pondrá a disposición de los interesados. El remanente de suma asegurada, si lo hubiere se pagará a los otros beneficiarios instituidos en el consentimiento individual, o a los herederos legales del asegurado, según sea el caso.

**RENUNCIA AL FUERO.** Cualquier diferencia que surja entre la Compañía y el contratante con motivo de la aplicación de alguna de las cláusulas de esta póliza, será resuelta conciliatoriamente por las partes, y si ello no fuera posible, por los Tribunales de la Capital de la República, a cuyo efecto el Contratante renuncia expresamente al fuero de su domicilio. Los derechos y acciones para exigir los beneficios que concede la presente póliza, prescriben en el término fijado por la Ley.

**RENOVACIÓN.** La Compañía renovará esta póliza en las mismas condiciones en que ha sido suscrita, siempre que el Grupo Asegurado siga reuniendo los requisitos establecidos en la póliza.

#### **EXCLUSIONES**

- 1) Esta Póliza no pagará el seguro por muerte causada por o a consecuencia de: Guerra declarada o no, invasión, por participar en algún delito, motín, huelga o alboroto popular; o muerte natural ocurrida durante los primeros seis meses de cobertura del miembro asegurado contado a partir de la fecha de aceptación al seguro, dada por la Compañía, en cuyo caso la responsabilidad de la Compañía se limita a devolver la prima percibida.

- 2) **SUICIDIO.** En caso de muerte por suicidio de un asegurado, ocurrido dentro de los primeros dos años de vigencia de su Certificado Individual, cualquiera que haya sido la causa de dicho suicidio y el estado mental o físico del asegurado, la Compañía únicamente reembolsará al Contratante una cantidad igual al monto de primas percibidas de dicho asegurado en el evento de que el pago de la prima no fuese contributivo. En el evento de que el pago de la prima fuese contributivo, la Compañía pagaría tal cantidad al (los) beneficiario (s) y en su defecto a los herederos legales.

**SEGUROS EL ROBLE, S.A. POR MEDIO DE LA POLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA A LA QUE SE ADHIERE ESTE CERTIFICADO ASEGURA A LA PERSONA ARRIBA MENCIONADA POR LA SUMA ASEGURADA INDICADA EN ESTE CERTIFICADO, LA CUAL SE PAGARA AL (LOS) BENEFICIARIO(S) ARRIBA MENCIONADO(S) AL RECIBIR PRUEBAS FEHACIENTES DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO.**

(TEXTO APROBADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE BANCOS, EN RESOLUCION No. 31-91  
DE FECHA 21 DE FEBRERO DE 1991)



