

Seguro de vida: Este seguro puede cubrir al asegurado titular y al cónyuge, los familiares dependientes, hijos no tienen seguro de vida. Este seguro de vida no ofrece coberturas adicionales, solo la suma básica de muerte por cualquier causa; únicamente un anticipo de la suma asegurada para gastos funerarios como se indica en el cuadro de beneficios de acuerdo al plan elegido.

El suicidio se excluye durante los primeros dos años de vigencia de la póliza.

Deducible: El deducible elegido es el reportado en el cuadro de beneficios entregado con la póliza. El mismo es la cantidad que se resta de los gastos médicos que sean contraídos por un individuo asegurado y se aplican de la siguiente forma:

- cuando los gastos son incurridos dentro del área centroamericana, el deducible se aplicará por persona, por cada año calendario y será expresado en quetzales.
- cuando los gastos sean incurridos fuera del área centroamericana, el deducible se aplicará en dólares de los estados unidos de américa y se aplicará por "incapacidad".

Reembolso (pago): Usted puede usar el seguro de dos formas:

Reembolso directo: Cada vez que usted necesite usar el seguro, deberá:

- Llamar a la aseguradora al 1757 ó 2210-7474.
- Pedir un número de pre-certificación (autorización).
- Utilizar el número de pre-certificación con los formularios para hospital, laboratorios o medicinas, según necesidad. Estos formularios le fueron entregados con su póliza.
- De esta forma usted solamente pagará un % de sus gastos elegibles.

Reembolso convencional: Si usted no llama a la aseguradora para pre-certificar, entonces deberá pagar el 100% de sus gastos y presentar las facturas originales con un formulario específico que se le entrega junto a la póliza. En este caso la aseguradora le reembolsará el 80% de los gastos elegibles, menos el deducible y los tramites de ley.

Emergencias: En caso de emergencia deberá utilizar el hospital de la red más cercano sin necesidad de pedir autorización para ingresar al hospital y durante las primeras 24 horas siguientes a la hospitalización, usted, sus familiares o el hospital deberán avisar a la aseguradora para que la misma pueda dar la autorización y poder realizar pago directo, caso contrario, usted deberá pagar el 100% y solicitar reembolso.

Maternidad: Todos los gastos relacionados con la atención del embarazo estarán cubiertos hasta el límite especificado en el cuadro de beneficios, si este embarazo concluye después de 10 meses continuos de cobertura. Esto significa que no pueden ingresar al seguro mujeres embarazadas y que los embarazos que comiencen después de asegurarse, deberán concluir después de los diez meses de cobertura continua, para que sean elegibles. Tienen derecho a la cobertura de maternidad únicamente las aseguradas titulares y dependientes, cónyuges femeninos, no así dependientes hijas.

Control de niño sano: Cubre gastos incurridos por control pediátrico mensual durante el primer año con sus respectivas vacunas. Los refuerzos se cubren hasta los 5 años de edad. Las vacunas cubiertas son las de la cartilla pediátrica y están afectas a deducible.

Preexistencias: La frase "condición preexistente" se define como:

Enfermedad, lesión corporal o condición congénita presente (s) durante los doce (12) meses precedentes a la última fecha efectiva de la cobertura, bien sea la original, la rehabilitación, o en el aumento de beneficios por cambio de plan, y por el (los) cuales el asegurado:

- Tuvo advertencia médica o consultó a un médico; recibió tratamiento médico, servicios o suministros; se hizo o recomendaron exámenes para diagnóstico; tomó medicinas recetadas, ó
- Padeció síntomas que causarían que una persona normalmente prudente asista a un médico para diagnóstico, tratamiento o cuidado.

Durante el primer año de vigencia:

Se excluyen todos los gastos incurridos para el estudio y/o tratamiento médico o quirúrgico de las enfermedades, lesiones, secuelas o complicaciones de: amígdalas y/o adenoides, cornetes, vesícula biliar, hígado y vías biliares, rodillas y hombros, enfermedades del aparato reproductor femenino, incluyendo pero no limitándose a útero, ovarios y trompas, columna vertebral, cáncer, hemorroides, así como procedimientos de corrección quirúrgica de hernias inguinales, abdominales, cistocele y rectocele.

Pagos: El asegurado es el único responsable de efectuar sus pagos en la fechas y en la forma elegida en la solicitud. Si el cliente no efectúa sus pagos, a los 30 días la póliza será técnicamente cancelada (no se le liquidarán reclamos y se suspenderán los servicios de red) y a los 60 días la póliza se cancelará definitivamente. Una vez el cliente haya sido dado de baja por morosidad, a menos de casos en que el cliente demuestre su falta de responsabilidad por el atraso, no se podrá rehabilitar, ingresar como nuevo.

Pólizas canceladas: Si se realiza un pago de prima para una póliza que ya está cancelada por la falta de pago (60 días de atraso), Aseguradora General, S.A. No pagará ningún siniestro ocurrido en ese período y se procederá a la devolución de la prima al asegurado.

Tarifas: Este seguro tiene renovación personalizada. Es decir que las primas contratadas al momento de comprar el seguro se mantendrán sin variación por todo el año de vigencia de la póliza, si durante este período el asegurado titular, o su cónyuge cambiaran de rango de edad, se aplicará la prima que corresponde a dicho rango hasta la renovación de la póliza. En la renovación para efecto de incremento de primas, se tomarán en cuenta factores inflacionarios (igual para todos los asegurados) y la utilización del seguro por parte del cliente asegurado.

Plan dental: Al contratar el plan dental, el mismo no podrá ser eliminado mientras la póliza se encuentre vigente.

Territorio centroamericano: Para efectos de liquidación de reclamos, el "área centroamericana" está conformada únicamente por los países de: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica.

Residentes: Este seguro, cubre únicamente a residentes en Guatemala, dentro y fuera del país hasta un máximo de 90 días.

Reclamos en dólares: Se fija como tasa máxima de cambio para reclamos incurridos fuera del territorio centroamericano, lo que se detalla a continuación:
Q. 9.00 x \$US 1.00

Unidad quirúrgica: El beneficio máximo para honorarios quirúrgicos se establecerá de acuerdo a la tabla de valores relativos de california, o de acuerdo a lo pactado según el tipo de hospital.

Póliza: Entiendo que esta constancia únicamente abarca algunos de los puntos más importantes de mi cobertura de seguro y que es fundamental que me entere de los alcances de mi cobertura, en términos de lo que cubre y lo que no cubre, por medio de la lectura atenta y detenida del certificado de condiciones particulares de seguro, el cual me será entregado al recibir confirmación de la vigencia de mi seguro.

Por este medio expreso que se me ha explicado el plan de seguro mediflex de Aseguradora General, S.A. Y claramente quedé enterado de los puntos anteriores:

Nombre del asegurado

Código y nombre del intermediario

Firma del asegurado

Firma del intermediario

Lugar y fecha