

# Solicitud de Seguro Colectivo de Vida y Gastos Médicos

Por la presente se solicita a **PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE GUATEMALA, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.** un Seguro Colectivo del plan de término renovable de un año, sobre la vida de los empleados elegibles del Patrono o Contratante que aparece a continuación. Si la misma es aceptada será emitida de la manera siguiente:

## 1) INFORMACIÓN GENERAL DEL PATRONO O CONTRATANTE:

RAZÓN SOCIAL O NOMBRE COMERCIAL:	
DIRECCIÓN:	
CORREO PARA FACTURA:	
NIT:	TELÉFONO:

2) PÓLIZA No. \_\_\_\_\_ FECHA DE VIGENCIA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FECHA DE ANIVERSARIO: 1 de Julio de cada año

3) CONTRIBUCIÓN Y FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS:  CONTRIBUTIVA  NO CONTRIBUTIVA

El seguro para empleados elegibles entrará en vigor en la fecha convenida entre el Patrono o Contratante y la Compañía de acuerdo a lo indicado en la cláusula de elegibilidad, siempre que: si el plan es contributivo el 75% de participación será requerido y si es no contributivo el 100% de participación, con un NÚMERO no menor de 3 de los empleados elegibles para seguro.

CONTRIBUCIÓN EN EL PAGO DE PRIMAS	VIDA		MYDA		ITP		GASTOS MÉDICOS	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Empleado								
Dependientes								

### FORMA DE PAGO:

<input type="checkbox"/>	Mensual
<input type="checkbox"/>	Trimestral
<input type="checkbox"/>	Semestral
<input type="checkbox"/>	Anual

**Nota:** El plan es **CONTRIBUTIVO** cuando los empleados asegurados contribuyen al pago de primas. El plan es **NO CONTRIBUTIVO** cuando el patrono o contratante cubre por su cuenta la prima total de la póliza.

## 4) ELEGIBILIDAD:

Los empleados actuales de tiempo completo activamente dedicados a su trabajo llegarán a ser elegibles:	
<input type="checkbox"/> En la fecha de vigencia de la póliza o	<input type="checkbox"/> El primer día después de _____ meses de continuo y activo servicio.
Los empleados nuevos de tiempo completo activamente dedicados a su trabajo llegarán a ser elegibles:	
<input type="checkbox"/> Inmediatamente el primer día de su ingreso como empleado activo y permanente	<input type="checkbox"/> El primer día después de _____ meses de continuo y activo servicio.
La fecha de elegibilidad de cualquier empleado que no esté activo en la fecha en que debería ser elegible, será el día hasta que esté activo.	

## 5) CUADRO DE CLASIFICACIÓN:

<b>Clase 1</b>	<b>Todo el personal activamente laborando para la empresa.</b>
----------------	--

De acuerdo con el cuadro de coberturas, los cambios de clasificación se efectuarán si el empleado está activo, en la forma siguiente:

X	En la fecha mensual de la póliza que coincide con la fecha del cambio de clasificación o la fecha mensual de la póliza subsiguiente a la fecha del cambio de clasificación.
	En el aniversario de la póliza.
	Inmediatamente en la fecha del cambio.

Categorías de empleados de tiempo completo que serán excluidos: **NINGUNA**

## 6) RESUMEN DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA: (ver póliza para condiciones generales completas)

- La Póliza junto con la Solicitud de Seguro firmada por el Contratante, así como las solicitudes de seguro individuales de los asegurados, si las hubiere y los anexos firmados por el Contratante, constituyen el contrato completo entre las partes.
- Serán elegibles para seguro todos los miembros del Grupo Asegurable activos, continuos y permanentes, que residan en Guatemala y que sean menores de **65 años** de edad.
- La cobertura de un Asegurado, quedará automáticamente terminada por cualquiera de las siguientes circunstancias que primeramente se presente: **(a)** la fecha en que el Asegurado deje de cumplir con la contribución que se requiere para el pago de las primas al vencimiento de éstas conforme se comprometió por escrito; **(b)** la fecha en que deje de ser miembro de cualquiera de las categorías elegibles para seguro bajo esta Póliza; **(c)** la fecha en que se termine su contrato de trabajo con el patrono o bien se termine el vínculo con el Contratante; **(d)** la fecha en que cesen los pagos de las primas correspondientes al seguro; **(e)** la fecha de terminación de esta Póliza; **(f)** la fecha en que el Asegurado alcance la edad máxima estipulada en esta Póliza; y, **(g)** fecha en que incurra en cualquier acto fraudulento en relación con este contrato de seguro, incluyendo pero sin limitarse a la presentación de reclamaciones con información falsa, o con soportes adulterados o fraudulentos. **(h)** La fecha en que se ordene la disolución y liquidación del contratante.
- El Asegurado Principal tendrá derecho a incluir a sus dependientes de la siguiente manera:
  - » En la fecha de su elegibilidad, si tiene uno o más dependientes o
  - » En la fecha de nacimiento y/o de inicio de relación de parentesco con un dependiente elegible con el Asegurado Principal, de acuerdo a condiciones de póliza.
 Serán elegibles como dependientes el cónyuge legítimo o compañero permanente registrado en la Compañía cuya edad sea menor de **sesenta y cinco (65)** años de edad y los hijos solteros de un Asegurado, los cuales incluyen hijastro o hijo adoptado legalmente cuyas edades no sean menores de los diez (10) días de nacido ni mayores de diecinueve (19) años de edad y hasta los veinticinco (25) años de edad si es estudiante de tiempo completo en un colegio acreditado o en una Universidad, que dependan del Asegurado para su ayuda y sostenimientos y que no trabaje.
- El Seguro cesará inmediatamente en lo que respecta a los dependientes en cualquiera de las siguientes fechas: **a)** la fecha en que se deje de cumplir con la contribución que se requiere para el pago de las primas al vencimiento de éstas; **b)** la fecha en que deje de ser miembro de la categoría o categorías de esta Póliza; **c)** la fecha en que termine la relación de parentesco con el Asegurado Principal; **d)** la fecha en que termine el seguro del Asegurado Principal bajo esta Póliza; **e)** la fecha en que la Compañía ponga fin a la cobertura de todos los dependientes; **f)** la fecha en que cumpla el Dependiente la edad de terminación de cobertura de acuerdo a lo establecido en esta Póliza; **g)** la fecha en que el Dependiente asegurado alcance la edad estipulada en la Póliza o cambie su estado civil; **h)** cuando el asegurado o cualquiera de sus dependientes cometa o participe en cualquier acto fraudulento contra el seguro o La Compañía, incluyendo pero sin limitarse a la presentación de reclamaciones con información falsa, o con soportes adulterados o fraudulentos; **i)** La fecha en que se ordene la disolución y liquidación del contratante; y, **j)** En la fecha en que el Contratante de por terminada la cobertura de los Dependientes.
- El pago de las primas deberá hacerse siempre a la Compañía y la responsabilidad de dicho pago es estrictamente del Contratante. El Contratante pagará las primas por adelantado, en cualquiera de las formas o modalidades de pago convenidas y que estén vigentes, sean estas anual, semestral, trimestral o mensualmente.
- Se concederá un periodo de gracia de 31 días sin cobro de interés para el pago de la prima en cualquier Fecha de Vencimiento de la Póliza, excepto la prima inicial.
- La Compañía puede terminar el contrato en la primera Fecha de Aniversario de la Póliza o en cualquier fecha de vencimiento de la Póliza, mediante notificación escrita al Contratante por lo menos con treinta y un (31) días de anticipación, si en la fecha de tal aviso, ocurre alguno de los siguientes eventos: **i)** Que hubiera una disminución en el NÚMERO total de asegurados mayor al 25% del NÚMERO de asegurados por el cual se suscribió la póliza; **ii)** En los casos de las pólizas contributivas si el NÚMERO de asegurados bajo este contrato es menor del (75%) por ciento del NÚMERO de Asegurados con derecho a seguro, y no menor de 10 asegurados; **iii)** Si la prima no se pagara antes de que concluya el periodo de gracia de conformidad con la presente Póliza; **iv)** Si no se recibe aceptación de la renovación por parte del contratante en la fecha de Aniversario de la Póliza; **v)** En los casos de terminación de operaciones del Contratante; y, **vi)** Por el incumplimiento por parte del Contratante de cualesquiera obligaciones contenidas en esta Póliza.
- La Compañía tiene el derecho de cambiar de tarifa: **1º)** en cualquier Fecha de Aniversario de la Póliza; y **2º)** En cualquier fecha de vencimiento de la Póliza, siempre que la tarifa que entonces se cobre haya estado vigente por lo menos doce (12) meses y siempre que la Compañía notifique al Contratante con por lo menos treinta y un (31) días de anticipación a la fecha de entrada en vigencia del cambio.

## 7) CUADRO DE COBERTURAS DEL SEGURO DE VIDA, BENEFICIO ADICIONAL DE RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP), BENEFICIO DE MUERTE, DESMEMBRACION Y PÉRDIDA DE LA VISTA ACCIDENTALMENTE:

BENEFICIOS ASEGURADO TITULAR	Monto Asegurado - PLAN 1	Monto Asegurado - PLAN 2	Monto Asegurado - PLAN 3	Monto Asegurado - PLAN 4	Edad Máxima Ingreso	Edad Terminación
<b>Favor indicar con una X el plan seleccionado:</b>						
<b>Seguro de Vida - Básico</b> <i>(aplica reducción del 50% al cumplir 65 años)</i>	Q300,000.00	Q150,000.00	Q100,000.00	Q50,000.00	64	75
<b>Seguro de Vida - Opcional Contributorio</b>	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	NA	NA
<b>Adelanto de Gastos Funerarios - Seguro de Vida</b>	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	NA	NA
<b>Beneficio de Sepelio en adición - Seguro de Vida</b>	Q10,000.00	Q10,000.00	Q10,000.00	Q10,000.00	64	75
<b>Anticipo por Enfermedad Terminal - Seguro de Vida</b>	35%	35%	35%	35%	64	75
<b>Exención del pago de primas por Incapacidad Total y Permanente</b>	Cubierto	Cubierto	Cubierto	Cubierto	59	60
<b>Renta por Incapacidad Total y Permanente (ITP)</b> <i>(pagadero en 12 pagos mensuales)</i>	Q300,000.00	Q150,000.00	Q100,000.00	Q50,000.00	59	60
<b>Muerte, Desmembración y pérdida de la vista Accidentalmente (MyDA)</b> <i>(aplica reducción del 50% al cumplir 65 años)</i>	Q300,000.00	Q150,000.00	Q100,000.00	Q50,000.00	64	75
BENEFICIOS DEPENDIENTES	Monto Asegurado - PLAN 1	Monto Asegurado - PLAN 2	Monto Asegurado - PLAN 3	Monto Asegurado - PLAN 4	Edad Máxima Ingreso	Edad Terminación
<b>Beneficio de Seguro de Vida para Dependientes</b>	No cubierto	No cubierto	No cubierto	No cubierto	NA	NA
<b>Ayuda de Sepelio - Dependiente Cónyuge</b>	Q10,000.00	Q10,000.00	Q10,000.00	Q10,000.00	64	75
<b>Ayuda de Sepelio - Dependientes Hijos</b>	Q10,000.00	Q10,000.00	Q10,000.00	Q10,000.00	24	25

## 8) TARIFAS POR MILLAR APLICADAS AL PRIMER AÑO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

SEGÚN tarifas vigentes del Producto Minimed al momento de la firma de esta solicitud.

## 9) BENEFICIOS DEL SEGURO DE VIDA, MUERTE Y DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL:

1. El Seguro de Vida es la suma asegurada indicada en el Cuadro de Coberturas y se pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado luego de presentadas las pruebas legales del fallecimiento por cualquier causa del Asegurado.
2. **BENEFICIO DE MUERTE, DESMEMBRACION Y PÉRDIDA DE LA VISTA ACCIDENTALMENTE**  
Cuando un Asegurado sufra cualquiera de las pérdidas que se estipulan en la Tabla de Indemnizaciones de la Póliza, se pagará al Asegurado la cantidad que corresponda de acuerdo a dicha Tabla.
3. **DOBLE INDEMNIZACIÓN de MyDA**  
El beneficio pagadero por cualquiera de las pérdidas antes especificadas será el doble, si tales lesiones corporales ocurren bajo las siguientes condiciones:
  - I. Mientras el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en un vehículo PÚBLICO no aéreo, propulsado mecánicamente y operado por una empresa de transporte PÚBLICO legalmente habilitada para prestar estos servicios de pasajeros en una ruta establecida, a base de alquiler, pero no en el momento de tratar de abordar o descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello; o
  - II. Mientras el Asegurado se encuentre dentro de un ascensor corriente de pasajeros (con excepción de ascensores de minas); o
  - III. Como consecuencia de incendio en un teatro, hotel o cualquier edificio de servicio PÚBLICO en el cual el Asegurado se encuentre al principio del incendio.
4. **BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA ANTICIPADO POR ENFERMEDAD TERMINAL**  
Pago anticipado de una porción del Seguro de Vida Básico al Asegurado Principal, de acuerdo al porcentaje indicado en el Cuadro de Cobertura, siempre que dicho asegurado tenga una enfermedad terminal. La suma así pagada será descontada del monto del seguro de vida del Asegurado.
5. **EXENCION DEL PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**  
La Compañía exonerará del pago de las primas del seguro de vida a cualquier Asegurado que sufra una incapacidad total y permanente hasta el cumplimiento de los Sesenta (60) años de edad, manteniendo su Seguro de vida vigente durante el tiempo que dure dicha incapacidad, sujeto a las condiciones que apliquen para este beneficio en el contrato de Póliza.
6. **PRIVILEGIO DE CONVERSION PARA EL SEGURO DE VIDA**  
Si el Seguro de Vida de un Asegurado bajo esta Póliza Colectiva termina, el Asegurado tendrá derecho a convertir todo o parte de su beneficio de Vida Básico, sin tener que presentar Prueba de Asegurabilidad, sujeto a las condiciones que apliquen para este beneficio en el contrato de Póliza.
7. **BENEFICIO ADICIONAL DE RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE (ITP)**  
La Compañía pagará al asegurado que sufra una incapacidad total y permanente, una renta por dicha incapacidad hasta el cumplimiento de los Sesenta (60) años de edad y que la incapacidad continúe ininterrumpidamente desde la fecha de terminación del empleo hasta la fecha de la muerte, sujeto a las condiciones que apliquen para este beneficio en el contrato de Póliza.
8. **GASTOS FUNERARIOS O GASTOS DE SEPELIO**  
Esta suma se pagará al recibir el original del Certificado de Defunción, en adición al Seguro de Vida se incluye la cantidad correspondiente al Beneficio de Sepelio, el cual se pagará a los Beneficiarios designados tan pronto se obtenga la notificación escrita del fallecimiento del Asegurado, acompañada del acta de defunción original, para que éste lo entregue a los parientes más cercanos del Asegurado fallecido.

## 10) CONDICIONES GENERALES APLICABLES AL SEGURO DE VIDA, MUERTE Y DESMEMBRACION ACCIDENTAL:

1. **CAMBIO EN LAS COBERTURAS DE SEGURO Y CAMBIO DE CLASIFICACION:**  
Cualquier cambio en la cobertura del Seguro de un Asegurado será efectivo en la fecha en que el cambio se produzca y siempre que el Asegurado sea miembro del Grupo Asegurado continua y permanente y cumpla con las contribuciones correspondientes, sujeto a las condiciones del contrato de Póliza.
2. **INDISPUTABILIDAD EN EL SEGURO DE VIDA:** La validez de esta Póliza de Seguro Colectivo de Vida no será disputada, excepto por la falta de pago de primas, después de que haya estado en vigor por dos (2) años a partir de la fecha de su emisión, sujeto a las condiciones del contrato de Póliza.
3. **AVISO Y PRUEBA DE MUERTE Y DESMEMBRACION:** La notificación por escrito del fallecimiento o pérdida del Asegurado debe ser presentada a la Compañía, dentro de los noventa (90) días después de la fecha de su fallecimiento, sujeto a las condiciones del contrato de Póliza.
4. **REQUISITOS PARA PRESENTAR RECLAMOS DE VIDA**
  - » Certificado de defunción original
  - » Copia del documento de identificación del asegurado fallecido y beneficiarios
  - » Partida de nacimiento de asegurado fallecido y beneficiarios
  - » Formulario de reclamación de muerte debidamente completado
  - » Certificado de Autopsia para muerte SÚBITA, violenta o por accidente.
  - » Certificación de la funeraria en la cual se haga constar el nombre del fallecido y la fecha en que los restos fueron sepultados.

En adición a los documentos básico se deberá presentar:  
Cualquier documento adicional dependiente del tipo de fallecimiento notificado y ocurrido que serán parte del respaldo para el pago de siniestro que la Compañía notifique en el aviso de fallecimiento por su origen.
5. **DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS:** El Seguro de Vida será pagadero a los beneficiarios designados por el Asegurado. El Asegurado puede cambiar de beneficiario en cualquier momento, sujeto a las condiciones del contrato de Póliza.

## 11) BENEFICIO DE MUERTE, DESMEMBRACIÓN Y PÉRDIDA DE LA VISTA ACCIDENTALMENTE (MyDA) - Aplicable al Asegurado

**TABLA DE INDEMNIZACIONES**

AL SUFRIR LA PÉRDIDA DE:		PORCENTAJE DE SUMA ASEGURADA
Muerte Accidental		100%
Pérdida de ambos brazos o de ambas manos		100%
Pérdida de ambas piernas o de ambos pies		100%
Pérdida de un brazo, de una mano junto con la de una pierna o un pie		100%
Pérdida de un brazo o de una mano, o de una pierna o de un pie junto con la ceguera irreparable de un ojo		100%
Ceguera irreparable de ambos ojos		100%
Parálisis total y permanente que impida desempeño de su ocupación normal		100%
Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permita al asegurado NINGÚN trabajo u ocupación por el resto de su vida		100%
Pérdida del brazo derecho arriba del codo		65%
Pérdida de la mano derecha		60%
Pérdida del brazo izquierdo arriba del codo		53%
Pérdida de la mano izquierda		48%
Pérdida de una pierna arriba de la rodilla		65%
Pérdida de un pie		40%
Pérdida de la vista de un ojo		50%
Pérdida total e irreparable del habla		50%
Sordera total e incurable de los oídos		50%
Pérdida de las dos falanges del dedo pulgar:	a) de la mano derecha	18%
	b) de la mano izquierda	12%
Pérdida de las tres falanges del dedo índice:	a) de la mano derecha	12%
	b) de la mano izquierda	8%
Pérdida total de cualquier otro dedo de las manos		6%
Pérdida total del dedo gordo del pie		8%
Pérdida total de cualquier otro dedo del pie		4%

En lo que respecta a las manos y a los pies, la palabra pérdida implica desmembración causada por separación ya arriba, o en la articulación de la muñeca o del tobillo, respectivamente. Con relación a los ojos, la palabra pérdida implica la pérdida total o irreparable de la vista. No se pagará más de la cantidad total del seguro por todas las pérdidas que sufra el asegurado a consecuencia de ALGÚN accidente.

## 12) EXCLUSIONES DE MYDA:

No se pagará beneficio alguno dentro de cobertura de muerte accidental por cualquier pérdida causada directa o indirectamente, parcial o totalmente por:

1. Homicidio o tentativa de homicidio, o por lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas.
2. Suicidio o tentativa de suicidio, o lesión asekada a si mismo intencionalmente, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
3. Insurrección o guerra declarada o no, guerra civil, revolución, cualquiera acción atribuible a estas, cualquiera otra clase de desorden PÚBLICO o laboral, paros y huelgas.
4. Cualquier acto de terrorismo, invasión, sedición, bombardeos, usurpación de poder.
5. Participación en ALGÚN tumulto, motín, cometer ALGÚN asalto, delito o felonía, asesinato, atentado, infracción o cualquier intento de violación de la ley o resistencia al arresto, allanamientos, destrucción de morada.
6. Conducir, viajar, abordar o descender de cualquier clase de aeronave si el Asegurado es piloto, oficial o tripulante de tal aeronave o da o recibe clases de entrenamiento o instrucción o desempeña ALGÚN trabajo a bordo de tal aeronave, o que requiera el desembarque de ésta.
7. Tratar de abordar o descender de, o a consecuencia de ello, o por encontrarse en naves aéreas de combate o de guerra o de entrenamiento militar o policial, o de reconocimiento, o en aviones militares o de policía de cualquier tipo asignado a misiones de combate, socorro, o emergencia catastrófica; o por encontrarse en una nave aérea que está siendo usada en vuelos de fumigación, o durante vuelos de carácter deportivo o acrobático o de aplicaciones publicitarias o de exploración o de investigación meteorológica.
8. A consecuencia de Enfermedad física o mental, o debido a ALGÚN tratamiento médico o quirúrgico o a diagnóstico de éstos.
9. Infección de ptomaínas o de bacterias (excepto solamente de infección piógena que ocurra simultáneamente de una cortada o herida accidental visible).
10. Tomar veneno o causarse asfíxia por inhalar gases yase voluntario o involuntariamente.
11. Lesiones sufridas al participar en competencias de velocidad en cualquiera clase de vehículos o cuando practica motociclismo, buceo, montañismo o paracaidismo o cualquier otro deporte extremo.
12. Accidentes ocasionados como consecuencia de que el asegurado sufra ataques cardiacos o epilépticos, síncope; y los accidentes que se produzcan en estado legal de embriaguez bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente.
13. Accidentes ocurridos en periodos durante el cual el asegurado esté prestando servicio en la fuerza policial, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o participación en grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.
14. Daños o muerte causada por armas de fuego, armas corto punzantes, artefactos explosivos y/o incendiarios, cualesquiera sean las circunstancias en que ocurran.
15. Daños o muertes por iatrogenia medica en casos de tratamientos quirúrgicos o médicos los cuales se demuestren negligencia e impericia por parte de médicos tratantes.

## 13) CUADRO DE COBERTURAS DE GASTOS MÉDICOS:

Beneficios aplicables al asegurado principal y sus dependientes

BENEFICIOS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3 - Cambios
Delimitación Geográfica	MUNDIAL	C. A.	C. A. SIN MATERNIDAD
<b>Favor indicar con una X el plan seleccionado:</b>			
Máximo Vitalicio	Q3,000,000.00	Q2,000,000.00	Q850,000.00
Reducción del Máximo Vitalicio al cumplimiento de los 65 años de edad	Q1,500,000.00	Q1,000,000.00	Q425,000.00
Máximo vitalicio para SIDA	Q750,000.00	Q500,000.00	Q212,500.00
Deducible por año calendario Dentro de C. A.	Q1,400.00	Q1,200.00	Q800.00
Deducible por incapacidad Fuera de C. A.	US\$1,400.00	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO
Máximo Deducible por Familia	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO
Máximo Deducible por Accidente Familiar	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO
Traslado del Deducible	Incluido	Incluido	Incluido

Co-Pago y/o Coaseguro a) Dentro de C. A.			
a.1 Fuera de la Red de Proveedores	20%	20%	20%
a.2 Dentro de la Red de Proveedores	Aplicará SEGÚN condiciones de Red de Proveedores vigentes	Aplicará SEGÚN condiciones de Red de Proveedores vigentes	Aplicará SEGÚN condiciones de Red de Proveedores vigentes
b) Fuera de C. A.	25%	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO
Límite de Coaseguro a) dentro de C. A.	Q50,000.00	Q50,000.00	Q50,000.00
b) Fuera de C. A.	US\$ 20,000.00	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO
Porcentaje de reembolso a) dentro de C. A.	80%	80%	80%
b) Fuera de C. A. (Aplica únicamente dentro de la Red Paligmed)	75%	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO
c) Casos no Pre-autorizados (fuera de C. A.)	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO
<b>Hospitalización:</b>			
Cuarto y Alimentos – Máximo diario a) dentro de C. A.	Q1,000.00	Q.800.00	Q750.00
b) Fuera de C. A.	US\$300.00	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO
Unidad de Cuidados Intensivos – Máximo diario a) dentro de C. A.	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
b) Fuera de C. A.	US\$1,000.00	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO
<b>Gastos Hospitalarios</b>			
Honorarios Médicos por Consulta	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
Honorarios Quirúrgicos - unidad de valor relativo	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
Honorarios Anestesiista - unidad de valor relativo	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
<b>Urgencias:</b>			
Por accidente	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
Por enfermedad	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
<b>Gastos dentales:</b>			
Servicios dentales por lesión accidental	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
Extracción de las terceras molares impactadas	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
<b>Maternidad: Cubre a Aseguradas (solteras, casadas y cónyuges)</b>			
Período de espera Madre casada	10 meses	10 meses	NO CUBIERTO
Período de espera Madre soltera	10 meses	10 meses	NO CUBIERTO
Maternidad y Complicación del Embarazo	Q20,000.00	Q15,000.00	NO CUBIERTO
<b>Gastos por atención del Recién Nacido:</b>			
Cobertura para gastos de cada Recién Nacido sano	Q3,000.00	Q3,000.00	NO CUBIERTO
Cobertura para complicaciones de cada Recién Nacido - Máximo Vitalicio	Q60,000.00	Q60,000.00	NO CUBIERTO
Control niño sano y vacunas hasta cumplir los cinco años de edad - límite año calendario	Q.5,000.00	Q.5,000.00	Q.2,500.00
<b>Cobertura para Condiciones Congénitas:</b>			
a. Diagnosticadas antes de la vigencia de la póliza	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO
b. Diagnosticadas después de la vigencia de la póliza - Máximo Vitalicio	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO
<b>Ambulancia:</b>			
Ambulancia Terrestre:	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
Ambulancia Aérea máximo por evento: a) en C.A.	Q.85,000.00	Q.85,000.00	Q.40,000.00
b) fuera de C.A.	US\$15,000.00	NO CUBIERTO	NO CUBIERTO

<b>Imágenes, laboratorios, equipo y otros:</b>			
Diagnóstico por Imágenes:	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
Exámenes de Laboratorio Clínico, Estudios de Gabinete y de Patología para Diagnóstico:	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
Equipo médico duradero:	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
Procedimientos, medicamentos y equipo médico de alta tecnología:	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
Prótesis:	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
Cuidados en el Hogar: máximo 30 días al año	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
Drogas o medicamentos:	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
Cobertura por trastornos mentales - Hospitalaria	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
Cobertura por trastornos mentales - Ambulatoria	Q250 al 50% (Máximo 20 consultas al año).	Q250 al 50% (Máximo 20 consultas al año).	Q250 al 50% (Máximo 20 consultas al año).
Trasplantes de órganos	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
Cobertura gratis para Dependientes por un año en caso de fallecimiento del asegurado principal	CUBIERTO	CUBIERTO	CUBIERTO
Botas Ortopédicas - máx. 2 pares al año	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA	CUBIERTO - URA
Tratamiento de Alergias - Máximo Año Calendario	Q.2,500.00	Q.2,500.00	Q.2,500.00
Apnea del Sueño	Q15,000.00	Q15,000.00	Q15,000.00
Periodo de espera - Condiciones Preexistentes	12 meses	12 meses	12 meses

<b>BENEFICIOS</b>	<b>PLAN 1</b>	<b>PLAN 2</b>	<b>PLAN 3</b>
Edad Máxima Ingreso Titular	64 años	64 años	64 años
Edad Máxima Ingreso Cónyuge	64 años	64 años	64 años
Edad Máxima Ingreso Hijos Dependientes	24 años	24 años	24 años
Elegibilidad Recién Nacidos	A partir del día 10	A partir del día 10	A partir del día 10
Edad Terminación Titular	Al cumplir 75 años	Al cumplir 75 años	Al cumplir 75 años
Edad Terminación Cónyuge	Al cumplir 75 años	Al cumplir 75 años	Al cumplir 75 años
Edad Terminación Hijos Dependientes	Al cumplir 25 años	Al cumplir 25 años	Al cumplir 25 años

#### 14) TARIFAS APLICADAS AL PRIMER AÑO DE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

Según tarifas vigentes del Producto Minimed al momento de la firma de esta solicitud.



## 15) BENEFICIOS DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS:

Sujeto a las estipulaciones contenidas en la Póliza y en el Cuadro de Coberturas, la cobertura de los Gastos Médicos incluye lo siguiente:

1. Acceso a la Red de Proveedores que otorga facilidades de cobertura de servicios hospitalarios o ambulatorios, bajo condiciones previamente negociadas con el contratante.
2. Gastos por hospitalización, que incluyen los siguientes rubros:
  - a. cuarto y alimentos
  - b. unidad de cuidados intensivos
  - c. gastos hospitalarios
3. Servicio por atención en el cuarto de urgencia, sean estas urgencias por accidente y/o urgencias por enfermedad.
4. Beneficios de maternidad y complicación del embarazo.
5. Gastos por atención del recién nacido.
6. Honorarios médicos, los cuales incluyen: honorarios médicos por consulta y/o honorarios quirúrgicos
7. Servicio de ambulancia terrestre o aérea.
8. Diagnóstico por imágenes.
9. Exámenes de laboratorio clínicos y de patología para diagnóstico y estudios de gabinete.
10. Equipo médico duradero.
11. Prótesis.
12. Drogas o medicamentos.
13. Terapia y rehabilitación física.
14. Cobertura por trastornos mentales.
15. Cobertura para trasplantes de órganos.

## 16) EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS:

La Compañía no pagará beneficios por NINGÚN gasto, cargos o costos por servicios o suministros médicos causados por o que se deban a, o que resulten de:

### CONDICIONES NO CUBIERTAS GENERALES:

1. Complicaciones, secuelas, enfermedades o lesiones que resulten a consecuencia de enfermedades, tratamientos o intervenciones quirúrgicas originadas de condiciones no cubiertas o que fueron excluidas bajo esta póliza por no ser elegibles.
2. Gastos incurridos por una enfermedad, lesión, tratamiento, atención o servicio médico mientras la cobertura del Asegurado no se encuentre vigente o posteriores a la fecha de terminación de esta póliza, aun cuando la incapacidad se inició durante la vigencia de la misma.
3. Cualquier reclamo en donde se compruebe que el Asegurado omitió información o hizo declaraciones, incompletas o inexactas en aquellos casos en donde hubiese sido requerida la presentación de una prueba de asegurabilidad para dar cobertura al Asegurado de conformidad con los términos de la presente Póliza.
4. Cualquier servicio o atención médica para tratar condiciones preexistentes sus complicaciones o secuelas, durante los primeros doce (12) meses de vigencia continua de la cobertura del Asegurado en la Póliza, o los que se determine en el Cuadro de Coberturas de la póliza.
5. Los tratamientos de alcoholismo, toxicomanía o adicciones a drogas, narcóticas o alucinógenas, así como las secuelas y complicaciones derivadas del uso de éstos tóxicos.
6. Aquellos servicios médicos suministrados en un hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno central o municipal o El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, u otros en los que al Asegurado no se le exija pagar o cuando un tercero esté obligado a cubrir en beneficio del asegurado por razón de la existencia de un contrato o por responsabilidad civil extracontractual. Esto incluye también aquellos costos médicos relacionados con cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento, epidemias y pandemias oficialmente declaradas por el Ministerio de Salud o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente, en los cuales la autoridad haya decretado u ordenado que se deba tratar en un centro específico de tratamiento controlado por el organismo de salud designado.
7. Gastos médicos incurridos en cualquier país que se encuentra bajo embargo económico autorizado y reconocido por una organización de gobierno mundial o por el gobierno de los Estados Unidos, cuya lista de los países que se clasifican en esta categoría están a disposición en el sitio de internet: [www.pmdtc.state.gov/embargoed\\_countries/](http://www.pmdtc.state.gov/embargoed_countries/).
8. Gastos ocasionados por enfermedades mentales, trastornos nerviosos funcionales, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, desórdenes de conducta y aprendizaje, trastornos del sueño, alopecia genética, senil, nerviosa o idiopática, síndrome atencional, trastornos del aprendizaje, hiperkinesis o hiperactivismo, terapia de lenguaje, cualesquiera que fuesen sus causas o manifestaciones clínicas, o bien condiciones de tipo psicológico, psíquico o psiquiátrico a excepción de lo mencionado en las Condiciones Generales y el Cuadro de Coberturas de esta Póliza.
9. Gastos por tratamientos de podiatría y otros aparatos de soporte para los pies, cuidado o tratamiento por pies planos, inestabilidad o desbalance de los pies; callos callosidades o uñas enterradas, excepto aquellas que demuestren carácter infeccioso viral, bacteriano o micótico.
10. Tratamientos relacionados al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), con excepción de los casos cubiertos en el Cuadro de Coberturas.
11. Gastos por atención suministrada o servicios proporcionados por médicos y enfermeras tituladas que sean parientes del Asegurado hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad o por cualquier otro que conviva con la persona asegurada.
12. Gastos en exceso sobre los cargos usuales, razonables y acostumbrados, ni cargos en excesos a las tarifas negociadas con los proveedores de la red de la Compañía si la persona utiliza un proveedor de la red. Tampoco se cubrirán los gastos incurridos mientras el paciente se queda hospitalizado por más días de los aprobados en la Pre-Certificación Médica, siempre y cuando no sea medicamente necesario y se presente los respaldos documentales respectivos; así como gastos que sean por observación o por admisiones previo a una cirugía programada que no sean medicamente necesarios.
13. Gastos por estudios, tratamiento o drogas relacionadas a deficiencia por la hormona de crecimiento, y cualquier tratamiento y/o procedimiento para corregir tallas de estaturas bajas y sus consecuencias.

14. Servicios o suministros de uso COMÚN en una casa, tales como: bicicletas estacionarias, purificadores de aire y agua, acondicionadores de aire, equipo para la presión arterial, camas ortopédicas, colchones y almohadas antialérgicas y ortopédicas, bastones, muletas, equipo para inhaloterapias, tanques y administraciones de gases medicinales o cualquier dispositivo médico móvil y/o duradero, con excepción de los cubiertos en el Cuadro de Coberturas.
15. Consultas, terapias o tratamientos por psiquiatras o psicólogos clínicos, salvo que estuviera cubierto en el Cuadro de Coberturas,
16. Gastos por internamiento para evitar la Justicia, cuando el asegurado está en conflicto con la Ley por un hecho delictivo o accidental y que no sea médicamente necesario.

**CONDICIONES NO CUBIERTAS RELACIONADAS A GASTOS PREVENTIVOS, SALUD REPRODUCTIVA Y TRATAMIENTOS NO APROBADOS POR FDA:**

17. No se cubrirán exámenes de investigación genética ni exámenes médicos de tipo preventivo, que no estén relacionados ni sean médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad con cobertura en esta póliza, o procedimientos quirúrgicos que son preventivos y de carácter estético, excepto aquellos de carácter reconstructivo directamente relacionados a un diagnóstico de malignidad.
18. Gastos correspondientes a las vacunas, con excepción de los indicados en el Cuadro de Coberturas.
19. Gastos relacionados con la andropausa o hipogonadismo, así como tratamientos hormonales salvo los casos específicamente aprobados por La Compañía, que deben llevar el dictamen favorable del especialista de segunda opinión.
20. Terminación y/o interrupción no terapéutica del embarazo y sus complicaciones inmediatas y posteriores.
21. Cuidados de custodia, mantenimiento preventivo o de rutina, curas de reposo o de convalecencia o casa de rehabilitación para cualquier condición.
22. Cualquier medicamento, tratamiento y/o procedimiento quirúrgico y su reversión, utilizados para el control de la natalidad, aunque este fuere recetado con fines terapéuticos, tales como: anticonceptivos orales, parenterales, así como, materiales o dispositivos anticonceptivos o similares y los abortivos. Se excluye cualquier secuela y/o complicación relacionada con los mismos.
23. Medicina deportiva preventiva así como cualquier prueba de diagnóstico o tratamiento de cualquier impedimento para el aprendizaje, educación para la salud, orientación matrimonial.
24. Gastos para tratamientos para la infertilidad o relacionados a la concepción por medios artificiales, incluyendo pero no limitando a implantación de embriones in vitro, transferencia de embrión, inductores de la ovulación o cualquier sustancia, terapia, tratamiento y/o similares relacionados directa o indirectamente. Tampoco se cubren los cargos relacionados a las complicaciones asociadas con estos tratamientos, y secuelas directas o indirectas, tales como: hemorragias o abortos.
25. Gastos por alimentación enteral ambulatoria no necesaria, ni médicamente justificada o que no haya sido aprobada previamente por la compañía, drogas o medicinas no recetadas; remedios, vendajes, jeringas, instrumentos o utensilios, suplementos alimenticios, multivitamínicos, minerales, jabones, bloqueadores solares, termómetros, glucómetros, cremas humectantes y otros insumos que no son propiamente gastos médicos o que no estén relacionados y sirvan expresamente para tratamiento médico del diagnóstico de una enfermedad o accidente.

26. Exámenes de ADN, genética, tamizaje (screening) o todo lo relacionado a estos procedimientos con carácter preventivo o que sirve para abrir un registro médico de un paciente, incluyendo, más no así limitándose a todo lo relacionado a la extracción, procesamiento y/o conservación de células madre.

**CONDICIONES NO CUBIERTOS POR ALTO COSTO Y EXPERIMENTALES:**

27. No se cubrirán los excedentes por gastos o servicios por procedimientos médicos de alta tecnología, de lo que se hubiera reembolsado por efectuar el procedimiento mediante un método tradicional cuando la cobertura de alta tecnología no está especificada en las Cuadro de Coberturas y que no haya sido aprobado explícitamente por la compañía a través de una pre-autorización. Dichos tratamientos deberán haber sido comprobados exitosamente en el país en donde se realicen y por médicos especialistas con más de 3 años de experiencia.
28. Tratamientos que resulten de la atención recibida utilizando herbolaria, homeopatía, holística, mesoterapia, terapia neural, acupuntura, medicina alternativa o naturista, hipnotismo, tratamientos experimentales o de investigación y cualquier otro que no esté reconocido por la práctica médica científica en el país en donde se realice el tratamiento como un procedimiento médico, así como la medicina deportiva preventiva.
29. Cualquier gasto de un procedimiento considerado como experimental o investigativo que no sea aprobado como definitivo por la Agencia de Alimentos y Drogas (FDA). Y aquellos que no tengan relación al diagnóstico para el que fue desarrollado.
30. Medicamentos de alto costo o primera generación y aquellos designados como medicamentos especializados de muy alto costo sin contar con la aprobación explícita de la Compañía.

**CONDICIONES NO CUBIERTAS POR LESIONES AUTO INFLINGIDAS Y DEPORTES DE ALTO RIESGO:**

31. Gastos por enfermedades producidas o agravadas cuando un asegurado realice actividades que atenten contra su salud, o que haga caso omiso a las recomendaciones médicas y por esta razón se produzca agravamiento o complicación de su estado de salud. Tampoco se cubrirán los gastos por enfermedades o lesiones corporales accidentales que el Asegurado sufra por participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado, o bien aquellos deportes que por su naturaleza o lugar donde se realizan implica la exposición o intensidad mayor a las normalmente presentes en actividades rutinarias, los cuales pueden causar accidentes severos o mortales.
32. Lesiones o enfermedades sufridas como consecuencia de participar en actos o actividades delictivas, riña o riña tumultuaria, guerra o acción de guerra declarada o no, rebelión, revolución, huelgas, asonadas, motín o conmoción civil, terrorismo, pandillerismo, prestar servicio en una unidad policial o militar gubernamental, así como aquellos grupos fuera de la ley.

**CONDICIONES NO CUBIERTAS POR ESTÉTICA:**

33. Aquellos de cirugía estética o cirugía reconstructiva o sus complicaciones, excepto los casos indicados en el apartado de Servicios Cubiertos numeral seis (6), Cirugía Reconstructiva de esta Póliza. La cirugía estética no se convierte en reconstructiva por razones de naturaleza psiquiátricas, psicológicas o el peso del asegurado.

34. Gastos relacionados con control dietético o control de la obesidad, control de Peso, reducción gástrica, cirugía bariátrica, consultas de nutricionista para control de peso y cualquier otro procedimiento o tratamiento de obesidad, o cualquier otro trastorno alimenticio. Tampoco se cubre NINGÚN gasto relacionado con las consecuencias, efectos posteriores y complicaciones de los tratamientos relacionados con estas condiciones no cubiertas.
35. Gastos o cargos por tratamiento de problema en la mandíbula y en los maxilares, incluyendo el Síndrome Temporomandibular, desórdenes cráneo mandibulares, cirugía ortognática y cualquier otra condición relacionada con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los MÚSCULOS, nervios y otros, tejidos en esa articulación o coyuntura, ya sea de origen estético o congénito. Cirugía maxilofacial de origen estético o congénito, incluyendo la parte odontológica.
36. Servicios o tratamientos relacionados con el cambio o modificación del género o sexo o reversión de los mismos; así como las complicaciones que se puedan derivar de este tipo de procedimientos.
37. Reducción o agrandamiento de las mamas, impotencia masculina, infertilidad (cualquiera sea su origen) sin importar el diagnóstico y cualquier consecuencia.

#### CONDICIONES NO CUBIERTAS POR TRASPLANTES:

38. No están cubiertos los gastos incurridos por servicios médicos u hospitalarios por trasplante que se origine:
  - a. Cuando un tratamiento alternativo médicamente probado por su efectividad o procedimiento igualmente disponible para el paciente no se haya tomado en consideración para tratar la condición o enfermedad que sea principalmente responsable de la realización del trasplante.
  - b. Como resultado de un procedimiento por el cual al receptor se le proporciona equipo artificial o mecánico diseñado para reemplazar un órgano humano.
  - c. Cuando el donante es de especie animal.
  - d. Cuando el asegurado se encuentre en cuidado de custodia, con ocasión de senilidad o deterioro cerebral, entre otras causas.
  - e. Cuando el trasplante se origine por un padecimiento no cubierto por esta Póliza.
  - f. Gastos incurridos por la compra de un órgano. De igual forma quedarán excluidos los gastos de extracciones y utilización de células madre en el recién nacido o de otra fuente humana o animal.

#### 17) OBSERVACIONES:

- a) Se excluyen Gastos médicos incurridos en el extranjero por procedimientos médicos programados o electivos cuando estos sean incurridos con Proveedores Médicos que no estén vigentes en la Red de Proveedores para esta Póliza al momento de ocurrencia del evento. Se EXCEPTÚAN los casos de los gastos médicos incurridos por Emergencia Médica según se define en esta Póliza, siempre y cuando la Emergencia Médica hubiere incurrido estando el individuo Asegurado en el extranjero.
- b) Para esta póliza se entenderá por delimitación geográfica que tendrá la póliza en cuanto a la cobertura que la misma otorga. Por consiguiente, se entenderá por cobertura centroamericana (C.A.) la cobertura delimitada o circunscrita a Guatemala, Belice, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Panamá; adicionalmente la cobertura también incluye a la REPÚBLICA de Colombia; se entenderá por cobertura mundial la cobertura en cualquier parte del mundo; y se entenderá por cobertura local solo cobertura en Guatemala.

- g. Tampoco se cubrirá la investigación, exámenes, estudios de donantes potenciales a menos que hayan sido pre-autorizados y hasta lo establecido en el Cuadro de Coberturas para Gastos Incurridos por Donante de órganos.

#### CONDICIONES NO CUBIERTAS RELACIONADAS A PRÓTESIS, ÓRTESIS Y/O IMPLANTES:

39. No se cubrirán gastos por prótesis externas o implantes de cualquier tipo (Auditivos, dentales, de seno o GLÚTEOS entre otros), así como gastos por reposición de prótesis u órtesis fijas o removibles.
40. Gastos relacionados al diagnóstico, tratamiento y corrección de la refracción visual, incluyendo pero no limitándose a la Queratotomía, Queratoplastia, Queratomeulosis, y Exímer Láser por miopía, astigmatismo, hipermetropía, queratocono y presbicia. Así mismo los relacionados a la habilitación de lentes o de audífonos o cualquier otro tratamiento innovador para corregir defectos de la visión y/o audición, incluyendo prótesis externas o implantables del oído.
41. Tratamientos dentales y de las encías, excepto los originados por causas accidentales que ocasionan pérdida de dientes naturales y dislocación o fractura de mandíbula, mientras la persona se encuentre asegurada, y que las lesiones sean diagnosticadas y/o el tratamiento se inicie dentro de los seis (6) meses después de tal accidente, por un cirujano dentista autorizado para ejercer su profesión así:
  - a. Tratamiento dental de lesiones sufridas, incluyendo el reemplazo de los dientes naturales; y
  - b. Colocación en su lugar de la mandíbula fracturada.
 No se cubrirán en ninguna situación gastos derivados de la colocación de prótesis implantables o removibles.

#### CONDICIONES NO CUBIERTAS POR COMPLICACIONES Y/O SECUELAS:

42. Tampoco se cubren los cargos relacionados a las complicaciones y/o secuelas directas o indirectas asociadas con los procedimientos o tratamientos de cualquiera de las exclusiones anteriormente relacionadas.

- c) Toda la información y documentación relacionada con la presente Póliza podrá ser suministrada por el Contratante a la Compañía de forma física o digital/electrónica con la finalidad de administrar el seguro de forma eficiente y adecuada. Dicha información y documentación incluye toda la información relacionada a los Asegurados incluidos en la póliza, cambios en las cantidades del seguro, adiciones, terminaciones del seguro, cambios de clasificación, consentimientos (Tarjetas de Enrolamiento), adición de dependientes, cambios de beneficiarios de los Asegurados y demás documentación que requiera la Compañía para evaluar la asegurabilidad de los propuestos Asegurados. En los casos donde la información y documentación sea suministrada de forma digital/electrónica, el Contratante, por medio de la(s) persona(s) designadas por éste, enviará la información a la Compañía por los medios digitales disponibles, para lo cual el Contratante reconoce que es su responsabilidad la validez y veracidad de dicha información y documentación, la cual tendrá los mismos efectos como si la misma hubiera sido enviada de forma física. Asimismo, el Contratante expresamente consiente y autoriza a la Compañía para que toda la documentación e información relacionada con la Póliza sea administrada y entregada por medio de su intermediario de seguros, por lo que toda la documentación e información, física o electrónica/digital, que se reciba y envíe a través de éste tercero será considerada como válida y correcta. Si la Solicitud de Seguro es aprobada, solicito que la Póliza, y toda la documentación relacionada con ésta, sea enviada vía electrónica al correo señalado en la Solicitud de Seguro.

## 18) GENERALIDADES:

¿Es este seguro solicitado en adición a ALGÚN seguro semejante actualmente en vigor con otra Compañía cubriendo a empleados elegibles bajo este seguro?

SI  NO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_

PERIODO QUE CUBRE PAGO DE PRIMAS: \_\_\_\_\_

¿Es este seguro solicitado para reemplazar ALGÚN seguro semejante actualmente o previamente en vigor durante el año pasado, con otra compañía cubriendo empleados elegibles para este seguro?  SI  NO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_

PERIODO QUE CUBRE PAGO DE PRIMAS: \_\_\_\_\_

QUEDA ACEPTADO DE CONFORMIDAD QUE toda la información administrativa necesaria concerniente a todos los asegurados estarán sujetos a las estipulaciones de las(s) póliza(s) y deberá ser suministrada a la Compañía de Seguros por el patrono o Contratante, y que esta solicitud formará parte del Contrato que será emitido por la Compañía y que todas las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

Queda entendido y Convenido que **Pan-American Life Insurance de Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.** se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Fechado en Guatemala el: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre del Contratante

Correo electrónico del Contratante:  
(Para envío del Contrato Póliza)

### Firma y Sello del Representante Legal:

\_\_\_\_\_  
*-(Firma del Representante Legal)-*

\_\_\_\_\_  
Sello

### Firma y Sello del Testigo:

\_\_\_\_\_  
*-(Firma del Agente / Corredor de Seguros)-*

\_\_\_\_\_  
Sello

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1256-2018 del 30 de julio del 2018, Registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.