



SEGURO DE VIDA: El suicidio se excluye durante los primeros dos años de vigencia de la póliza.

GASTOS MÉDICOS ELEGIBLES: Gastos médicos que tienen cobertura por enfermedad y/o accidente originado después del inicio de vigencia del seguro y de acuerdo con las condiciones generales de la póliza; tomar en cuenta los períodos de carencia y de espera definidos para algunas condiciones médicas.

DEDUCIBLE: Monto establecido en el cuadro de beneficios de la póliza y que se descuenta en forma anual de los gastos presentados por medio de reembolso convencional. Aplica para cada uno de los miembros asegurados, hasta el máximo establecido como deducible familiar.

REEMBOLSO CONVENCIONAL: Puede utilizar el proveedor médico de su elección, paga todos los gastos y presentar posteriormente el reclamo a la Compañía, incluyendo formulario de reclamo, recetas, órdenes médicas y facturas, para el análisis y reintegro de gastos que sean elegibles; la Aseguradora efectuará la liquidación, aplicando condiciones de póliza y beneficios establecidos, así como también, descuentos de: IVA, deducible, participación del asegurado y timbres fiscales.

PAGO DIRECTO: Mediante el uso de proveedores afiliados a la red, cuya utilización es opcional y requiere **previa autorización de la Aseguradora;** el Asegurado puede optar a servicios en red, y pagar únicamente el copago o porcentaje que corresponde a su participación y que están establecidos según el proveedor seleccionado. Los proveedores coordinarán directamente con la Compañía el cobro del saldo pendiente, evitando así al asegurado trámites adicionales para reembolso de reclamos.

En casos en los que no se pueda obtener la información médica necesaria para establecer cobertura previa a la autorización, la cobertura e indemnización deberá ser manejada por medio de reembolso convencional.

EMERGENCIAS: En caso de emergencia puede acudir directamente a un proveedor afiliado; se consideran emergencia únicamente los siguientes casos:

- Accidentes
- Convulsiones
- Hemorragias
- Crisis súbitas de los sistemas circulatorio, respiratorio, gastrointestinal o urológico
- Deshidratación severa, intoxicación severa
- Pérdida del conocimiento
- Reacciones alérgicas en estado severo

MATERNIDAD: Todos los gastos relacionados con embarazo estarán cubiertos hasta el límite especificado en el cuadro de beneficios, siempre que el embarazo concluya después del período de espera establecido también en el cuadro de beneficios. Tienen derecho a la cobertura de maternidad únicamente las aseguradas titulares y dependientes cónyuges femeninos no así dependientes hijas.

En planes hospitalarios, la cobertura aplica si la asegurada Titular tiene incluido a su cónyuge o si es dependiente cónyuge; ambos deben cumplir con el período de espera establecido en el cuadro de beneficios.

CONTROL DE NIÑO SANO: Cubre gastos incurridos por control pediátrico mensual durante el primer año con sus respectivas vacunas. Los refuerzos se cubren hasta el cumplimiento de los 5 años.

Las vacunas cubiertas son las indicadas en la cartilla pediátrica, están afectas a deducible y su respectiva participación; se paga hasta el máximo establecido. El período de espera se encuentra establecido en el cuadro de beneficios de acuerdo con el plan.

PERIODO DE CARENCIA: Durante los primeros sesenta (60) días calendario contados a partir de la fecha de inicio de vigencia, se cubrirán solamente accidentes y enfermedades infecciosas agudas.

DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIGENCIA: Se excluyen todos los gastos incurridos para el estudio y/o el 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, enfermedades

de las mamas, columna vertebral, cáncer, gastritis, reflujo gastroesofágico, hemorroides, enfermedades linfáticas y autoinmunes, así como procedimientos de corrección quirúrgica de hernias inguinales, abdominales, cistocele y rectocele.

CONDICIÓN PREEXISTENTE:

- Una condición de salud que fue diagnosticada por un Médico antes de la Fecha de Inicio de Vigencia de la póliza o su rehabilitación; o
- Una condición de salud por la cual se consultó a un Médico y se recomendó o se recibió tratamiento médico antes de la Fecha de Inicio de Cobertura de la póliza o de su rehabilitación; o
- Los síntomas manifestados antes de la Fecha De Inicio de Cobertura o su rehabilitación indicada en la Carátula de la Póliza que le hubieran permitido a una persona entrenada en medicina hacer un diagnóstico de la condición que produjo los síntomas.
- Una condición de salud, que como síntoma o signo que se haya presentado a un Médico antes de la Fecha de Inicio de Cobertura o su rehabilitación, que pudiera resultar en el diagnóstico de una Enfermedad o trastorno en forma concreta.
- Los gastos de embarazo incluyendo, antes y después del nacimiento, complicaciones tanto para la madre como para el recién nacido dentro de los doce (12) meses desde la Fecha De Inicio de Cobertura o su rehabilitación indicada en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza por este beneficio.
- Síntomas que causarían que una persona normalmente prudente asista a un médico para diagnóstico, tratamiento o cuidado

PAGO DE PRIMA: Para el uso del pago directo o reintegro de reclamos, el pago de prima mensual debe estar al día.

TARIFAS Y RENOVACIÓN: La renovación de la póliza es anual e individualizada, por lo que, al concluir el año de vigencia, se procederá con la revisión y notificación de nuevas tarifas, las que pueden modificarse por cambio de edad y tomando en cuenta la siniestralidad presentada durante el año.

PLAN DENTAL: La utilización del beneficio dental, aplica exclusivamente por medio de pago directo, coordinando los servicios llamando al PBX 1757. Gastos incurridos fuera de la red no pueden ser presentados para reembolso.

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

HONORARIOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS: El beneficio máximo para honorarios quirúrgicos se establecerá de acuerdo con la tabla de Valores Relativos de California, o de acuerdo con lo pactado según el tipo de hospital.

PÓLIZA: Entiendo que esta constancia es con fin informativo y abarca puntos de importancia y que debo tomar en cuenta sobre la cobertura contratada y su alcance, de ser aceptada mi solicitud, es importante la lectura atenta y detenida de las Condiciones Generales, definiciones y cuadro de beneficios que me será entregada al entrar en vigor mi seguro.

Por este medio confirmo que se me ha explicado el Plan de Seguro MediFlex de ASEGURADORA GENERAL, S.A. y estoy enterado de los puntos anteriormente expuesto en cuanto a la utilización, períodos de espera y elegibilidad de la cobertura del seguro:

DPI, Nombre y firma del SOLICITANTE

Código, nombre y firma del AGENTE

Lugar y Fecha