

Por este medio hago constar que se me ha explicado el plan de seguro médico "PSM internacional" de Aseguradora General, S.A. y quedé enterado de los siguientes puntos:

SEGURO DE VIDA: Este seguro puede cubrir al asegurado titular y al cónyuge, dependiente hijos. No tienen seguro de vida. Este seguro de vida ofrece las siguientes coberturas:

1. Suma básica de muerte por cualquier causa.
2. Seguro de accidentes, pago de una suma igual a la básica en caso de fallecimiento por accidente.
3. Desmembración: pago de un porcentaje de la suma asegurada en vida por la pérdida de miembros del cuerpo como se describe en el contrato.
4. Enfermedades graves: pago en vida de la suma asegurada contratada en caso sea diagnosticada una enfermedad grave cubierta por este beneficio.

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

DEDUCIBLE: El "deducible" es la cantidad mínima inicial, que se indica en el cuadro de beneficios, la cual se resta de los gastos médicos elegibles, que sean incurridos por cada individuo asegurado, y este se aplica de acuerdo a las siguientes condiciones:

- a. Cuando los gastos son incurridos dentro o fuera del área centroamericana, el deducible se aplicará por persona y por "año calendario".
- b. Los deducibles que se apliquen por gastos incurridos dentro del área centroamericana son diferentes a los que se apliquen por gastos incurridos fuera del área centroamericana y no podrán combinarse entre sí.

REEMBOLSO: Usted puede utilizar el seguro de dos maneras:

- a. **Pago directo:** cada vez que usted necesite usar el seguro, deberá seguir el siguiente procedimiento para pago directo:
Acudir al médico de la red que reciba los cupones de atención médica, solamente ellos son los autorizados a extender recetas de medicamentos, órdenes de laboratorio, exámenes especiales de diagnóstico y solicitud de hospitalización en RPN (red de proveedores negociados); Si el médico no es afiliado a RPN no puede utilizar pago directo.

Para trámite de autorización en el caso de compra de medicamentos, hospitalizaciones y procedimientos especiales de pruebas diagnósticas y exámenes de laboratorio, deberá enviar vía correo electrónico: la receta de medicamentos, solicitud de hospitalización, solicitud de exámenes especiales, exámenes de radiología o laboratorio RPN al correo electrónico autorizacionesgm@aseguradorageneral.com y por la misma vía le será enviada su autorización (colocar el dato del número o correo electrónico al que desea le sea enviada la autorización). Debe presentarse al hospital, farmacia, centro de diagnóstico o laboratorio afiliado a RPN con el formulario original que corresponda, autorización y carné de identificación RPN.

Utilizando proveedores afiliados a RPN y siguiendo los trámites para autorización definidos, usted solamente pagará el porcentaje de coaseguro y copago que corresponda de acuerdo al cuadro de beneficios del plan contratado más los gastos no elegibles.

- b. **Reembolso convencional:** Si usted NO utiliza los servicios definidos en opción de pago directo entonces deberá pagar el 100% de sus gastos y presentar las facturas ORIGINALES con un formulario específico que se le entrega junto a su póliza. En este caso la aseguradora le reembolsará el porcentaje que corresponda de acuerdo al cuadro de beneficios del plan contratado de los gastos elegibles, menos el deducible y los timbres de ley.

EMERGENCIAS: En caso de emergencia deberá utilizar el hospital afiliado a RPN más cercano SIN necesidad de pedir autorización, presentar su carné de RPN al 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 la autorización y poder utilizar 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, siempre y cuando este embarazo concluya después de 12 meses continuos de cobertura. Esto significa que no pueden ingresar al seguro mujeres embarazadas y que los embarazos que inicien después de asegurarse, deberán concluir después de los doce meses del período de espera. La cobertura de maternidad es exclusivamente para aseguradas titulares o cónyuges femeninos, NO así hijas dependientes.

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 6 años de edad. Las vacunas cubiertas son las de la cartilla pediátrica, deben presentarse por opción de reembolso convencional y están afectas a deducible.

CUPONES DE CONSULTA EXTERNA: Estos cupones son única y exclusivamente para cubrir el valor de la consulta de un médico afiliado a RPN que acepte cupón. Usted deberá seleccionar un médico afiliado, solicitar cita y presentar su carnet de RPN al momento de su cita. En la clínica le solicitarán firmar el cupón y pagar una parte de su consulta de acuerdo a los copagos establecido en el plan de seguros.

PREEXISTENCIAS: La frase "condición preexistente" se define como: enfermedad, lesión corporal y/o síntoma presente (s) que existía (n) con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura del asegurado, bien sea la original, la de rehabilitación, o el aumento de beneficios por cambio de plan, y por el (los) cuales el asegurado:

- a. Tuvo advertencia médica o consultó a un médico, recibió tratamiento médico, servicios o suministro; se hizo o le recomendaron exámenes para diagnóstico, tomó medicinas recetadas, o
- b. 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

o el tratamiento médico o quirúrgico de las enfermedades, lesiones, secuelas o complicaciones de:

Amígdalas y/o adenoides, cometas, 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 las fechas y en la forma elegida en la solicitud. Si al terminar el período de gracia (30 días después de la fecha de pago) el asegurado no ha efectuado el pago de la prima, le serán suspendidos los servicios de red para pago directo y no se le reembolsarán reclamos que haya presentado por gastos incurridos durante dicho período, al haber transcurrido sesenta (60) días sin pago de primas, el contrato se dará por terminado, a partir de la fecha en que venció la primera prima no pagada, sin necesidad de aviso o declaración especial de la compañía. Una vez al cliente se le haya cancelado la póliza por morosidad, a excepción en casos que el cliente demuestre su falta de responsabilidad por el atraso, no se podrá ni rehabilitar, ni ingresar como asegurado nuevo.

Los cheques de pago del seguro deben ser emitidos a nombre de Aseguradora General, S.A. La Compañía no responde por pagos o depósitos que no se hagan directamente a nombre de Aseguradora General, S.A.

PÓLIZAS CANCELADAS: Si se realiza un pago de prima para una póliza que ya está cancelada por 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 su renovación año calendario. Es decir que las primas contratadas al momento de comprar el seguro se mantendrán sin variación durante el año calendario (de enero a diciembre). Si durante este período el asegurado titular, o su cónyuge cambiaran de edad, se aplicará la prima que corresponde a dicha edad hasta el momento de la renovación del seguro. Cada enero puede haber un incremento de tarifas, además del cambio de tarifa por edad, dependiendo de factores inflacionarios y la siniestralidad (igual para todos los asegurados).

PLAN DENTAL: Si contrata el plan dental, usted no podrá cancelarlo mientras la póliza principal se encuentre vigente. El máximo por Periodontología es igual a la cobertura dental total, pero este es vitalicio.

TERRITORIO CENTROAMERICANO: Para efecto de liquidación de reclamos, El "área centroamericana" está conformada por los países de: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica. Gastos incurridos en Panamá y Belice se consideran como reclamos incurridos fuera del territorio Centroamericano.

RESIDENTES: Este seguro, cubre únicamente a residentes en Guatemala, dentro del país y como excepción residiendo fuera del país hasta por un máximo de 180 días al año. Los hijos dependientes de asegurados titulares tienen cobertura fuera de Guatemala si realizan sus estudios universitarios, siempre y cuando sean menores de 23 años, sean estudiantes de tiempo completo y dependan económicamente de los padres.

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

PÓLIZA: Entiendo que esta constancia de explicación 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 contractuales de seguro, el cual me será entregado al recibir confirmación de la vigencia de mi seguro.

Nombre del asegurado

Código y nombre del agente

Firma del asegurado

Firma del agente

Lugar y fecha

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.