

3) El reemplazo de una dentadura completa o parcial cuando el mismo es requerido como resultado de un cambio estructural en la boca, siempre que:

- El reemplazo sea efectuado después de cinco (5) años de la fecha de instalación de la dentadura.
- Cualquier reemplazo no se efectuará en ningún caso si el seguro del individuo Asegurado bajo esta Cobertura no ha estado en vigor por lo menos dos (2) años.

#### Exclusiones del Beneficio Odontológico:

Los servicios que se describen a continuación no serán cubiertos bajo este beneficio:

- 1) Aquellos 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 de 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.
- 2) Aquellos cargos por servicios recibidos del departamento dental o médico o de cualquier patrono, unión, gremio, sindicato, y asociación para beneficio del empleado, administrador u organización similar o por servicios de un dentista o clínica contratados para o por cualquier organización de esta índole.
- 3) Aquellos gastos por 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 delito 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.
- 4) Aquellos cargos por servicios dentales con fines cosméticos.
- 5) Aquellos cargos por reemplazo de dientes extraídos antes de la fecha efectiva de la cobertura del Asegurado, a menos que el reemplazo reúna una de las condiciones enumeradas bajo la estipulación "Coberturas" de este Endoso.
- 6) Aquellos cargos por dentadura, coronas, incrustaciones, calzas, puentes o instrumentos o servicios para aumentar las dimensiones verticales.
- 7) Aquellos cargos por ajustes de dentaduras o puentes dentro de seis (6) meses de la instalación de una dentadura o puente.
- 8) Aquellos cargos por reemplazo o prótesis perdida o robada, o por una prótesis duplicada.
- 9) Aquellos cargos por programas o instrucciones de higiene oral, dietético o de control de placa.
- 10) Aquellos cargos por lesión o enfermedad originadas por cualquier empleo o en el curso de este o por cualquier trabajo con fines de remuneración.
- 11) Aquellos cargos por protectores bucales o atléticos.
- 12) Aquellos cargos por coronas enchapadas de porcelana o pónico sobre o para reemplazar un diente o dientes posterior a la bicúspide segunda, que excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada para coronas enchapadas de acrílico pónicos.
- 13) Aquellos cargos por dentaduras o puentes temporales que, cuando comparados con el cargo por dentadura o puente permanente, excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada por la dentadura o puente permanente.
- 14) Aquellos cargos pagaderos por el dentista en concepto de visita, a menos que el paciente no acuda.
- 5) Aquellos por implantología.
- 6) Aquellos cargos por drogas o medicinas, excepto antibióticos inevitables administrados por un dentista o doctor como resultado de tratamiento dental.

GG 1025


**1789**



- 17) Aquellos cargos por procedimientos, servicios o suministros que no llenan los requisitos aceptables establecidos en la práctica dental, incluyendo cargos por procedimientos, servicios o suministros de naturaleza experimental.
- 18) Aquellos cargos por tratamientos iniciados mientras el Asegurado no estaba cubierto bajo esta Póliza.
- 19) Aquellos cargos por tratamientos o procedimientos relacionados con ortodoncia.
- 20) Aquellos cargos que, en general, no sean considerados como "Razonables y Acostumbrados".

## F. INSTRUCTIVO DE REEMBOLSO CONVENCIONAL

Este tipo de reembolso, le permite seleccionar cualquier Médico, Hospital, Farmacia y/o Centro de Diagnóstico (Radiología y Laboratorios), usted paga el total de la cuenta y posteriormente podrá presentar a SEGUROS UNIVERSALES el reclamo correspondiente.

Para poder presentar su reclamo debe cumplir con los requisitos siguientes:

1. "Formulario De Reclamación UNISALUD"
  - a. Sección I: Por el asegurado.
  - b. Sección II: Por el Depto. de Recursos Humanos de la empresa.
  - c. Sección III: Por el Médico Tratante
2. Adjuntar las recetas, detallando el nombre del paciente, y cada uno de los medicamentos recetados, así como la duración del tratamiento y su respectiva dosis.
3. Adjuntar las órdenes de exámenes de diagnóstico (Radiología y Laboratorio) y los resultados de los mismos, en ambos debe aparecer el nombre del paciente a quien se realizaron los exámenes.
4. Adjuntar todas las facturas de los gastos incurridos por servicios de Hospitales, Médicos, Farmacias y/o Centros de Diagnóstico (Radiología y Laboratorios), las cuales deben:
  - a. Ser originales y cumplir con los requisitos legales, adjuntando fotocopia de cada documento, presentadas a nombre del asegurado titular.
  - b. Indicar el nombre del paciente asegurado que recibió el tratamiento.
  - c. En caso de ser de Farmacia, detallar uno a uno los medicamentos adquiridos.
  - d. En caso de Hospitalización, la factura debe detallar los diferentes rubros (encamamiento, laboratorio, rayos X, sala de operaciones, medicamentos, etc.) y adjuntar un desglose de cada uno de los medicamentos suministrados.
  - e. En caso de Diagnóstico incluir desglose de cada uno de los exámenes realizados.

Esta papelería será revisada por la compañía y de estar en orden, se emitirá la liquidación por los gastos elegibles, de acuerdo a las Condiciones de la Póliza contratada, sujeto a deducible, co-aseguro y timbres cuando corresponda.

Nota: Pagos de Reclamo Convencionales 10 días hábiles.

## G. INSTRUCTIVO SISTEMA DE PAGO DIRECTO

SEGUROS UNIVERSALES cuenta con la más completa Red de Hospitales, Centros de Diagnóstico (Rayos X y Laboratorio) Médicos y Farmacias afiliados a UNIRED.

Para poder utilizar los servicios de UNIRED, se le entregará una Tarjeta de Identificación con fotografía a usted y a cada uno de sus dependientes (cónyuge e hijos menores de 25 años). No olvide, presentarla siempre que requiera los servicios de cualquier proveedor afiliado.

001024


**(1789)**



## TARJETA DE IDENTIFICACIÓN - ID

- a. **Identificación Provisional**  
Documento que se entrega temporalmente para identificar al asegurado como tal, que tiene vigencia por un período establecido (de 30 a 45 días), mientras el asegurado completa toda la papelería necesaria, se requiere que completen un formato de Excel proporcionado por la compañía.
- b. **Identificación Permanente**  
Documento que se entrega para identificar al asegurado como tal, y le permite tener acceso a los servicios de UNIRED. Se entregará uno para cada miembro del grupo familiar asegurado (Titular y dependientes) si los hubiera.

Servicio en emergencia y hospitalización por emergencia aplica hospitales afiliados a UNIRED

Se considerará emergencia toda condición médica de aparición súbita o inesperada que pone en peligro la vida o bienestar físico del asegurado, que necesita una atención médica y/u hospitalaria inmediata y que haya evolucionado en un periodo no mayor a 24 horas.

Cuando se presente una situación de emergencia en la que requiere acudir al hospital, ya sea por enfermedad o accidente, debe:

1. Identificarse como asegurado de UNISALUD, desde el momento de su ingreso y presentar la Tarjeta de ID del paciente que requiere del servicio.
2. El Hospital le solicitará que llene el FORMULARIO DE RECLAMACIÓN UNISALUD\* en la Sección I y su Tarjeta de ID para iniciar el trámite de Autorización.
3. Una vez autorizada la atención por emergencia, al momento de su egreso, deberá cancelar los gastos no elegibles (T.V, teléfono, comida adicional, etc.) y su Co-pago, de acuerdo del hospital, los cuales se detallan en la cotización.

*Si la emergencia se presenta en días u horas inhábiles, el Hospital deberá notificarlo a SEGUROS UNIVERSALES el día hábil siguiente y si el asegurado egresa antes de que se pueda obtener la autorización, podrá requerirle que deje un documento en garantía, según política del hospital.*

Servicio de hospitalización programada (aplica hospitales afiliados a UniRed)

En caso de ser necesario someterse a una cirugía o a un tratamiento hospitalario, debe solicitar la autorización a SEGUROS UNIVERSALES, por lo menos 24 días antes de la fecha de ingreso al hospital, para ello debe:

1. Completar el "FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA UNISALUD" en las siguientes secciones:

Sección a llenar por el asegurado

Sección a llenar exclusivamente por la empresa contratante:

Por el Depto. de Recursos Humanos de la Empresa

Sección a llenar por el Médico

2. Enviar a SEGUROS UNIVERSALES por fax, al 2384 7401 y/o correo electrónico [segurosuniversales.com](mailto:segurosuniversales.com) los dos formularios anteriores, informe médico, resultados de todas las exámenes, así como cualquier documento o requisito que la compañía o aseguradora requiera para la validación diagnóstica del asegurado.
3. SEGUROS UNIVERSALES, revisará de acuerdo a las condiciones y beneficios de la póliza, la papelería recibida y si corresponde, emitirá una "AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA", la cual se hará llegar tanto al asegurado, como al hospital en el que se llevará a cabo el procedimiento. Al ingresar el asegurado deberá presentar la copia de su autorización y la Tarjeta de ID del paciente que recibirá tratamiento.

001023



(1789



4. Al egresar, el asegurado deberá cancelar los gastos no elegibles (TV., teléfono, comida adicional, etc.) y su Co-pago correspondiente.

*De no solicitar la Autorización para cirugía o tratamiento programado, el asegurado deberá pagar el total de los gastos y presentar el reclamo de forma convencional, para que sea liquidado por SEGUROS UNIVERSALES, de acuerdo a las condiciones particulares de la póliza, sujeto a deducible, coaseguro y timbres.*

En caso de ser necesario someterse a una cirugía o a un tratamiento hospitalario en APROFAM, debe solicitar la autorización a SEGUROS UNIVERSALES, por lo menos 2 días antes de la fecha de ingreso al hospital, para ello debe:

1. Completar el "FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA UNISALUD" en las siguientes secciones:

Sección a llenar por el asegurado  
 Sección a llenar exclusivamente por la empresa contratante: Por el Depto. de Recursos Humanos de la Empresa  
 Sección a llenar por el Médico

2. Enviar a SEGUROS UNIVERSALES por fax, al 2384 7401 y/o correo electrónico [autorizaciones@universales.com](mailto:autorizaciones@universales.com) el formulario anterior, informe médico, resultados de todos los exámenes, así como cualquier documento o requisito que la compañía aseguradora requiera para determinar el diagnóstico del asegurado.

3. Los Procedimientos Quirúrgicos serán los siguientes:

- a. AMIGDALECTOMIA
- b. APENDICECTOMIA
- c. PARTO NORMAL, ABORTO TERAPEUTICO Y CESAREA
- d. CALECISTECTOMIA VIDEO LAPAROSCOPICA
- e. EXPLORACION PELVICA
- f. HERNIOPLASTIA
- g. HISTERECTOMIA ABDOMINAL
- h. HISTERECTOMIA VAGINAL
- i. MIOMECTOMIA
- j. PROSTATECTOMIA
- k. RESECCION DE QUISTE

Estos Procedimientos están sujetos a la disponibilidad del Médico especialista y/o equipo para procedimiento específicos.

4. SEGUROS UNIVERSALES, revisará de acuerdo a las condiciones y beneficios de la póliza, la papelería recibida y si corresponde, emitirá una "AUTORIZACIÓN DE

HOSPITALIZACIÓN PROGRAMADA", la cual se hará llegar tanto al asegurado, como al hospital en el que se llevará a cabo el procedimiento. Al ingresar el asegurado deberá presentar la copia de su autorización y la Tarjeta de ID del paciente que recibirá tratamiento.

5. Al egresar, el asegurado deberá cancelar los gastos no elegibles (TV., teléfono, comida adicional, etc.) Sin Co-Pago.

*De no solicitar la Autorización para cirugía o tratamiento programado, el asegurado deberá pagar el total de los gastos y presentar el reclamo de forma convencional, para que sea liquidado por SEGUROS UNIVERSALES, de acuerdo a las condiciones particulares de la póliza, sujeto a deducible, coaseguro y timbres.*

Nota: Toda Hospitalización, Deberá Ser En Habitación Semi-Privada

001022

1789



Consulta externa en clínicas de doctores afiliados a UNIRED, servicio en toda la República de Guatemala

El programa ofrece el servicio de varios médicos de diferentes especialidades y sub-especialidades, para la atención en consulta externa.

1. Solicitar una BOLETA DE CONSULTA MÉDICA UNIRED al Depto. de Recursos Humanos de su empresa.
2. Presentar la Boleta firmada por el Asegurado Titular y la Tarjeta de ID del paciente que recibirá la atención. (No olvide hacer cita previa).
3. Cancelar en el consultorio del médico el co-pago, por un valor de Q.35.00 para Especialista o Sub-especialista.

La Boleta de Consulta Médica UNIRED es únicamente para cubrir el valor de una consulta, si es necesario algún tratamiento especial en la clínica, será el asegurado quien deberá cancelar al médico la diferencia. No se cubren consultas por:

- Chequeo médico

- Chequeo ginecológico

EN CASO DE EXÁMENES PARA DIAGNÓSTICO (Radiología y Laboratorio)

Si el médico ordena exámenes para diagnóstico, el asegurado puede utilizar los servicios de los Centros de Diagnóstico Afiliados, para lo cual debe:

1. Solicitar al Médico que llene la ORDEN DE RADIOLOGÍA UNIRED \* o la ORDEN DE LABORATORIO UNIRED \* y enviarla a la Compañía. (vía correo electrónico, fax o dirigirse al centro de atención).
2. Completar la sección que corresponde al asegurado y firmarla.
3. Presentar al encargado del Centro de Diagnóstico, el formulario, la autorización y la Tarjeta de ID del paciente que se realizará los exámenes.
4. Efectuar el copago correspondiente al valor de los exámenes efectuados.

\* *Listado Adjunto de Laboratorios y Centros de Diagnóstico afiliados a UNIRED.*

EN CASO DE EXÁMENES ESPECIALES

Los siguientes son considerados exámenes especiales y deberán ser pre-autorizados por SEGUROS UNIVERSALES por lo menos 2 horas previo a presentarse al Centro de Diagnóstico:

- Resonancias Magnéticas y Tomografías
- Gastroskopías y Colonoscopias
- ERCP
- Estudios con Isótopos en Medicina Nuclear (Centellograma) y Gammagrafia
- Litotricias y Videouretrosistoscopia Flexible
- Electroencefalogramas, Electromiogramas y Ecocardiogramas
- Mamografías
- Prueba de Esfuerzo, Holter Cardíaco y Monitoreo de Presión Arterial
- Doppler Carotídeo y Transesofágico
- Serie gastroduenal, Serie gastrointestinal
- Pielograma
- Pletismografía

En todos los casos, para solicitar estos exámenes, el asegurado debe:

1. Enviar a SEGUROS UNIVERSALES por fax al 2384 7500, o a autorizacion@segurosuniversales.net la ORDEN DE RADIOLOGÍA UNIRED debidamente completada tanto por el asegurado titular como por el médico tratante. (48 horas de anticipación).
2. SEGUROS UNIVERSALES revisará la solicitud y emitirá una Autorización para Exámenes Especiales, la cual hará llegar al asegurado a través del Departamento de Recursos Humanos de la empresa.

001021

**(1789)**



3. Al solicitar los servicios del Centro de Diagnóstico, deberá presentar la Autorización, la ORDEN DE RADIOLOGÍA UNIREG original y la Tarjeta de ID del paciente que se realizará el estudio.
4. Pagar el Co-pago que corresponde al valor de los exámenes efectuados.

Listado Adjunto Centros de Hospitales, Diagnostico y Médicos afiliados a UNIREG.

#### H. INSTRUCTIVO PARA PAGO DE RECLAMOS POR FALLECIMIENTO

1. Dar aviso por escrito a la Compañía durante los primeros cinco (5) días, después del fallecimiento del asegurado, dicho aviso debe indicar el nombre completo del asegurado, número de póliza y certificado (este último solo si es póliza colectiva), fecha y causa del fallecimiento.
2. Presentar los siguientes documentos
  - a. Declaración del reclamante, legalizada por Notario Público.
  - b. Póliza o certificado de seguro original (el certificado únicamente para pólizas colectivas).
  - c. Certificado de nacimiento del asegurado.
  - d. Cédula de Vecindad Original del asegurado.
  - e. Cédula de Vecindad Original del beneficiario, si es menor de edad debe presentar Fe de Edad y nombre del Representante Legal con la documentación que lo acredite como tal.
  - f. Certificado de la partida de defunción.
  - g. Si el fallecimiento fue a causa de enfermedad, deberá presentar declaración del médico que atendió al asegurado, legalizada por Notario Público.
  - h. Si el fallecimiento NO fue a causa de enfermedad, deberá presentar la certificación del médico forense o el certificado del centro hospitalario donde se practicó la necropsia del asegurado y fotocopia del protocolo de la necropsia.
  - i. Si intervinieron autoridades y/o instituciones de servicio, adjuntar el informe emitido por la autoridad o institución que intervino.
  - j. Si hubo publicación en periódicos, sobre el fallecimiento del asegurado, adjuntar recortes.
  - k. Declaración de la funeraria que prestó los servicios.
3. Se apertura expediente de siniestros, se verifican vigencia y coberturas.
4. Si la documentación no está completa emite carta de requisitos pendientes
5. Si la documentación está completa se procede al análisis del expediente  
Se emite dictamen.  
Rechazo: se envía carta notificando el motivo del rechazo  
Autorización: se solicita emisión de cheque
6. Se liquida el reclamo haciendo entrega del cheque al Agente, Asegurado o Beneficiario.

#### I. PRINCIPALES EXCLUSIONES Y RIESGOS NO CUBIERTOS

1. Tratamientos sin relación o que no se consideren necesarios para tratar una enfermedad o accidente cubiertos o que excedan los gastos razonables y acostumbrados.
2. Exámenes de la vista, habilitación de lentes y aparatos para el oído, gastos de cirugía para corrección visual tales como láser, queratotomías, queratoconos y cualquier otro tratamiento relacionado.
3. El uso de alcoholismo crónico o la adicción a drogas, así como las lesiones causadas mientras se usa cualquier instrumento o los efectos de abuso de drogas.
4. Exámenes y tratamientos de origen dental, a menos que sean consecuencia de un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, en cuyo caso se cubrirán sólo los tratamientos derivados de lesiones sufridas, incluyendo el reemplazo de los dientes naturales y colocación en su lugar de la mandíbula fracturada.

001020


 (1789



5. Cirugía o tratamiento de cualquier índole cuya finalidad sea estética, de embellecimiento, rejuvenecimiento, crecimiento, control de peso, calvicie o de uso cosmético en general, acné de cualquier tipo, hormonas de crecimiento), a menos que sea necesario por lesión accidental que ocurra mientras el asegurado esté cubierto bajo esta póliza y que sea proporcionado dentro de los seis meses después de tal accidente.
6. Lesión o enfermedad que resulte a consecuencia de insurrección o de guerra, declarada o no, o de participación voluntaria en motines, huelgas o conmociones civiles.
7. Tratamientos por obesidad (excepto problemas hormonales); reducción de peso, ginecomastia o mastoplastia.
8. Reembolso de gastos médicos, hospitalarios o quirúrgicos prestados al asegurado en virtud de cualquier Ley de Seguro Social u otro programa patrocinado por el gobierno, si el asegurado, no obstante estar cubierto por esta póliza, hiciere uso de tales servicios; pero en el entendido que en cualquier momento podrá recurrir a los beneficios cubiertos por esta póliza.
9. Tratamientos suministrados al recién nacido antes o después de salir del hospital por enfermedades contraídas antes del nacimiento, condiciones congénitas anormales, y por parto prematuro, así como todas las anomalías congénitas o hereditarias.
10. Tratamientos para la infertilidad, esterilización y su reversión, impotencia sexual y disfunción eréctil, cambios de sexo y frigidez.
11. Tratamientos médicos suministrados con medicina homeopática, holística y acupuntura si no es practicada por médico colegiado.
12. Tratamientos médicos considerados experimentales.
13. Suplementos alimenticios, vitaminas y vacunas.
14. Servicios o suministros de uso común, tales como bicicletas estacionarias, purificadores de aire y agua, estuches para presión arterial, colchones antialérgicos, almohadas ortopédicas y vaporizadores.
15. Tratamientos para corrección de la mandíbula y cirugías maxilofaciales, cirugía ortognática para el tratamiento de las hiperplasias del maxilar superior e inferior, excepto cuando sea derivado de un accidente y sin que hayan transcurrido más de ciento ochenta (180) días de ocurrido dicho accidente.
16. Inseminación artificial o implantación de embriones fecundados in vitro.
17. Gastos ocasionados por enfermedades mentales, de origen nervioso y trastornos funcionales, excepto los beneficios regulares de los gastos médicos, que serán aplicables a los gastos mientras el asegurado se encuentra hospitalizado, y gastos de administración de terapia para el tratamiento de convulsiones, ya sea que esté o no en un hospital.
18. Tratamientos suministrados que se relacionen con una enfermedad que se hubiera originado y/o diagnosticado o por la que el asegurado haya recibido tratamiento médico dentro del periodo de tres (3) meses inmediatamente precedentes a la fecha en que quedó asegurado. Ningún beneficio será pagado por servicios o atención médica debido a dicha condición preexistente, hasta que el individuo asegurado haya estado cubierto bajo la póliza, por un periodo de tres (3) meses consecutivos, o que no haya recibido tratamiento durante el periodo de preexistencias que se especifique en el Cuadro de Beneficios.
19. Lesión causada a sí mismo, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales. En primer caso, dicha lesión sea voluntariamente causada.
20. Embarazo anormal, aborto espontáneo o operación por el mismo, excepto por complicaciones que requieran operación intestinal o ginecológica, o por servicios mientras está internada en el hospital por cualquier toxemia debida al embarazo, excepto que en el Cuadro de Beneficios se indique lo contrario.
21. Cargos por transporte del paciente, excepto cargos por servicio de ambulancia al hospital local.

CG 10-19


  
 (1789)



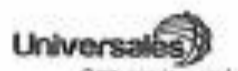


22. Costo de cuarto y alimentos de un miembro de la familia que esté atendiendo al paciente hospitalizado, salvo casos calificados, previa aprobación de la Compañía.
23. Pruebas de sensibilidad, diagnóstico y tratamiento de alergias, excepto las ocasionadas por intoxicación alimenticia, reacciones alérgicas severas, drogas prescritas o crisis asmáticas severas.
24. Cuidado quiropráctico o podológico incluyendo cuidado de los pies relacionado con callos, pies planos, arcos débiles, pies débiles, o cualquier otra dolencia de los pies y soportes de zapato de cualquier tipo.
25. Servicios de custodia, curas de reposo o de embellecimiento, períodos de cuarentena o aislamiento, o por reclusión en un centro o institución de convalecencia, spas, hospicios, asilos, u hogares de ancianos (aun cuando tales servicios sean necesitados por el paciente, o hayan sido recetados por un médico).
26. Lesiones causadas por, o como resultado de la participación activa en cualquier hecho delictivo, riñas, disturbios callejeros, huelgas, revoluciones, insurrección, servicio militar o naval, aviación privada, práctica profesional o semi-profesional en deportes peligrosos (tales como, pero sin estar limitados a, conducción de motocicletas, vuelos sin motor, alpinismo, buceo, esquí, navegación en alta mar, deportes de invierno, patinaje, jockey, rugby, polo, cacería, pesca submarina y cualquier competencia de velocidad).
27. Trastornos de la conducta alimenticia (bulimia, anorexia y aquellos no especificados).
28. Problemas de crecimiento, déficit de atención y problemas de lenguaje.
29. Menopausia o climaterio y sus complicaciones tales como pero no limitado a: incendios, bochornos o sudoraciones.
30. Prevención de osteoporosis, vitaminas, problemas de insomnio, ansiedad, terapia sustitutiva (hormonas orales o inyectables y parches) y los exámenes de laboratorio, rayos X y exámenes de diagnóstico para el tratamiento de los mismos.
31. Chequeos médicos generales de rutina (incluyendo chequeos ginecológicos) salvo los especificados en esta póliza en el numeral diez (10) de la Cláusula Primera - Beneficios.

001018

(1789





Cuadro de Beneficios

\*Póliza de Seguro de Vida, Gastos Médicos y Odontológicos para trabajadores a nivel nacional y autoridades de la confederación deportiva autónoma de Guatemala, CDAG\*

Certificación ISO 9001:2008

Beneficios Solicitados	
SEGURO DE VIDA (Muerte e Invalidez)	Incluido
Para personal con edad menor a los 75 años	Incluido
Muerte natural	Q100,000.00
Muerte accidental (incluye agresión)	Q200,000.00
Muerte especial (Tipo indemnización)	Q300,000.00
Desmembración	Incluido
Incapacidad total y permanente	Q100,000.00
Cobertura de 075 personas en un plazo de dos años.	
Adelanto financiero sobre suma asegurada	Q20,000.00
MÁXIMO VITALICIO	Q1,000,000.00
Cobertura dentro y fuera del país	Cobertura Mundial
Retención a los 75 años de edad	Q200,000.00
SIDA	Q200,000.00
Cuanto y alimentación dentro de Centro América	Q1,200.00
Cuanto y alimentación fuera de Centro América	\$300.00
Cuidados Intensivos (Dentro de Centro América)	Q2,000.00
Cuidados Intensivos (Fuera de Centro América)	\$200.00
Servicios Hospitalarios	Atención de emergencias por enfermedad, accidente o agresión, atención de emergencias con hospitalizaciones por enfermedad, accidente o agresión, atención hospitalización por enfermedad, accidente o agresión y hospitalización cirugías programadas por enfermedad, accidente o agresión.
Honorarios médicos (Servicios, cirugías, etc.)	Honorarios Médicos Especialistas, Sub-especialistas y Ayudantes si el proceso lo requiere.
Honorarios médicos (Anestesiólogo)	Incluye Anestesiólogo en Procedimientos Quirúrgicos.
Exámenes de Diagnóstico y/o Laboratorio	Incluidos dentro y fuera del hospital si el diagnóstico lo requiere y está cubierto en la póliza.
Prescripción de Medicamentos dentro del hospital	Incluye medicamentos dentro del hospital si el diagnóstico lo requiere y que este cubierto el diagnóstico.
Consulta externa	Incluye consulta externa.
Cupones para consulta externa	Aplica y sin límite.
Prescripción de medicamentos fuera del hospital	Incluye la cobertura de prescripción de medicamentos fuera del hospital, para curar una enfermedad, accidente o agresión cubierto en la póliza.
Quimioterapia, radioterapia y diálisis como paciente externo	Cubre por medio de reembolso convencional o por medio de proveedores afiliados. Por una incapacidad cubierto en la póliza.
Cirugía Ambulatoria	Cubierta por medio de reembolso convencional o por medio de proveedores afiliados. Para una incapacidad cubierto en la póliza.
Maternidad	Aplica para titular o dependiente cónyuge hasta un máximo de Q40,000.00, cubre los gastos razonables y acostumbrados.
Periodo de espera	Periodo de espera para este beneficio: 10 meses tanto para casada o madre soltera.
Dentro o fuera de Centro América	La cobertura aplica dentro o fuera de Centroamérica, cubre los gastos razonables y acostumbrados.
Enfermedad congénita/Complicación al recién nacido	Cubre hasta Q100,000.00 para enfermedades congénitas, dentro del hospital.
Atención pediátrica al Recién Nacido	Q5,000.00 para atención pediátrica.
Otros	
Ambulancia terrestre	80% Como Cualquier Otra Incapacidad, Cubierta Bajo Reembolso Convencional.
Prtesis, dispositivos de corrección y artículos médicos, implantes durante la cirugía para el tratamiento de una cirugía	Suministro de sangre o plasma, miembros y ojos artificiales, yeso, tablita, braguera, muletas, colgajo y alquiler del equipo necesario para su aplicación, alquiler de silla de ruedas o cama especial de hospital, alquiler de pulmón mecánico.
Cirugía reconstructiva por accidente	
Asistencia médica (Co-pago Q. 40.00 por servicio)	Consultas médicas telefónicas, Tratado de pacientes, visita médica domiciliar (Co-pago Q40.00 por servicio, ver cuadro adjunto)
Reembolso Directo	Incluido
Hospitales Tipo "A" Dentro de la Red	Ver Red Adjunto Sistema de Pago Directo Adjunto
Hospitales Tipo "B" Dentro de la Red	Ver Red Adjunto Sistema de Pago Directo Adjunto
Límite de Coaseguro (% de Reembolso)	
Dentro de Centro América (Dentro de la Red)	80%
Fuera de Centro América (Dentro de la Red)	75%
Plan Dental	
Máximo Vitalicio	Q1,000.00
Deductible Anual	Q200.00
Reembolso/Coaseguro	
Fase I y II	80%
Fase III	50%
Por accidente hasta	Disponibilidad del Máximo Vitalicio

001042



Beneficios Adicionales	
Exención del pago de primas del seguro de vida, en caso de incapacidad permanente.	Incluido
MÁXIMO VITALICIO	Q1,000,000.00
Máximo Vitalicio Diario por Accidente	Hasta el depósito del máximo vitalicio
Eligibilidad inmediata para dependientes	Incluido (Ver condiciones particulares)
Período de presencias para nuevos ingresos	6 meses
Trasplante de órganos	Costo cubiertos los gastos del donante y receptor.
Ambulancia aérea	Q 150,000.00 80% Como Cualquier Otra Incapacidad, Cubierta Bajo Reembolso Convencional
Continuidad de cobertura para el dependiente al fallecimiento del titular sin pago de primas	1 año sin costo para dependientes registrados en la póliza.
Gastos de repatriación	Q100,000.00 para gastos de repatriación, por medio de Reembolso
Gastos de repatriación	Q100,000.00 para gastos de repatriación, por medio de Reembolso
Máximo desembolso de parte del asegurado (Stop loss)	
Dentro de Centro América	Q25,000.00
Fuera de Centro América	\$10,000.00
Agregar dentro de la red, a médicos especialistas que la CDAG considere que puedan prestar los servicios a sus asegurados, en caso de hospitalizaciones programadas y/o de emergencia, consultas con cupón y procedimientos de clínica.	Seguros Universales acepta esta condición. Siempre que los médicos sean colegiados y cumplan con los estándares establecidos para la atención de asegurados y acepten los aranceles que otorga la compañía a los proveedores médicos, según convenio.
Red de hospitales y médicos extranjeros afiliados para gastos en el extranjero.	Worldwide Managed Care Partners WWMP
Ambulancia en eventos de la CDAG	La CDAG tendrá que informar con anticipación para programar con el proveedor, en áreas no identificadas como alto riesgo y dentro de los parámetros de cobertura. 6 eventos al año. Incluido
Servicio funerario completo para los asegurados titulares	
Deductible es anual dentro de Centroamérica (año calendario enero a diciembre)	
Primer reclamo presentado	Cero deducible "0" en el primer reclamo de Gastos Médicos
Siguientes Reclamos	
Deductible Anual fuera de C.A.	Q400.00
Traslado de Deducibles adicionales	\$400.00
	Incluidos
Deducibles máximos por familia (cuando el asegurado paga tarifa para incluir dependientes)	3 deducibles anuales
Deductible Catastrófico	Máximo 2
Niño Sano (control y vacunas para dependientes menores de 5 años)	Q4,000.00
Acompañante niños menores de 12 años (como extra)	Incluido
Enfermera privada en domicilio por prescripción médica (médica)	Q4,000.00
Polígono para Titular (solo consulta externa)	Q0,000.00
Farmacias (Sistema de Pago Directo)	Para recetas mayores a Q500.00
Consultas Externa en Nuestras Clínicas Zona 9 Medicina General, Ginecología y Pediatría	Sin Co-pago
Consultas Externa en Nuestras Clínicas Galerías Pirena Medicina General, Ginecología y Pediatría	Sin Co-pago
Consultas Externa en Nuestras Clínicas Pacific Center Medicina General, Ginecología y Pediatría	Sin Co-pago
Consultas Externa en la Clínicas de Hospital Ángeles Medicina General, Ginecología y Pediatría	Sin Co-pago
Diagnóstico Sin Co-pago (laboratorios clínicos) en Nuestras Clínicas ordenados por médicos de Nuestras Clínicas	Incluidos Sin Co-pago
Rayos X Sin co-pago en Nuestras Clínicas ordenados por médicos de Nuestras Clínicas	Incluidos Sin Co-pago
Ultrasonidos Sin Co-pago en Hospital Ángeles ordenados por médicos de Nuestras Clínicas	Incluidos Sin Co-pago
Medicamentos ordenados por médicos de Nuestras Clínicas y despatchados en la farmacia de Nuestras Clínicas (según disponibilidad del producto)	Sin Co-pago
Evaluación por Nutricionista para Titular (Primera consulta sin costo)	Incluido (Costo de la consulta adicional Q100.00)
Fisioterapia para Titular	Sesiones de fisioterapia en Nuestras Clínicas C.C. Galerías Pirena, derivadas de un trauma cubierto en la póliza sin co-pago.
Consultas Externa en APROFAM Medicina General, Ginecología y Pediatría	Incluido
Procedimiento Quirúrgicos Cubiertos al 100% en APROFAM, no aplica ningún co-pago:	
Amigdalectomía	Incluido
Apendicectomía	Incluido
Paplo Normal	Incluido
Aborto Terapéutico	Incluido
Cesárea	Incluido
Colectoscopia	Incluido
Hernioplastia	Incluido
Histerectomía Abdominal	Incluido
Histerectomía Vaginal	Incluido
Prostatactomía	Incluido
Notificación por mensajes de texto de autorizaciones	Incluido
Cubano de asistencia habitado las 24 horas	Incluido
Beneficios de Incapacidad por enfermedad	
Si la siniestralidad de Gastos Médicos no supera el 65% al final de la vigencia de 12 meses, se otorgará una donación al Comité Olímpico equivalente a Q 75,000.00 en publicidad y co-patrocinio. En cada año de vigencia.	

001041