



Un buen seguro...
Es el que funciona en el largo plazo....

BYNSA
CORREDORES DE SEGUROS

**SALUD INTEGRAL
ROBLE**



SEGURO DE VIDA
*** APLICA UNICAMENTE AL TITULAR**

	PLAN I	PLAN II	PLAN III
Seguro de Vida	Q.25,000.00	Q.25,000.00	Q.50,000.00
Reducción de la Suma Asegurada de Vida al cumplir 65 años	Q.12,500.00	Q.12,500.00	Q.25,000.00
Muerte, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidental (MYDA)	Q.25,000.00	Q.25,000.00	Q.50,000.00
Seguro Funerario	Q.10,000.00	Q.10,000.00	Q.10,000.00
Anticipo por Enfermedades Terminales (*)	35% de la Suma Asegurada de Vida		



- Las 24 horas contamos con el servicio de orientación médica telefónica a través del **PBX 1797** opción 2.
- Nuestro médico asesor podrá orientarlos en consultas básicas o coordinación de una visita domiciliar, y de ser necesario el traslado a un centro asistencial u hospital.

Todas nuestras pólizas tiene acceso al **APP de RobleRed** que convierte a su celular en un carnet electrónico, mejorando su experiencia.

Y.... [Telemedicina](#).





COBERTURA **Consulta externa** CO-PAGO Q.85.00 sin deducible

Una red de más de 900 médicos

Y en **Blue Medical** su copago por consulta es de **Q. 85.00 Sin deducible.**

Si le recetan medicamentos o exámenes a raíz de la consulta **necesitará** llenar deducible, y luego solo efectuará el copago.

Agende su cita desde la acá



Libre elección de farmacias, cobertura por re-embolso, **después de cubrir deducible,**
al 80% del monto de la factura **sin impuestos.** (12% de IVA y 3% de timbres)

	PLAN I	PLAN II	PLAN III
Cobertura Geográfica	MUNDIAL	MUNDIAL	MUNDIAL
MAXIMO MEDICO VITALICIO	Q,1,200,000.00	Q1,750,000.00	Q3,000,000.00
DEDUCIBLE AÑO CALENDARIO (Por Asegurado)			
Dentro de Centroamérica	Q. 1,500.00	Q. 1,750.00	Q. 2,250.00
Fuera de Centroamérica (Independiente del Deducible C.A. Aplica uno por cada asegurado)	\$. 1,500.00	\$. 1,750.00	\$. 2,250.00
REEMBOLSO APLICADO A GASTOS INCURRIDOS			
Dentro de Centroamérica	80%	80%	80%
Fuera de Centroamérica Dentro de la Red	75%	75%	75%
Fuera de Centroamérica Fuera de la Red	60%	60%	60%
BENEFICIO DIARIO POR CUARTO Y ALIMENTO			
Dentro de Centroamérica	Q. 900.00	Q. 1,100.00	Q. 1,300.00
Fuera de Centroamérica	\$. 300.00	\$. 300.00	\$. 300.00
BENEFICIO DIARIO POR CUARTO INTENSIVO (Sin Limite de días)			
Dentro de Centroamérica	Q. 1,500.00	Q. 1,800.00	Q. 2,000.00
Fuera de Centroamérica	\$. 500.00	\$. 600.00	\$. 800.00
TIPO DE LÍMITE DE COASEGURO (STOP LOSS) POR TRATAMIENTO HOSPITALARIO (Ver Condiciones)			
Hospitales Tipo A Guatemala y Dentro de Centroamérica	Q80,000.00	Q80,000.00	Q80,000.00
Hospitales Tipo B Departamentales y Hospitales de Día (Procedimientos Ambulatorios)	Q50,000.00	Q50,000.00	Q50,000.00
Hospitales Fuera de Centroamérica	\$40,000.00	\$40,000.00	\$40,000.00
LÍMITE DE COASEGURO (STOP LOSS) POR TRATAMIENTO AMBULATORIO (Ver Condiciones)			
Guatemala y Dentro de Centroamérica	Q50,000.00	Q50,000.00	Q50,000.00
Tratamientos Oncológicos	Q50,000.00	Q50,000.00	Q50,000.00
Fuera de Centroamérica y Tratamientos Oncológicos	\$40,000.00	\$40,000.00	\$40,000.00
OTRAS COBERTURAS			
Psiquiatría, máximo año calendario (Reembolso al 50%)	Interna Q.2,000.00 Externa Q.2,000.00	Interna Q.2,000.00 Externa Q.2,000.00	Interna Q.2,000.00 Externa Q.2,000.00
VIH y/o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): Hasta el 10% Máximo Médico Vitalicio indicado o el saldo que posea al momento en que esta enfermedad sea diagnosticada, lo que sea menor.	Aplica	Aplica	Aplica
Ayuda de Sepelio Para Dependientes	Q 10,000.00	Q 10,000.00	Q 15,000.00
Continuidad de Cobertura para Dependientes al Deceso del Titular	1 Año	1 Año	1 Año
Trasplante de Órganos Gastos del Donante, sub-limitado a:	Q 25,000.00	Q 25,000.00	Q 25,000.00

	PLAN I	PLAN II	PLAN III
OTRAS COBERTURAS			
Enfermería en el hogar hasta por 30 días, máximo anual de:	Q.5,000.00	Q.5,000.00	Q.5,000.00
Control de Niño Sano hasta los 6 años de edad (Periodo de espera 3 meses) por reembolso después de cubrir deducible	Q.3,000.00	Q.4,000.00	Q.5,000.00
Ambulancia Terrestre	80%	80%	80%
Ambulancia Aérea Dentro y Fuera de Centroamérica	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Terceras molares impactadas como cirugía dentro del plan médico mayor, no como dental	Aplica	Aplica	Aplica
Asistencia Médica-Roble	Incluida	Incluida	Incluida
Primera Hospitalización al 100% durante el primer año de vigencia	No aplica	No aplica	No a [Sin título]
Chequeo Médico Preventivo por asegurado (Límite Año Calendario) No aplica Deducible	80%	80%	80%
Atención Nutricional para Enfermedades Crónicas (Límite Año Calendario)	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Terapia Respiratoria Natural (Haloterapia Límite Año Calendario)	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Tratamiento para Incontinencia Urinaria	No aplica	No aplica	No aplica
Tratamiento para Disfunción Eréctil (Titular o cónyuge)	No aplica	No aplica	No aplica
Medicina Alternativa por reembolso, sujeto a deducible hasta un máximo anual.	Q.800.00	Q.1,000.00	Q.1,500.00
Repatriación de Restos Mortales	Q. 10,000.00	Q. 15,000.00	Q. 25,000.00
Acompañante niños menores de 14 años (cama extra), por reembolso, sujeto a deducible hasta un máximo anual.	Q 300.00 por día	Q 300.00 por día	Q 300.00 por día
Periodo de Preexistencias	180 días	180 días	180 días

*Este plan no tiene cobertura de maternidad o sus complicaciones.



COBERTURA AMBULATORIA **FARMACIAS** CO-PAGO Q.200.00 + 20%

Compra directa de medicamentos con red abierta.

Para utilizar debe haber cubierto el deducible por persona.

EN MEYKOS, BATRES Y FAYCO

Y en **Blue Medical** si va a consulta puede comprar sus medicamentos recetados **después de cubrir el deducible.**

Recuerda que puedes realiza tu cita desde éste link [BLUEMEDICAL-BYNSA](#).

Libre elección de farmacias, cobertura por re-embolso, **después de cubrir deducible,**
al 80% del monto de la factura **sin impuestos.** (12% de IVA y 3% de timbres)



COBERTURA EN Centros de Diagnóstico

SERMESA y Blue Medical
20% de coaseguro

Otros 20% coaseguro + Q.200.00

168 Centros de Diagnóstico donde cómodamente puede realizarse exámenes de laboratorio, rayos X, tomografías, sin pre-autorización después de 6 meses de cobertura. **Después de cubierto el deducible.**

* NOTA: Algunos exámenes requieren ser pre-autorizados.



Casos especiales en procedimientos (gastro endoscopias, colonoscopias, resonancias magnéticas y medicamentos con fines oncológicos), el proveedor podrá en sus oficinas cobrar el 100% del deducible que tiene la póliza. Si el asegurado ya tenía cubierto un porcentaje del deducible nos debe de solicitar el reintegro por medio de una carta ya que no es posible cobrar deducibles parciales.

Libre elección de Centros de Diagnóstico, cobertura por re-embolso, **después de cubrir deducible**, al 80% del monto de la factura sin impuestos. (12% de IVA y 3% de timbres)



COBERTURA DE **AMBULANCIA**

Servicio de ambulancia terrestre hasta el Km. 25 del perímetro de la ciudad coordinado con cabina, sin deducible y sin copago para todos los asegurados. (2 Servicios al año por núcleo familiar).

Cobertura de ambulancia aérea NO APLICA

Libre elección de ambulancias, cobertura por re-embolso, después de cubrir deducible, al 80% del monto de la factura sin impuestos.

Chequeo Médico

Aplica para edades a partir de 40 años, serán elegibles para este beneficio el titular y cónyuge.

Este beneficio cubre los gastos por:

- * Hematóloga completa
- * Examen de Orina
- * Examen de Heces
- * Triglicéridos
- * Colesterol completo
- * Glucosa en ayunas
- * Electrocardiograma
- * Papanicolaou
- * Antígeno prostático (dependiendo el sexo)
- * Mamografía

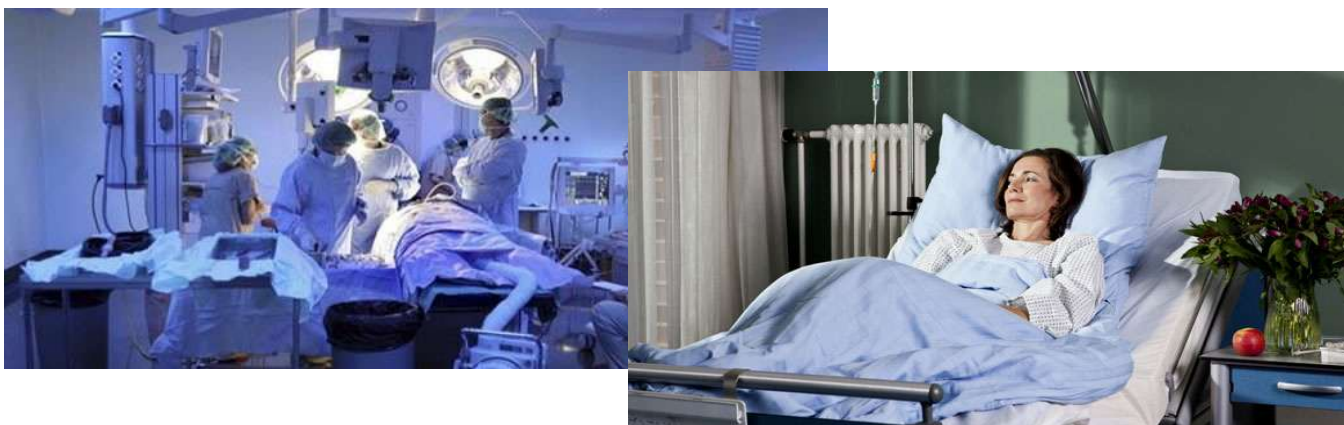
- **No aplica deducible**
- Libre elección de laboratorios
- y con reembolso al 80% máximo Q.1,000.00



COBERTURA DE **Visita Médica Domiciliar**

Servicio de médicos hasta el Km. 25 del perímetro de la ciudad coordinado con cabina, sin deducible y sin copago para todos los asegurados. (2 Servicios por núcleo familiar al año).

Esta cobertura esta disponible para emergencias, cuando no es posible desplazarse a un hospital o en horas inhábiles, nuestro médico asesor le sugerirá esta opción cuando lo coordine a través del PBX 1797 opción 2.



COBERTURA EN HOSPITAL debe cubrir el deducible

78 Hospitales de la Red con pago directo en Guatemala y cobertura en habitación privada o semi-privada,

En hospitales **tipo "B"** 10% de participación sin copago

y en **tipo "A"** el 25% de participación + Q.500.00

Herrera Llerandi **no se recomienda para este plan** el copago es **35%** más copagos según los días de hospital.

En Hospitales de La Paz - Copago de Q.500.00 + 20% de la cuenta

Emergencias solo aplica copago del **20%**, sin que tenga que **llenar deducible**

Tarifas accesibles

INCLUYEN GASTOS DE EMISIÓN E IVA.

Edad-Tarf	Q. 1,200,000.00			Q. 1,750,000.00			Q. 3,000,000.00		
	Tarifa con vida + Gastos de emisión + vida								
	Plan 1			Plan 2			Plan 3		
	P1 Ind	P1 T+1	P1 Fam	P2 Ind	P2 T+1	P2 Fam	P3 Ind	P3 T+1	P3 Fam
18	216.16	404.32	592.48	272.61	517.22	761.82	391.17	733.39	1,075.84
19	221.80	409.96	603.77	279.95	524.55	776.50	401.44	743.66	1,096.39
20	227.62	415.78	615.40	287.50	532.11	791.62	412.03	754.24	1,117.55
21	233.61	421.77	627.38	295.29	539.90	807.19	422.93	765.14	1,139.35
22	239.78	427.94	639.71	303.31	547.92	823.22	434.15	776.37	1,161.80
23	246.13	434.29	652.42	311.57	556.18	839.74	445.71	787.93	1,184.93
24	252.67	440.83	665.51	320.07	564.68	856.76	457.62	799.84	1,208.75
25	259.41	447.57	678.99	328.84	573.44	874.28	469.89	812.11	1,233.28
26	266.36	454.52	692.87	337.86	582.47	892.33	482.53	824.74	1,258.55
27	273.51	461.67	707.17	347.16	591.77	910.92	495.54	837.76	1,284.58
28	280.87	469.03	721.90	356.73	601.34	930.07	508.95	851.16	1,311.39
29	288.46	476.62	737.07	366.59	611.20	949.80	522.75	864.97	1,339.00
30	296.27	484.43	752.70	376.75	621.36	970.11	536.97	879.19	1,367.44
31	304.32	492.48	768.80	387.22	631.82	991.04	551.62	893.84	1,396.74
32	312.61	500.77	785.38	397.99	642.60	1,012.59	566.71	908.92	1,426.91
33	321.15	509.31	802.45	409.09	653.70	1,034.79	582.25	924.46	1,457.99
34	329.94	518.10	820.04	420.52	665.13	1,057.66	598.25	940.47	1,490.00
35	339.00	527.16	838.16	432.30	676.91	1,081.21	614.74	956.96	1,522.98
36	348.33	536.49	856.82	444.43	689.04	1,105.47	631.72	974.17	1,557.17
37	357.94	551.74	881.68	456.92	708.87	1,137.79	649.21	1,001.93	1,602.43
38	367.84	567.46	907.29	469.79	729.29	1,171.08	667.22	1,030.53	1,649.04
39	378.03	583.64	933.67	483.04	750.33	1,205.38	685.78	1,059.99	1,697.05
40	388.53	600.31	960.84	496.69	772.00	1,240.70	704.89	1,090.32	1,746.50

Individual – Titular.
 Titular con un dependiente, el de mayor edad se cotiza
 Familiar

Tarifas accesibles

INCLUYEN GASTOS DE EMISIÓN E IVA.

Q. 1,200,000.00

Q. 1,750,000.00

Q. 3,000,000.00

Edad-Tarf	Tarifa con vida + Gastos de emisión + vida								
	P1 Ind	Plan 1 P1 T+1	P1 Fam	P2 Ind	Plan 2 P2 T+1	P2 Fam	P3 Ind	Plan 3 P3 T+1	P3 Fam
40	388.53	600.31	960.84	496.69	772.00	1,240.70	704.89	1,090.32	1,746.50
41	399.35	617.48	988.83	510.76	794.32	1,277.08	724.58	1,121.57	1,797.43
42	410.49	635.16	1,017.65	525.24	817.31	1,314.55	744.85	1,153.76	1,849.89
43	421.97	653.38	1,047.34	540.15	840.99	1,353.15	765.74	1,186.91	1,903.93
44	433.78	672.14	1,077.92	555.52	865.38	1,392.90	787.25	1,221.05	1,959.58
45	445.96	691.46	1,109.42	571.35	890.50	1,433.85	809.40	1,256.22	2,016.91
46	458.50	711.37	1,141.86	587.65	916.38	1,476.02	832.22	1,292.45	2,075.95
47	471.41	731.87	1,175.28	604.43	943.03	1,519.46	855.73	1,329.76	2,136.77
48	484.71	752.98	1,209.70	621.73	970.48	1,564.21	879.94	1,368.19	2,199.41
49	498.42	774.73	1,245.15	639.54	998.75	1,610.29	904.88	1,407.78	2,263.93
50	512.53	797.14	1,281.66	657.89	1,027.88	1,657.76	930.56	1,448.55	2,330.39
51	527.06	820.21	1,319.27	676.78	1,057.87	1,706.66	957.02	1,490.54	2,398.84
52	542.04	843.98	1,358.01	696.25	1,088.77	1,757.02	984.26	1,533.80	2,469.34
53	557.46	868.46	1,397.91	716.29	1,120.59	1,808.89	1,012.33	1,578.35	2,541.96
54	573.34	893.67	1,439.01	736.94	1,153.37	1,862.31	1,041.24	1,624.24	2,616.76
55	589.70	919.64	1,481.34	758.21	1,187.13	1,917.34	1,071.01	1,671.50	2,693.80
56	606.55	946.39	1,524.94	780.12	1,221.91	1,974.02	1,101.68	1,720.19	2,773.15
57	623.91	973.94	1,569.85	802.68	1,257.72	2,032.40	1,133.27	1,770.33	2,854.88
58	641.79	1,002.32	1,616.10	825.92	1,294.61	2,092.54	1,165.81	1,821.98	2,939.07
59	660.20	1,031.55	1,663.75	849.86	1,332.61	2,154.47	1,199.32	1,875.18	3,025.78
60	679.16	1,061.66	1,712.82	874.51	1,371.75	2,218.27	1,233.84	1,929.97	3,115.09
61	698.70	1,092.66	1,763.36	899.91	1,412.06	2,283.97	1,269.39	1,986.41	3,207.08
62	718.82	1,124.60	1,815.43	926.07	1,453.59	2,351.65	1,306.01	2,044.54	3,301.83
63	739.55	1,157.50	1,869.05	953.01	1,496.35	2,421.36	1,343.73	2,104.42	3,399.43
64	760.89	1,191.39	1,924.28	980.76	1,540.40	2,493.16	1,382.58	2,166.09	3,499.95

Individual – Titular.
Titular con un dependiente, el de mayor edad se cotiza Familiar

Tarifas accesibles

	Q. 1,200,000.00			Q. 1,750,000.00			Q. 3,000,000.00		
	Tarifa con vida + Gastos de emisión + vida								
	Plan 1			Plan 2			Plan 3		
Edad-Tarf	P1 Ind	P1 T+1	P1 Fam	P2 Ind	P2 T+1	P2 Fam	P3 Ind	P3 T+1	P3 Fam
65	782.88	1,226.29	1,981.17	1,009.34	1,585.78	2,567.12	1,422.60	2,229.61	3,603.49
66	805.52	1,262.24	2,039.76	1,038.78	1,585.78	2,596.56	1,463.81	2,229.61	3,644.70
67	828.85	1,299.27	2,100.12	1,069.11	1,585.78	2,626.88	1,506.27	2,229.61	3,687.15
68	852.88	1,337.40	2,162.28	1,100.34	1,585.78	2,658.11	1,549.99	2,229.61	3,730.88
69	877.62	1,376.69	2,226.31	1,132.51	1,585.78	2,690.29	1,595.03	2,229.61	3,775.92

Individual – Titular.
 Titular con un dependiente, el de mayor edad se cotiza
 Familiar

INCLUYEN GASTOS DE EMISIÓN E
 IVA.



ELEGIBILIDAD y TÉRMINO DE COBERTURA

Completar su [solicitud](#) en todos los casos, con prima inicial pagada. [IVE](#) personal o jurídico y formulario [Adicional](#).

Todo asegurado de 50 años o más, deberá realizarse un examen médico **coordinado por BYNSA**.

Solicitantes mujeres mayores de 40 años deberán adjuntar informe ginecológico y/o Papanicolaou.

Edad para ingresar del Titular y cónyuge entre 18 a 69 años, **finalizando a los 99 años o agotar el MV**.

Para hijos dependientes desde 14 días de nacido, hasta 23 años, **finalizando a los 25 años o agotar el MV. Pero la aseguradora les da de baja en la renovación, de forma contractual, NO hay AVISO el asegurado debe estar atento a ello.**

