



ASEGURADORA
GENERAL

PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO



MEDI Flex



GENMedical

Recientemente Aseguradora General ha actualizado y modernizado su producto de Gastos Médicos Individuales “**MEDIFlex**”, tanto para darte un producto mejor diseñado, como para atender a las necesidades de nuevos planes de salud, además de cumplir con la normativa y regulación vigente establecida por la Superintendencia de Bancos.

Estos cambios nacen para dar cumplimiento a:

Resolución 14-2016 de la Junta Monetaria, en la cual se da vida al Reglamento del Seguro Colectivo.

Acuerdo 7-2017 de la Superintendencia de Bancos, en el cual se establece el **Procedimiento para el Registro de Planes de Seguros**, artículo 36 **Registro de planes de seguros y bases técnicas**, de la Ley de la Actividad Aseguradora.

Resolución 245-2019, aprobación de la Superintendencia de Bancos para el registro de la Póliza de Gastos Médicos Individuales en favor de Aseguradora General, S.A.



SEGURO DE VIDA

El programa de seguro MEDIFLEX, ofrece adicional a la cobertura de gastos médicos, una cobertura de seguro de vida, la cual se otorga de manera automática al asegurado titular y que también puede ser contratada de manera opcional por el cónyuge.

Ahora los montos de cobertura de seguro de vida pueden seleccionarse para cualquier plan hospitalario o completo.

Suma Asegurada 1	Suma Asegurada 2	Suma Asegurada 3
Q 50,000.00	Q 75,000.00	Q 100,000.00



ADEMAS DE NUESTROS YA CONOCIDOS PLANES DE COBERTURA MAXIMA VITALICIA PARA GASTOS MÉDICOS

PLANES ACTUALES

- 1 Plan Hospitalario**
Q 600,000.00
- 2 Plan 1 Completo**
Q 1,500,000.00
- 3 Plan 2 Completo**
Q 3,000,000.00

PLANES NUEVOS

NEW	Plan 1 Hospitalario	Plan 2 Hospitalario	Plan 3 Hospitalario
	Q 1,500,000.00	Q 3,000,000.00	Q 4,000,000.00

NEW	Plan 3 Completo	
	Q 4,000,000.00	Q 500,000.00



DEDUCIBLE

Es la cantidad mínima inicial que se resta de los gastos médicos elegibles, que sean incurridos por cada individuo asegurado.



El deducible se aplica por año calendario y por persona, el monto del deducible ahora es el mismo para todos nuestros planes.

	Plan Hospitalario y Completo
❖ Dentro de C.A.	Q 2,000.00
❖ Fuera de C.A.	US\$ 2,000.00

❖ *El asegurado deberá cubrir el deducible únicamente cuando **no utilice la red.***

DEDUCIBLE FAMILIAR

Sigue siendo la suma de los deducibles individuales por año calendario de 3 (tres) miembros de una misma familia (asegurado titular y asegurados dependientes) incurrido en el mismo año calendario.

Es decir al cubrir 3 (tres) deducibles de una misma familia (asegurado titular y asegurados dependientes), al cuarto integrante de la familia ya no le será descontado deducible.





PLAN DENTAL

❖ Este beneficio ofrece una cobertura adicional para cubrir todos aquellos Gastos Dentales elegibles, que sean incurridos tanto por el asegurado titular como sus dependientes, este beneficio puede ser contratado de manera opcional y tiene una tarificación adicional al seguro de gastos médicos.

❖ Aplica únicamente en red de proveedores. Sin reembolso convencional.

MATERNIDAD Y ATENCIONES AL RECIÉN NACIDO

¿Quiénes son elegibles para este beneficio?

Las mujeres aseguradas como titular o cónyuge, y que tengan al menos 10 meses de cobertura continúa en el seguro.

Plan Hospitalario Q.600,000.00	Plan 1 Hospitalario y Completo Q. 1,500,000.00	Plan 2 Hospitalario y Completo Q 3,000,000.00	Plan 3 Hospitalario y Completo Q 4,000,000.00
Q 7,500.00 Cónyuge incluido	Q 12,000.00	Q 20,000.00	Q 40,000.00



MATERNIDAD Y ATENCIONES AL RECIÉN NACIDO

Coberturas especiales para el recién nacido.

El recién nacido cuenta con una cobertura para todos aquellos servicios médicos elegibles que requiera al momento de nacer, como lo son gastos de pediatra que recibe al recién nacido y sala cuna. Dicho beneficio tiene una cobertura máxima específica según el plan contratado.

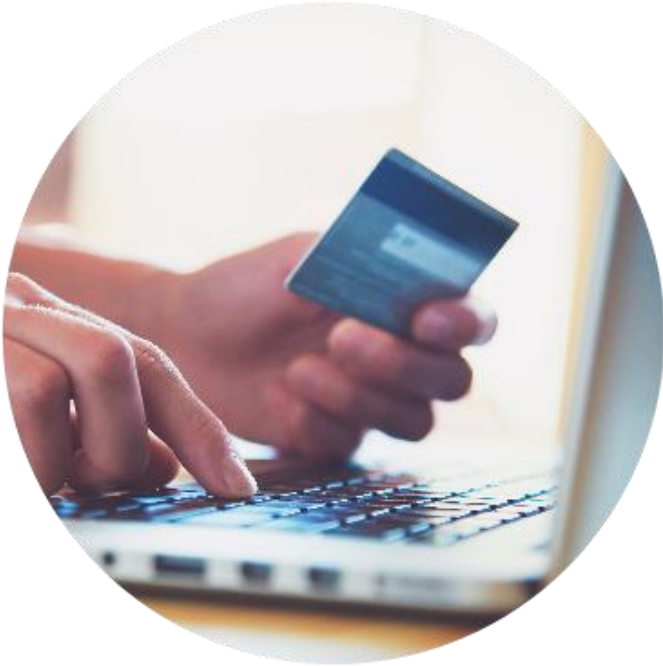
Plan Hospitalario Q.600,000.00	Plan 1 Hospitalario y Completo Q. 1,500,000.00	Plan 2 Hospitalario y Completo Q 3,000,000.00	Plan 3 Hospitalario y Completo Q 4,000,000.00
Q 2,000.00	Q 3,500.00	Q 4,000.00	Q 4,500.00

El bebé recién nacido, cuenta con **INCLUSIÓN AUTOMÁTICA** en la póliza como dependiente hijo(a). Presentando únicamente formulario de adición de dependiente.

Después de un 1 mes de nacido se pedirá informe del pediatra actual.

Todos los planes Completos cuentan con la cobertura de niño sano hasta el cumplimiento de los 5 años.

UTILIZACIÓN DEL SEGURO



Pago directo

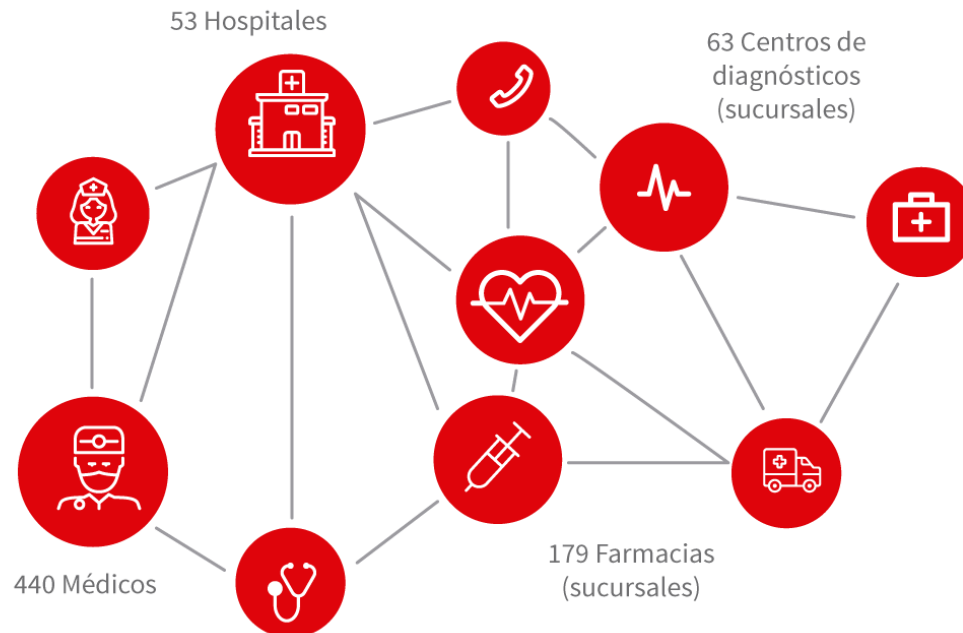


Reembolso convencional

¿CÚAL ES EL BENEFICIO DE UTILIZACIÓN DE RED?

(PAGO DIRECTO)

Al utilizar la red de proveedores de Aseguradora General, nuestros asegurados tienen la facilidad de poder obtener los servicios de los mejores médicos, hospitales, farmacias y centros de diagnósticos del país, no teniendo que pagar el 100% de los gastos médicos incurridos, únicamente deben de hacer el pago de un porcentaje del total de los gastos (PARTICIPACION DEL ASEGURADO) de acuerdo al plan contratado.



ATENCIÓN PRIMARIA



COBERTURAS PAGO DIRECTO (GUATEMALA)	PLANES DE HOSPITALIZACIÓN	PLANES COMPLETOS
Consulta Médico General Consulta Médico Especialista	No aplica No aplica	Q 50.00 por consulta Q 70.00 por consulta
MEDICAMENTOS Bio-equivalentes de Marca	20%	20%
Exámenes de Laboratorio y Rayos X Exámenes Especiales	No aplica 15%	15%

ATENCIÓN MÉDICA



GENMedical

BENEFICIOS	PLANES DE HOSPITALIZACIÓN	PLANES COMPLETOS
Video Consulta – Consulta Médica	Sin Copago	Sin Copago
Telemedicina – Consulta Médica	Sin Copago	Sin Copago
Visita Médica a Domicilio	No Aplica	Q 100.00
Servicio de Ambulancia en caso de Emergencia	Q 100.00	Q 100.00

PARTICIPACION DEL ASEGURADO

BENEFICIOS	PLANES DE HOSPITALIZACIÓN	PLANES COMPLETOS
Consulta Ambulatoria Copago Médico General Copago Médico Especialista o Subespecialista Medicamentos en Farmacias de Red	No Aplica No Aplica 20%	Q 70.00 Q 100.00 20%
Exámenes de Laboratorio y Rayos X CLINILAB – Clínicas LHS Centro Médico y Tecniscan Otros Centros de Diagnóstico Exámenes Especiales Centro Médico y Tecniscan Otros Centros de Diagnóstico	No aplica No aplica No aplica 25% 20%	15% 25% 20% 25% 20%
Emergencias Hospitales Tipo A y Tipo B	Q 900.00 + % de Coaseguro según hospital	Q 600.00 + % de Coaseguro según hospital
Hospitalizaciones Hospitales Tipo A Hospital El Pilar Las Américas Hospital Esperanza Centro Médico Multimédica Herrera Llerandi, habitación Semi Privada Herrera Llerandi, habitación Privada	20% 20% 25% 25% 25% 25% 30%	20% 20% 25% 25% 25% 25% 30%
Hospitales Tipo B y Departamentales Participación del asegurado (Copago)	20%	20%

PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSO CONVENCIONAL



Bajo esta modalidad el asegurado opta por realizar el pago del 100% de los gastos médicos para posteriormente presentarlos a la Compañía y obtener el reembolso respectivo de acuerdo a las condiciones de la póliza contratada.

Todo reclamo estará sujeto a deducible anual y a los ajustes que se consideren necesarios según los protocolos médicos.

PASO 1

Completar el formulario correspondiente, el cual consta de las siguientes secciones,

“**A**” Para ser completada por el asegurado principal.

“**B**” Para ser completada por el médico tratante.

IMPORTANTE: Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo conteste todas las preguntas del formulario detalladamente.

SECCIÓN "A" PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre de la Empresa para la cual labora el Asegurado principal: _____
 Nombre completo del Asegurado principal: _____
 Por este medio solicito el pago de los Gastos Médicos incurridos por: mi esposa(o) hijo(a)
 Nombre completo del paciente: _____
 DPI: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____ Ocupación: _____
 E-mail: _____

En caso de accidente:
 Indique cuando ocurrió: _____ Donde ocurrió: _____
 Cómo ocurrió: (Practicando algún deporte, uso de maquinaria, vehículos, riñas, etc.): _____

En caso de enfermedad:
 Describa los síntomas: _____
 Fecha en que dió inicio: _____ Fecha de la primera consulta: _____
 Ha incurrido en gastos por esta enfermedad en los meses anteriores a la fecha indicada anteriormente:
 Sí: _____ No: _____ ¿Cuándo? _____
 Nombre y teléfono de médico tratante: _____

En caso de maternidad:
 Fecha de inicio de embarazo: _____
 Fecha de la atención: _____

EN CUALQUIERA DE LOS CASOS INDIQUE:

Nombre, dirección, teléfono del primer médico consultado y de otros médicos que prestaron sus servicios:

TIENE SEGURO CON OTRA COMPAÑÍA: Sí: _____ No: _____

Si su respuesta es afirmativa favor indicar el nombre y número de póliza: _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden y las facturas adjuntas son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender. Autorizo a todos los médicos y otras personas que me atendieron y a todos los hospitales y otras instituciones para que suministren a la compañía de seguros que ampara la presente póliza, cualquier información incluyendo copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y rayos X pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la compañía se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo, hasta la obtención de todas las pruebas necesarias para la misma a su completa satisfacción.

No. Póliza: _____ Certificado: _____

Fecha: _____ Firma del asegurado principal: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Si su plan es colectivo (aquí completar sección con los siguientes datos RRHH):

Empresa contratante y sello:	Firma autorizada:	Cargo:
------------------------------	-------------------	--------

NO OLVIDE ADJUNTAR LAS FACTURAS DETALLADAS DE LOS GASTOS DE HOSPITAL, DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO (CIRUJANOS, ANESTESISTA, RADIÓLOGO, LABORATORISTA, RESULTADOS DE LABORATORIO, MEDICINA, RECETAS Y RX.)

SECCIÓN "B" PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

1. Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo M () F ()
 2. Fecha de primera consulta por esta incapacidad: _____
 3. Dé su diagnóstico completo: _____

 4. Según su opinión ¿Cuándo se originó la causa básica de esta enfermedad o lesión? _____
 5. Fecha inicial de tratamiento: _____
 6. Ordenó usted hospitalización Sí () No () En caso negativo nombre del médico que la ordenó: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 7. Si el paciente fue retenido por otro médico o hay otro médico involucrado favor citar:
 Nombre: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____

**PARA SU COMODIDAD FAVOR COMPLETAR ÚNICAMENTE LA SECCIÓN QUE
CORRESPONDE AL TRATAMIENTO PROPORCIONADO**
TRATAMIENTO AMBULATORIO

Número de visitas en clínica: _____ Valor por visita: _____ Total: _____
 Número de visitas a domicilio: _____ Valor por visita: _____ Total: _____
 Exámenes de Diagnóstico ordenados: _____
 Medicamentos ordenados: _____

TRATAMIENTO HOSPITALARIO

Nombre del hospital: _____
 Fecha de admisión: _____ Hora: _____ Fecha de egreso: _____ Hora: _____
 Si no hay cirugía describa el tratamiento específico dado a cada una de las lesiones: _____

 Número de visitas dentro del hospital: _____ Valor por visita: _____ Total: _____
 (Solo para casos en los que no hay cirugía involucrada) Honorarios por tratamiento: _____
 Si hay cirugía indique el nombre del o los procedimientos realizados: _____
 Número de código RVS: _____
 Número de código RVS: _____
 Honorarios por procedimiento quirúrgico: _____

MATERNIDAD

Si el reclamo es por maternidad indique:
 Fecha aproximada de fecundación: _____ Fecha de atención: _____

Si el paciente continuará en tratamiento, favor indicar por cuanto tiempo: _____

Observaciones: _____

Nota: Como médico tratante, autorizo a los hospitales y a otras Instituciones a que oloquen a la compañía de seguros que ampara la presente póliza todos los Informes que se refieren a la salud del paciente asegurado, Inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto en este caso relevo a las Instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tienen el valor que el original. Bajo protesta de decir verdad manifiesto que la información proporcionada en estas formas fue tomada directamente tanto del paciente asegurado como del expediente clínico.

Nombre del médico: _____ Colegiado No. _____

Dirección y teléfono: _____ Fecha: _____

Sello del médico: _____ Firma: _____

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS REEMBOLSA LOS GASTOS MÉDICOS DEPENDIENDO DE LAS CONDICIONES INDIVIDUALES DE LA PÓLIZA CONTRATADA. EN NINGÚN CASO SERÁN RECONOCIDOS COMO GASTOS CUBIERTOS AQUELLOS QUE NO SEAN RAZONABLEMENTE NECESARIOS, NI SE PAGARÁ ALGUNO EN EXCESO DE LA CANTIDAD QUE USUALMENTE DEBE RECONOCERSE POR EL SERVICIO O MEDICAMENTO QUE SE TRATE.

PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSO CONVENCIONAL

PASO 2

Adjuntar los siguientes documentos de reclamo,

- Facturas, detallando el nombre del paciente, tipo y fecha de servicio. Deben emitirse a nombre del ASEGURADO TITULAR.
- Recetas debidamente firmadas y selladas por el médico tratante. Se debe especificar nombre, dosis y duración del tratamiento prescrito.
- Estudios de laboratorio, adjuntar orden y resultado de exámenes efectuados.
- Gastos por hospitalización, adjuntar estado de cuenta con fecha de ingreso y salida, así como desglose de gastos.
- Procedimientos quirúrgicos, deben presentar récord de anestesia, nota operatoria, informe de patología, así como resultado de estudio diagnóstico.

Contactos

Envío de reclamos digitales:
reclamosconvencionales@aseguradorageneral.com

Consultas sobre reclamos:
reembolsoconvencional@aseguradorageneral.com



ASISTENCIA EN VIAJES

Adicional a la cobertura de Gastos Médicos, el plan incluye un servicio de asistencia para viajes. Los montos de cobertura aplican para cada viaje y para todo el grupo familiar asegurado con un máximo de **90 días** continuo por cada viaje.

BENEFICIOS	Duración 90 días	Covid-19
Asistencia Médica y Hospitalaria Gastos Médicos Hospitalarios por Accidente o Enfermedad Gastos por medicamentos por Ambulatorios Mediphone 24/7	\$ 12,500.00 Incluido en límite \$ 250.00 Incluido \$ 250.00	\$ 5,000.00
Gastos Odontológicos Repatriación Repatriación de Herido o Enfermo Traslado / Repatriación de Restos Mortales Traslado Médico Evaluación Sanitaria	Incluido en límite Incluido en límite Incluido en límite Incluido en límite	
Asistencia Legal Honorarios de Abogados Anticipo de Fianza	\$ 15,000.00 \$ 2,500.00 \$ 12,500.00	
Compensaciones Compensación de Gastos de Cancelación de Viaje – Boletos Aéreos Compensación de Gastos de Cancelación de Viaje – Boleto Terrestre Compensación por Demora o Extravío de Equipaje por mas de 36 Hrs. Compensación Complementaria por Pérdida de Equipaje	\$ 700.00 \$ 700.00 \$ 700.00 \$ 1,200.00 (40 por kilo)	
Equipaje Localización de Equipaje	Incluido	
Otras Coberturas Terapia de recuperación física / 10 sesiones Gastos de hotel por convalecencia Desplazamiento de acompañante (Ida y Vuelta) Gastos estancia de acompañante Regreso en fecha diferente Retorno de menores Reembolso de gastos por vuelo demorado o cancelado	\$ 350.00 \$ 800.00 (\$ 100.00 por día) \$ 1,100.00 \$ 800.00 (\$ 100.00 por día) Diferencia de tarifa Incluido \$ 150.00	

INFORMACIÓN ADICIONAL



10 % de Anticipo funerario de Acuerdo a la suma asegurada de vida contratada

Suma Asegurada 1	Suma Asegurada 2	Suma Asegurada 3
Q 5,000.00	Q 7,500.00	Q 10,000.00

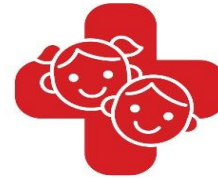
- Edad máxima de ingreso 64 años
- Salida de dependientes 25 años
- ❖ Reducción al cumplimiento 65 años

✓ Edad Terminación

- Planes Hospitalarios Vitalicio
- Planes Completos Vitalicio

- ❖ Las reducciones aplican únicamente para gastos médicos.

NUEVO PLAN COMPLETO



MEDIFlex
kids

MEDIFlex, ahora te brinda la oportunidad de contratar un plan completo para los mas pequeños de la casa con el Plan Kids, sin que los padres tengan que asegurarse.

✓ Edad minima para la contratación del Plan Kids	1 año
✓ Edad maxima para la contratación del Plan Kids	17 años
✓ Edad de la terminación dentro del Plan Kids	18 años
✓ Garantía de traslado al Plan 1 Completo al cumplimiento de	18 años
✓ Padre o Madre puede optar por contratar una suma de Vida adicional.	
✓ Maximo Vitalicio	Q 500,000.00
✓ Vacunas y control de niño sano	
✓ Maximo Anual	Q 5,000.00
✓ Edad de terminación	Al cumplimiento de 5 años