

Guatemala, 01/06/2022

Vigencia 01/06/2022 al 01/06/2023

MINI-GRUPOS

MANUAL DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y GASTOS MEDICOS

Señores
Intermediarios de Seguros
Ciudad

Estimados Señores:

Agradecemos la confianza brindada a **MAPFRE** | Seguros Guatemala, S.A. para cotizar el Seguro de Vida y Gastos Médicos (**Mini Grupo**) cuyos términos y condiciones se presentan más abajo.

MAPFRE | Seguros Guatemala forma parte del mayor grupo asegurador de España que desarrolla principalmente actividades aseguradoras, reaseguradoras y servicios de asistencia.

Contamos con presencia internacional en 49 países con más de 36,000 profesionales en todo el mundo, con presencia en Europa, Asia, África y América.

La propuesta está basada en la información proporcionada por la empresa, cualquier cambio en la misma requerirá una nueva cotización.

Entre los servicios exclusivos que **MAPFRE** | Seguros Guatemala, S.A. ofrece, podemos mencionar:

1. Carné de identificación para asegurados en Gastos Médicos
2. Cobertura para dependiente de titular fallecido.
3. Atención de emergencia las 24 horas, los 365 días del año, autorizaciones para emergencias para hospitalizaciones en horas y días inhábiles.
4. Servicio de asesoría al asegurado las 24 horas.
5. La Red de Proveedores más completa del país.
6. Facturación individual a solicitud del contratante.
7. Reportes mensuales de Reclamos a requerimiento del cliente para evaluar la siniestralidad.

CONDICIONES DEL PROGRAMA

1. Cada Mini Grupo deberá contar con un mínimo de cinco (5) o más empleados, pero menos de veinticinco (25)
2. En el momento que el Mini Grupo llegue a tener 26 empleados, se separará de la póliza y se emitirá su propia Póliza con los mismos beneficios siempre y cuando la experiencia de dicho Grupo no haya constituido más del 50% de su prima contribuida a la Póliza Global.
 - Las tarifas que se cobrarán serán las que estén en vigor en el momento de la separación y se mantendrán vigentes por un año póliza completo. En dicho momento, se recalcularán y de allí en adelante se seguirá su proceso normal.
3. Todo cambio de plan podrá efectuarse únicamente en la fecha de renovación de la póliza maestra.
4. Son elegibles para esta cobertura las personas que estén entre la edad de 18 y 59 años inclusive, la tarifa mensual se debe determinar de acuerdo a la edad promedio del grupo asegurable (ver cuadro de rangos de edad y tarifas).
5. Solo Mini Grupos riesgo "A" podrán ser incluidos. Se entiende por riesgo "A" a las Empresas con labores eminentemente administrativas, servicios y afines.
6. Se excluyen como grupos elegibles al programa empleados de seguridad, guardianes empleados de la construcción y/o limpieza y otros que tengan riesgos agravados.
7. Todos los empleados a incluir deben completar una Tarjeta de Consentimiento Individual de Seguro, así como una Declaración de Salud y estarán sujetos a las Normas de Suscripción de la Compañía.
 - Si la Declaración de Salud presentara algún padecimiento significativo, este podría ser excluido por un período de tiempo o permanentemente según el Análisis de nuestro Médico Asesor.
8. Deberán estar domiciliados en Guatemala, y estarán asegurados en el momento que la Compañía de por aceptada su Declaración de Salud, la cual únicamente puede ser el uno de cada mes, si se solicita inclusión entre el 01 al 15 del mes, la fecha efectiva será en uno del mismo mes en curso.
 - Solicitudes con fechas posteriores al 15 de cada mes, la Cobertura será efectiva el primero del siguiente mes.
 - *Bajo ninguna circunstancia se otorga cobertura retroactiva.
9. La facturación será individual por Grupo Asegurado
10. El Contratante del Mini Grupo deberá contribuir con un porcentaje de prima no menor del 25%

11. Los Mini Grupos vigentes a la fecha de Renovación serán renovados automáticamente por Endoso a la Póliza Maestra.
12. El análisis de renovación del programa de Mini Grupos se realizará en función a la vigencia de la Póliza Maestra, por lo que no importando la fecha de inicio de cada grupo nuevo estará sujeto a las modificaciones de tarifa que la compañía aseguradora considere necesaria según el resultado global del producto.
13. La documentación requerida para incluir cada Mini Grupo en la Póliza consiste en: Una breve descripción por escrito indicando a que se dedica la empresa y firmada por el Agente Vendedor; la Solicitud del Contratante pidiendo ingreso a la Póliza, las Declaraciones de Salud de cada empleado, su tarjeta de Consentimiento firmada con sus pormenores y designación de beneficiarios, así como el formulario IVE correspondiente. La Solicitud de la empresa Contratante debe venir llenada y firmada por el Representante Legal de la empresa.
14. Forma de Pago Mensual

SEGURO DE VIDA

PERSONAL ELEGIBLE Y EDADES DE ELEGIBILIDAD: Será elegible para el seguro de vida todo el personal activo al servicio de la empresa, comprendido entre los 18 y 59 años de edad con permanencia hasta el cumplimiento de los 75 años. Después de la fecha efectiva de la póliza no serán elegibles empleados nuevos mayores de 60 años.

CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD: Nuevos empleados serán elegibles de acuerdo a condiciones del contratante.

SEGURO DE VIDA					
BENEFICIOS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4	PLAN 5
Suma Asegurada (Titular únicamente)					
Seguro de Vida	La suma asegurada de vida será determinada en múltiplos de Q.25,000.00 aplicando una suma asegurada mínima de Q.50,000.00 y máxima de Q.300,000.00				
Reducción a 65 años	50%	50%	50%	50%	50%
Reducción a 70 años (2da. Reducción)	50%	50%	50%	50%	50%
Suicidio cubierto a partir de	2do. Año	2do. Año	2do. Año	2do. Año	2do. Año
Ayuda para Sepelio	10,000.00	10,000.00	10,000.00	10,000.00	10,000.00
Muerte y Desmembración Accidental	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta
Agresión	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta
Muerte Accidental Especial	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta
Exoneración de pago de primas por I.T.P.	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta
Anticipo por Enfermedades Terminales (se descuenta de la suma asegurada)	35%	35%	35%	35%	35%
Edades de Terminación					
Seguro de Vida	75 años	75 años	75 años	75 años	75 años
Muerte y Desmembración Accidental	65 años	65 años	65 años	65 años	65 años
Exoneración de pago de primas por I.T.P.	60 años	60 años	60 años	60 años	60 años
Tarifa Neta por Millar Mensual					
Seguro de Vida	Q0.35	Q0.35	Q0.35	Q0.35	Q0.35
Muerte y Desmembración Accidental	Q0.09	Q0.09	Q0.09	Q0.09	Q0.09
Agresión	Q0.06	Q0.06	Q0.06	Q0.06	Q0.06

ADELANTO DE CAPITAL POR ENFERMEDAD TERMINAL

El 35% del seguro de vida básico se pagará anticipadamente al empleado o representante legal (en caso de incapacidad total) al diagnosticársele al empleado una enfermedad terminal, con una razonable seguridad de fallecimiento en los siguientes 12 meses, comprobada por una segunda opinión y confirmada por el Auditor Médico de la compañía de seguros, siempre que el asegurado haya estado cubierto bajo la póliza un mínimo de 24 meses.

Las enfermedades que estarán cubiertas, después de cubierto el período de espera para este beneficio, son:

- Insuficiencia Renal
- Infarto al Miocardio
- Derrame o Hemorragia Cerebral
- Cirugía Arterio coronaria (By Pass)
- Cáncer
- Sida y cualquier enfermedad terminal.

Siempre y cuando el asegurado no se haga daños asimismo.

EXCLUSIONES SEGURO DE VIDA:

Suicidio: En caso de muerte por suicidio de un asegurado, ocurrido antes de cumplir dos años de vigencia de su certificado individual, cualquiera que haya sido la causa de dicho suicidio y el estado mental o físico del asegurado, la Compañía únicamente reembolsará al Contratante una cantidad igual al monto de primas percibidas de dicho asegurado en el evento de que el pago de la prima no fuese contributivo. En el evento de que el pago de prima fuese contributivo, la compañía pagará tal cantidad al (los) beneficiario (s) y en su defecto a los herederos legales.

BENEFICIO DE MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRACION:

En adición al monto pagadero por muerte natural, se pagará una suma igual a la suma básica del seguro de vida, pagadera en caso de muerte accidental, o desmembración, de acuerdo a la tabla de porcentajes especificada a continuación:

TIPO DE PÉRDIDA	%
La pérdida de la vida	100%
La pérdida de dos o más miembros por amputación en o por encima de las muñecas o tobillos	100%
La pérdida total e irrecuperable de la vista de ambos ojos	100%
La pérdida total e irrecuperable de la vista de un ojo y la pérdida de un miembro por amputación en o por encima de la muñeca o tobillo	100%
La pérdida de un miembro por amputación en o por encima de la muñeca o tobillo	50%
La pérdida total e irrecuperable de la vista de un ojo	50%
La pérdida del dedo pulgar y del dedo índice de cualquiera de las manos por amputación en o por encima de las coyunturas metacarpo falangianas	50%

Si la muerte fuere calificada como "ESPECIAL", se pagará dos veces el monto contratado por muerte.

Se considera como accidente especial el que ocurre:

- a) Mientras viajare como pasajero en cualquier vehículo público que no sea aéreo, impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa de transportes públicos, con boleto pagado, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeto a itinerario fijo.
- b) Durante la utilización de un ascensor usualmente destinado para personas (excluyendo los ascensores de minas); o
- c) Como consecuencia del incendio de cualquier cine, teatro, hotel y otro edificio al que concurra o asista público.

EXCLUSIONES MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL:

No se pagará ningún beneficio por cualquier pérdida que resultare directa o indirectamente, total o parcialmente de:

- Lesiones corporales causadas intencionalmente por otra persona.
- Lesión intencionalmente infligida a sí mismo, ya sea en estado de cordura o locura;
- Guerra (declarada o no), huelgas, motines o rebelión civil, insurrección, guerra civil, operaciones bélicas, o terrorismo nacional e internacional;
- Cualquier acto delictuoso en que participe el asegurado directamente con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por provocación suya;
- La operación o transporte en ascenso o descenso de cualquier vehículo aéreo si el asegurado es piloto, oficial o miembro de la tripulación del mismo; o si está dando o recibiendo cualquier clase de entrenamiento o instrucción o si tiene cualesquiera deberes relacionados con o en ocasión del funcionamiento, mantenimiento u operación de tal vehículo, salvo que el asegurado viaje como pasajero en aeronave de línea comercial con itinerario, debidamente autorizado para el transporte de pasajeros.
- Dolencia corporal o mental, o enfermedad que contribuya total o parcialmente a la muerte, o si la pérdida resultare de tratamiento médico o quirúrgico o con motivo de la realización del diagnóstico correspondiente;
- Ptomaína o infección bacterial (excepto infección piógena que ocurra simultáneamente con y a consecuencia de una cortadura o lesión accidental visible o determinable);
- Veneno, gas o vapores (tragados, administrados, absorbidos o inhalados por accidente o de otra manera, voluntaria, o involuntariamente);
- Asfixia por estrangulación, ya sea voluntaria o involuntariamente.
- Insolación, hernia, locura;
- Cualquier enfermedad o dolencia, preñez o parto, y ninguna indemnización será pagadera por tal pérdida, aun cuando sea acrecentada o acelerada por un accidente;
- Accidentes que ocurran mientras el asegurado se encuentre bajo el efecto de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas.
- Mientras participe en reyertas o realice competencias de velocidad en algún vehículo con ruedas; o por exposición voluntaria a peligro innecesario;
- Desempeñando servicios militares o navales en tiempo de guerra, declarada o sin declarar, o bajo órdenes para efectuar operaciones bélicas o la restauración del orden público o realizando un arresto como representante de la ley.
- Tampoco se cubre pérdida alguna causada, directa o indirectamente, por asalto, homicidio o asesinato, o por suicidio o cualquier intento del mismo, bien sea que se cometa estando el Asegurado en su sano juicio o demente.
- Actos de personas que tomen parte en paros, huelgas o disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares, o de personas que actúen en conexión con alguna

organización política, o de personas mal intencionadas durante la realización de tales actos, o bien por las medidas de represión de los mismos tomadas por las autoridades.

Indisputabilidad: La póliza será indisputable por omisión o inexacta declaración, inmediatamente después de haber cumplido dos años de vigencia. Tratándose de miembros de nuevo ingreso a grupo asegurado, la indisputabilidad en cuanto a los mismos será después de dos años contados desde la fecha en que quedaron asegurados. Como excepción, en todo momento serán disputables los seguros de cada miembro del grupo asegurado, por inexactitud en la declaración de la edad.

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS

PERSONAL ELEGIBLE Y EDADES DE ELEGIBILIDAD: Será elegible para el seguro de gastos médicos todo el personal activo al servicio de la empresa, comprendido entre los 18 y 59 años de edad con permanencia hasta el cumplimiento de los 75 años. Después de la fecha efectiva de la póliza no serán elegibles empleados mayores de 60 años.

CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD: Nuevos empleados serán elegibles de acuerdo a condiciones del contratante.

Los hijos dependientes son elegibles desde los 10 días de nacidos, siempre y cuando el nacimiento se dé dentro de la cobertura pagando prima con dependientes y finaliza al cumplimiento de los 19 años de edad, pudiéndose extender hasta el cumplimiento de los 25 años de edad, siempre y cuando sean solteros, estudiantes a tiempo completo, residan en la misma dirección de los padres y dependan económicamente 100% de los padres.

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS					
BENEFICIOS	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4	PLAN 5
Límite Geográfico	Mundial	Mundial	Mundial	Mundial	Mundial
Máximo Vitalicio	Q550,000.00	Q1,000,000.00	Q1,500,000.00	Q2,000,000.00	Q3,000,000.00
Reducción al cumplimiento de 65 años	Q275,000.00	Q500,000.00	Q750,000.00	Q1,000,000.00	Q1,500,000.00
Reducción al cumplimiento de 70 años	Q137,500.00	Q250,000.00	Q375,000.00	Q500,000.00	Q750,000.00
Elegibilidad Recién Nacido	Día 10				
Edad de Terminación Gastos Médicos Titular y Cónyuge	75 años				
Edad de Terminación Gastos Médicos Hijos dependientes	25 años				
Máximo Vitalicio para VIH / SIDA	Q75,000.00	Q75,000.00	Q100,000.00	Q150,000.00	Q150,000.00
Deducible					
Dentro de Centroamérica, por año Calendario	Q750.00	Q1,000.00	Q1,200.00	Q1,400.00	Q1,600.00
Traslado de Deducible	No Aplica Cobertura				
Deducible Catastrófico					
Máximo deducibles por familia					
Fuera de Centroamérica, por año Calendario	\$750.00	\$1,000.00	\$1,200.00	\$1,400.00	\$1,600.00
Límite Diario para Cuarto y Alimentos					
Dentro y fuera de Centroamérica	Q800.00	Q1,000.00	Q1,100.00	Q1,200.00	Q1,400.00

Fuera de Centroamérica	\$125.00	\$140.00	\$150.00	\$175.00	\$250.00
Límite Diario para Cuarto Intensivo					
Límite de días	Sin Límite				
Dentro de Centroamérica	80%	80%	80%	80%	80%
Fuera de Centroamérica	\$260.00	\$300.00	\$350.00	\$400.00	\$450.00
Período de Preexistencias para enfermedades	12 meses				
Límite de Maternidad (Incluye Madre Soltera)					
De 0 a 12 meses	Sin Cobertura				
Después de 12 meses hasta un máximo	Q12,000.00	Q15,000.00	Q15,000.00	Q20,000.00	Q25,000.00
De 0 a 18 meses (Madre Soltera)	Sin Cobertura				
Después de 18 meses hasta un máximo (Madre Soltera)	Q12,000.00	Q15,000.00	Q15,000.00	Q20,000.00	Q25,000.00
Control de Niño Sano: cubre el control pediátrico y vacunas, hasta el cumplimiento de los 5 años, hasta el límite anual de (año calendario), aplica un periodo de espera de 6 meses para asegurados nuevos	Q2,000.00	Q2,200.00	Q2,500.00	Q3,000.00	Q3,500.00
Atención al Recién Nacido	Q2,000.00	Q2,200.00	Q2,500.00	Q3,000.00	Q3,500.00
Complicaciones al Recién Nacido					
Por condiciones congénitas o enfermedades adquiridas después del nacimiento, siempre y cuando el tratamiento sea suministrado antes de salir del hospital y que la maternidad haya sido elegible.	Q60,000.00	Q60,000.00	Q60,000.00	Q60,000.00	Q75,000.00
Reembolso Convencional					
Dentro de Centroamérica	80% / 20%	80% / 20%	80% / 20%	80% / 20%	80% / 20%
Fuera de Centroamérica	75% / 25%	75% / 25%	75% / 25%	75% / 25%	75% / 25%
Límite de Coaseguro (año calendario)					
Dentro de Centroamérica	Q50,000.00	Q50,000.00	Q50,000.00	Q50,000.00	Q50,000.00
Fuera de Centroamérica	\$15,000.00	\$15,000.00	\$15,000.00	\$15,000.00	\$15,000.00
Ambulancia					
Asistencia Médica dentro del perímetro de la ciudad	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta	Cubierta
Terrestre	80% / 20%	80% / 20%	80% / 20%	80% / 20%	80% / 20%
Aérea	Q40,000.00	Q50,000.00	Q50,000.00	Q75,000.00	Q75,000.00
Beneficios Adicionales					
Psiquiatría Interna	Q2,000.00	Q2,000.00	Q2,000.00	Q2,000.00	Q2,000.00
Continuidad de Cobertura para Dependientes	1 año				
Ayuda de Sepelio para familiares dependientes	Q10,000.00	Q10,000.00	Q10,000.00	Q10,000.00	Q10,000.00

Condiciones Especiales:

1. Los zapatos ortopédicos si la póliza cubre problemas congénitos se limitaran a 2 pares al año a niños menores de 15 años, en adultos un par cada 2 años, este costo bajo reembolso convencional sujeto a los razonable y acostumbrado en el medio.
2. Plantillas y medias antitromboticas se cubrirán solo por incapacidades cubiertas por la póliza en reembolso convencional, sujeto a los costos razonables y acostumbrados.
3. Muletas, bastones, andadores, sillas de ruedas e inmovilizadores se pagaran bajo reembolso convencional al 80% del valor facturado, sujeto a los costos razonables y acostumbrados.
4. Fajas, colchones anti-escara, se pagaran bajo reembolso convencional al 50% del valor facturado, sujeto a los costos razonables y acostumbrados.
5. Implementos de uso común (ligas, pelotas de yoga, alfombras, equipo de terapia para uso doméstico, etc.) sin cobertura.

NOTA:

1. La fecha de vigencia de cada minigrupo debe ser el 1ero de cada mes
2. La fecha de renovación de los minigrupos será la fecha de vigencia de la polizas maestra Junio de cada año.
3. Independientemente de la fecha de emisión de un minigrupo su fecha de renovación será Junio de cada año.
4. Si deciden contratar el seguro es indispensable que al momento de ingresar toda la documentación, deben presentar sin excepción la prima inicial para que se pueda emitir la póliza.

Para toda propuesta presentada con traslado de preexistencias se debe tomar en cuenta que los diagnósticos a los cuales les aplica el traslado son los reportados al momento de su siniestralidad cotizada, si tenemos un diagnostico no reportado dentro del estudio, este deberá aplicar su periodo de preexistencias de 12 meses

TARIFAS DE GASTOS MEDICOS

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS					
TARIFAS PARA EDADES DE 18 A 40 AÑOS**	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4	PLAN 5
Prima neta mensual					
Sin Dependientes	Q177.00	Q202.00	Q241.00	Q317.00	Q411.00
Con Dependientes	Q582.00	Q633.00	Q759.00	Q1,012.00	Q1,293.00
Gastos de Emisión					
Sin Dependientes	Q8.85	Q10.10	Q12.05	Q15.85	Q20.55
Con Dependientes	Q29.10	Q31.65	Q37.95	Q50.60	Q64.65
Prima Neta + Gastos de Emisión Mensual					
Sin Dependientes	Q185.85	Q212.10	Q253.05	Q332.85	Q431.55
Con Dependientes	Q611.10	Q664.65	Q796.95	Q1,062.60	Q1,357.65

**Con permanencia hasta el cumplimiento de los 75 años, a las tarifas mensuales agregarle IVA.
La tarifa mensual se debe determinar de acuerdo a la edad promedio del grupo asegurable y podría cambiar de rango cuando se defina el grupo asegurado.

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS					
TARIFAS PARA EDADES DE 41 A 59 AÑOS**	PLAN 1	PLAN 2	PLAN 3	PLAN 4	PLAN 5
Prima neta mensual					
Sin Dependientes	Q225.00	Q258.00	Q306.00	Q403.00	Q523.00
Con Dependientes	Q740.00	Q805.00	Q966.00	Q1,288.00	Q1,640.00
Gastos de Emisión					
Sin Dependientes	Q11.25	Q12.90	Q15.30	Q20.15	Q26.15
Con Dependientes	Q37.00	Q40.25	Q48.30	Q64.40	Q82.00
Prima Neta + Gastos de Emisión Mensual					
Sin Dependientes	Q236.25	Q270.90	Q321.30	Q423.15	Q549.15
Con Dependientes	Q777.00	Q845.25	Q1,014.30	Q1,352.40	Q1,722.00

**Con permanencia hasta el cumplimiento de los 75 años, a las tarifas mensuales agregarle IVA.
La tarifa mensual se debe determinar de acuerdo a la edad promedio del grupo asegurable y podría cambiar de rango cuando se defina el grupo asegurado.

CLINICA PRIMARIA y MEDICONLINE



¡Porque tú eres lo más importante!
Sigue en ésta dirección y encontrarás todas estas ventajas para ti!

- Consulta médica previa cita **sin copago**, ni coaseguro, necesario presentar Carné de Seguro Tecnican de Majadas, copago preferencial para nuestros asegurados
- Staff de médicos especialistas de Punto Médico Majadas
- Farmacia Meykos en el mismo lugar para su comodidad
- En pago directo NO aplica mínimo para compra en medicamentos
- Atención inmediata de autorizaciones por parte de personal de MAPFRE
- Accesibilidad y amplio parqueo

¡Visítanos y aprovecha todos estos beneficios!



ASISTENCIA PLUS

MEDIPHONE 24



El servicio tiene por función proporcionar atención médica inmediata, cuyo estado así lo requiera en tiempo real, valorando la aparición de los síntomas o problemas y su categorización como urgencia médica real (real o relativa) o emergencia médica, y la actuación según protocolos médicos, interconsultando en los casos que así lo requieran con un médico de emergencia para determinar su clasificación y protocolos a seguir. Disponible 24hs, los 7 días de la semana. Sin límites de utilización.

MEDICONLINE



A través de video consulta desde cualquier dispositivo electrónico el Afiliado podrá recibir atención médica primaria, proporcionando lo siguiente:

- ✓ Historial médico accesible desde cualquier dispositivo electrónico
- ✓ Receta médica digital con firma electrónica
- ✓ Informe de laboratorio digital con firma electrónica

Disponible 24hs, los 7 días de la semana. Sin límites de utilización.

ENVIO DE MÉDICO A DOMICILIO



En caso que Afiliado estuvieran imposibilitados para trasladarse a un centro médico y las características de la situación así lo exigen MAPFRE ASISTENCIA coordinará el envío de un médico al domicilio, a efecto de realizar una valoración clínica. Disponible 24hs, los 7 días de la semana. Hasta 4 eventos por año de vigencia.

ENVÍO DE AMBULANCIA



En caso de que el Afiliado sufran un accidente o una enfermedad repentina que para su estabilización y tratamiento requiera del traslado en ambulancia, MAPFRE ASISTENCIA coordinará el envío de ambulancia para traslado al centro hospitalario más cercano. Disponible para todas las capitales y principales ciudades de los países de la región. Disponible 24hs, los 7 días de la semana. Hasta 4 eventos por año de vigencia.

ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA



El Afiliado tiene la posibilidad de recurrir a la ayuda de un profesional para recibir orientaciones a través de un conjunto de medidas con el objetivo de aliviar o canalizar el manejo del problema, ya sea este el manejo del duelo, separación, depresión, trastornos alimentarios entre otros. Disponible 24hs, los 7 días de la semana. Hasta 4 eventos por año de vigencia.

SERVICIO DE MEDIPHONE 24

El servicio de Mediphone 24: servicio dentro del perímetro de la ciudad.

1. Consulta Médica telefónica las 24 horas del día los 365 días del año sin costo para el asegurado y sin límite de llamadas.
2. Consulta Médica domiciliar en caso de emergencia: presencia del médico o paramédico en el domicilio para atención de crisis médica y resolución en el domicilio con copago de Q.112.00
3. Ambulancia: traslado al hospital por emergencia, accidente o posterior a la atención domiciliar con copago de Q.112.00

El teléfono de Mediphone 24 para emergencias es **23285060** o **23755060** opción 1. Se debe identificar como asegurado de MAPFRE | Seguros Guatemala, S.A., indicando su nombre y presentar el carné.

De requerirse los servicios de atención médica domiciliar y traslado de ambulancia, aplica únicamente un copago de Q.112.00.

Si a consecuencia de un accidente 2 o más miembros de la familia son lesionados, aplica un máximo de 3 copagos.

Perímetro de la ciudad	Kilómetro	Punto de Referencia
Carretera a El Salvador	Km. 15	Altura Walmart
Carretera a Occidente	Km. 16	Altura cruce a San Cristóbal, incluye Ciudad San Cristóbal
Carretera al Atlántico	Km. 6.5	Altura de la colonia Lomas del Norte.
Carretera al Pacífico	Km. 12	Altura de la entrada a San Cristóbal.
Carretera hacia Amatitlán ruta Villahermosa		Altura de la colonia Elgin zona 13 final

No cubre las siguientes áreas rojas:

Zona 3: Colonia El Gallito, Colonia Trinidad, Colonia La Ruedita.

Zona 4; La Terminal.

Zona 5: Colonia 15 de agosto, Colonia El Esfuerzo, Colonia La Limonada.

Zona 6: Colonia Jocotales, Colonia La Ermita, Colonia Gobernación, Colonia El Molino, Colonia Santa Luisa, Bajos del Puente Belice.

Zona 7: Colonia El Amparo, Colonia Sakerti, Colonia El Granizo, Colonia Galerías, Colonia Trinidad, Colonia 4 de febrero, Colonia 24 de Julio, Colonia 6 de octubre, Colonia La Joya 1, 2, 3, Colonia Madre Dormida, Colonia Tecún Umán, Colonia Prado Vélez, Colonia Bethania, Colonia Verbena.

Zona 12: Colonia Mezquital, Anexo Colonia Villa Lobos 1 y 2, Colonia Esperanza, Colonia El Búcaro, Colonia El Éxodo, Interior USAC.

Zona 17: Colonia Canalitos, Colonia El Carmen.

Zona 18: Colonia Alameda 1,2, Colonia Paraíso 1, 2, 3, Colonia Las Tapias, Colonia Las Ilusiones, Granjas Julia.

Zona 8 de Mixco: Colonia Berlín, Ciudad Peronia y asentamientos aledaños.

CONDICIONES DE GASTOS MÉDICOS

Devolución de carné de seguro: La empresa contratante se compromete que cuando se reporte la baja de una persona, debe devolverse el carné respectivo y enviarlo a su corredor de seguros, ya que el mal uso posterior a la baja en consultas, exámenes u otro servicio que no requiera pre autorización, será cobrado directamente al contratante de la póliza.

Maternidad

Cubre los gastos incurridos por tratamientos pre-natales y post-natales, Hospitalización: Honorarios del Médico o Cirujano que realizó el Procedimiento Quirúrgico; Laboratorios y

Medicamentos, ocasionados exclusivamente por la Asegurada Titular o la Cónyuge del Asegurado Titular. Cubre a empleadas solteras.

Los gastos médicos por maternidad se pagarán hasta el monto máximo establecido en la Tabla de Beneficios. Este beneficio no es diferible y es pagadero una vez por cada embarazo. **El pago por este beneficio disminuye el Máximo Vitalicio Contratado.**

a) Asegurado(a) titular que pague prima con Dependientes (Empleada Casada y Esposa del Trabajador) Este beneficio es efectivo después de haber finalizado el doceavo (12) mes de cobertura continua.

b) Asegurada titular que pague prima sin Dependientes (Empleada Soltera)

El pago por este beneficio es efectivo después de haber finalizado el decimoctavo (18) mes de cobertura continua.

Complicaciones del Recién Nacido antes de salir del hospital

Aplica cobertura para recién nacido prematuro y padecimientos congénitos a partir de los 0 días hasta el límite indicado en el cuadro de beneficios, cuando el recién nacido no haya salido del hospital y dicha cobertura forma parte del Máximo Vitalicio. La cobertura aplica para los dependientes nacidos dentro de la cobertura de empleados que pagan en categoría con dependientes, siempre y cuando la maternidad que dio origen a dicho nacimiento esté cubierta. Para el recién nacido sano aplica la cobertura a partir del día 10 de nacido.

CONTROL DE NIÑO SANO: Cubre el control pediátrico y vacunas, hasta el cumplimiento de los 5 años, hasta el límite indicado en el cuadro de beneficios.

PREEXISTENCIA: Todo nuevo empleado, así como la inclusión de nuevos dependientes, estará afecto a la cláusula de preexistencias.

Definición de Preexistencia: Enfermedad, accidente, o secuelas de las mismas que se hubieren originado antes de la fecha de comienzo de la póliza y/o del aumento del máximo vitalicio, independientemente que el asegurado haya tenido o no conocimiento del padecimiento de la misma; o de que dicha enfermedad haya sido o no diagnosticada. Esta exclusión no será válida después de transcurrido el período de preexistencia de 12 meses especificado en la póliza, siempre y cuando no se haya incurrido en gastos durante el mismo.

Periodos de Espera (12 meses): Es el tiempo durante el cual no se cubrirán las enfermedades, tratamientos terapéuticos o cirugías relacionadas con: Amígdalas, Adenoides, Nariz y Senos

Paranasales, aparato Reproductor Femenino incluyendo mamas, Hernias en General, Hemorroides, Litiasis Renal, Próstata, Riñones, Vesícula, Tratamientos quirúrgicos abiertos, artroscópicos y/o cerrados de las articulaciones de las rodillas y hombro, y sus complicaciones. Enfermedades cardiovasculares (corazón y sistema nervioso central), enfermedades endócrinas, tumores y cáncer

El territorio Centroamericano excluye Panamá y Belice.

COBERTURA PARA DEPENDIENTE DE TITULAR FALLECIDO: En caso de fallecimiento de un asegurado titular, la compañía de seguros otorgará cobertura médica gratuita a los familiares dependientes ya incluidos en la póliza. Este beneficio estará en vigor por el plazo de un año, contado a partir de la fecha de fallecimiento del asegurado titular, y en el mismo plan en que estaba registrado.

COBERTURA: Seguro médico para los dependientes de un empleado fallecido por un año y sin costo alguno.

PERIODO: Un año a partir de la fecha de fallecimiento del empleado. Si un dependiente deja de ser elegible antes de finalizar el período de 12 meses, o el contratante cancela la póliza, terminará su cobertura.

CONDICIONES ESPECIALES:

1. Al momento del fallecimiento el empleado estuviere asegurado bajo la categoría "EMPLEADO CON DEPENDIENTES".
2. La cobertura otorgada se mantiene siempre y cuando la póliza continúe en vigor.
3. El empleado y su familia deberán haber estado asegurados como mínimo un año, bajo la póliza que habrá de cubrirlos.
4. El reembolso de los gastos médicos de los dependientes se efectuará al padre o madre que sobreviva y que ejerza la patria potestad.

AYUDA DE SEPELIO PARA FAMILIARES DEPENDIENTES: Se incluye la cobertura de ayuda de sepelio para el dependiente, aplicable únicamente para los empleados con dependientes. El beneficio es una ayuda de servicio funerario por **Q.10, 000.00**, con el requisito que la póliza deberá estar vigente y contar con la cobertura de gastos médicos.

Para cubrir a un dependiente fallecido deberá aparecer en nuestros registros y ser elegible como tal en el seguro de gastos médicos (requisito, asegurado como mínimo un año).

DEDUCIBLE:

DENTRO DE CENTRO AMÉRICA: Para gastos incurridos en el territorio centroamericano (excluyendo Panamá y Belice), se aplicará a los siguientes gastos médicos incurridos por; consultas médicas, medicinas recetadas de farmacia, exámenes de laboratorio y radiología, hospitalizaciones, hasta el monto indicado en el cuadro de beneficios.

FUERA DE CENTRO AMÉRICA: Para gastos médicos incurridos fuera del territorio centroamericano (incluyendo Panamá), se aplicará un deducible adicional, independiente que el deducible para gastos dentro del territorio centroamericano haya sido satisfecho o no.

Este deducible será anual y se aplicará utilizando como base el deducible local, al que se le aplicará la misma tasa de cambio sobre la cual se reembolsen los gastos médicos y hospitalarios incurridos.

Aplica un deducible por cada miembro asegurado de núcleo familiar, no aplica traslado de deducible en el último trimestre del año.

El porcentaje de reembolso para gastos elegibles incurridos fuera del territorio centroamericano será de 75%.

La tasa máxima de cambio aplicable es de Q.8.00 por US\$1.00.

Si el deducible es modificado en la fecha de renovación de la póliza, deberá ser satisfecho hasta la nueva cantidad establecida.

EXCLUSIONES SEGURO MÉDICO

En adición a lo estipulado en la cláusula general 26 "EXCLUSIONES" de la póliza de gastos médicos, deberán leerse las principales exclusiones estipuladas a continuación:

1. Lesión causada a sí mismo estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales, siempre que, en el primer caso, dicha lesión sea voluntariamente causada.
2. El tratamiento del alcoholismo crónico, adicción a drogas o estupefacientes
3. Pruebas de Alergias, desórdenes mentales o nerviosos.
4. Consultas de niño (incluyendo vacunas por problemas de crecimiento, hormona del crecimiento, déficit de atención, problemas de lenguaje).
5. Tratamiento dental y sus complicaciones a menos que sea requerido por lesión accidental a los dientes naturales, ocurrida dentro la vigencia de la póliza y dentro de los 6 meses posteriores al accidente y que los gastos del accidente hayan sido pagados por la póliza. Tratamientos periodontales, maxilofaciales y cirugía ortognática.
6. Cirugía estética o tratamiento cosmético, a menos que sea necesitado por una lesión accidental que ocurra mientras el asegurado esté cubierto por esta póliza y dentro de los 6 meses posteriores al accidente, y que los gastos del accidente hayan sido pagados por la póliza.
7. Tratamiento para la infertilidad, esterilización, inseminación artificial e impotencia o frigidez, así como cualquier método de planificación familiar.
8. Tratamiento de obesidad exógena, control de peso, control dietético, consultas y/o planes de nutrición para cualquier condición o enfermedad, raquitismo, bulimia y anorexia.
9. Calvicie y/o alopecia, dermatitis seborreica del cuero cabelludo.
10. Tratamiento de Queratoplastias, Queratotomías y Queratoconos, cirugías para corrección de la vista, así como somnoplastia.
11. Exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto, aparatos para el oído.
12. Cualquier tipo de transporte utilizado para el traslado del paciente, que no sea un servicio de ambulancia local.
13. Medicinas naturales, vitaminas, complementos o suplementos alimenticios y/o dietéticos y medicina preventiva.
14. Enfermedad, accidente, o secuelas de estos que se hubieren originado antes de la fecha de comienzo de la póliza y/o del aumento de máximo vitalicio, independientemente de que el asegurado haya tenido o no conocimiento del padecimiento de la misma; o de que dicha enfermedad haya sido o no diagnosticada. Esta exclusión no será válida después de transcurrido el período de 6 meses, siempre y cuando no se haya incurrido en gastos durante el mismo.
15. Condiciones Congénitas.

16. Menopausia, climaterio, andropausia y sus complicaciones y tratamiento. Prevención de osteopenia y osteoporosis. Vitaminas. Insomnio Problemas de ansiedad, terapia sustitutiva (hormonas oral o inyectable, parches). Laboratorios, rayos X, examen de diagnóstico para el tratamiento de este.
17. Acupuntura, quiropráctico, medicina naturista, medicina alternativa, homeopatía y/o medicamentos homeopáticos y otros tratamientos que no se consideren convencionales para la enfermedad declarada, tratamientos experimentales o en períodos de investigación.
18. Tratamientos con células madre.
19. Gastos incurridos por el asegurado a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-SIDA) y sus complicaciones o consecuencias, hasta el monto indicado en el cuadro de beneficios
20. Honorarios médicos por servicios de analgesia y/o tratamientos del dolor; así como parto sin dolor.
21. Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o medicamento reconocido para el tratamiento indicado, o que sea considerado Experimental, o incluyendo cualquier servicio, tratamiento y/o gasto médico que se derive de dichos tratamientos, así como sus complicaciones.
22. No se reconocerán como honorarios cubiertos los servicios médicos suministrados por familiares del asegurado, hasta cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, indistintamente del tipo de reembolso.
23. Diagnóstico y/o tratamientos para corregir trastornos del sueño.
24. Tratamientos en centros de SPA, gimnasios e hidro clínicas.
25. Gastos cuyo objeto principal sea chequeo médico rutinario electivo, es decir no por enfermedad.
26. Cualquier gasto aplicado a mejoras en la casa, tales como filtros especiales para aire acondicionado, baldosas, jacuzzis, piscinas, etc., sea que lo recete el médico o no.
27. Curas de rejuvenecimiento, curas de reposo, convalecencia, curas de custodia o períodos de cuarentena o aislamiento.
28. Cualquier pérdida, gasto o cargo que resulten de la participación del asegurado o su dependiente en un desorden, motín o en la ejecución de o en la comisión de o intento de cometer un delito o un crimen, insurrección, revolución, rebelión, huelga, conmoción civil, asalto, tumulto, conspiración, disturbios del orden público o actos de riñas provocados por el asegurado. Cualquier pérdida, gasto o cargo que resulte de un acto de guerra declarada o no declarada o agresión armada o invasión militar.
29. La cláusula 25, inciso 9 fisioterapias, deberá leerse como sigue: Se reconocerá un máximo de 15 sesiones dos veces por año y por persona, lo anterior de acuerdo con lo razonable y acostumbrado.
30. La cláusula 26, inciso 3 de Exclusiones, se modifica a leer de la siguiente manera: "Lesión o enfermedad que resulte a consecuencia de insurrección o de guerra declarada o no, o de participación en motines, huelgas o conmociones civiles".
31. Gastos realizados por acompañantes del asegurado durante la internación de éste en sanatorio u hospital.
32. Los gastos que sean a consecuencia de riña o actos delictuosos en que participe directamente el asegurado como actor. Homicidio intencional.
33. Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como ocupante de cualquier automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas de contiendas de seguridad, resistencia o velocidad incluyendo motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor. Tampoco cubre esta póliza, las lesiones que sufra el asegurado a consecuencia de la práctica de alpinismo, paracaidismo o buceo.
34. Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como piloto, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio regular de pasajeros.

35. Reembolso de gastos médicos, hospitalarios o quirúrgicos prestados al asegurado en virtud de cualquier ley del Seguro Social u otra prestación a que tenga derecho el asegurado, directa o indirectamente. Sin embargo, el asegurado voluntariamente puede desistir de cualquier programa.
36. Lesiones deportivas cuando estas ocurran mientras el asegurado realice estas actividades con calidad de profesional o semi profesional.
37. Cualquier enfermedad psiquiátrica o psicológica: trastornos mentales, nerviosos, psiconeurosis, histeria, cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas; trastornos de la conducta, del lenguaje y aprendizaje, salvo que sean a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza. Así como gastos de psiquiatra o psicólogo, independientemente del diagnóstico tratado.
38. Gastos de donantes de órganos.
39. Cualquier gasto posterior a la fecha de baja del asegurado.
40. Anticonceptivos aún con fines terapéuticos
41. Epidemias infecciones y pandemias.

EXPEDIENTE I.V.E.

Completar el formato de información básica.

Es importante mencionar que se procederá a otorgar cobertura y a emitir la póliza respectiva hasta que toda la documentación esté completa.

La presente propuesta es válida por 30 días.

Esperando que la propuesta anterior sea del agrado de nuestro posible cliente, quedamos a las órdenes para cualquier consulta o comentario.

Atentamente,

Suscripción Seguro de Personas
Seguros MAPFRE | Guatemala, S.A.