

GUIA DE SUSCRIPCIÓN SEGURO DE GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL – BAMSALUD

Planes BAMSALUD

PLAN	MAXIMO VITALICIO
I	Q. 750,000.00
II	Q. 2,000,000.00
III	Q. 3,000,000.00
IV	Q. 4,000,000.00
V	Q. 7,000,000.00

1. Coberturas y Beneficios Adicionales:

Límites y Períodos de Espera:

Coberturas y Beneficios Adicionales	Límite de Cobertura	Períodos de Espera
Seguro de Vida	De Q.50,000.00 hasta Q. 250,000.00 (En múltiplos de Q.50,000.00)	No Aplica
Beneficio de Anticipo Funerario: En caso de fallecimiento del Titular	10% de la Suma Asegurada del Seguro de Vida	No Aplica
Dental (*)	Máximo Anual Q.8,000.00	No Aplica
Maternidad (*)	Límite según Plan Contratado (ver tabla a continuación)	10 Meses

* Coberturas Opcionales

Cobertura	PLAN I	PLAN II	PLAN III	PLAN IV	PLAN V
Maternidad	Q.15,000.00	Q.25,000.00	C.C.O.I.	C.C.O.I.	C.C.O.I
Ambulancia Aérea (Aprobada y coordinada por la Compañía).	PLAN I	PLAN II	PLAN III	PLAN IV	PLAN V
	US\$5,000.00	US\$7,000.00	US\$10,000.00	US\$15,000.00	US\$15,000.00
Complicaciones del Recién Nacido	Aplica solo para maternidad cubierta por la póliza				
Atención al Recién Nacido	Máximo 2 recién nacidos por maternidad cubierta por la póliza				
Servicio de Pago Directo (Aplican Copagos y Coaseguros)	A través de Red MediSalud BAM				
Gastos de Sepelio para Dependientes	PLAN I	PLAN II	PLAN III	PLAN IV	PLAN V
	Q.10,000.00	Q.10,000.00	Q.10,000.00	Q.15,000.00	Q.15,000.00

2. Edades de admisión y permanencia (Edad Cumplida)

ASEGURADO	INGRESO	PERMANENCIA
Titular y Dependiente Cónyuge	18 - 69 años	SIN LIMITE
Dependientes Hijos *	10 días hasta 23 años	25 años

*Hijos legales, adoptivos, solteros, estudiantes de tiempo completo que dependan 100% económicamente de los padres. (Para la inclusión de hijos en proceso de adopción, deben presentar Constancia emitida por la Procuraduría de Derechos Humanos o Consejo Nacional de Adopciones CNA).

3. Pólizas Nuevas – Documentos Requeridos

Para agilizar los procesos de evaluación y atender las solicitudes con prontitud se agradecerá tomar en cuenta lo siguiente:

- Las solicitudes y demás papelería se deben presentar fechadas, con todas las respuestas que el formulario requiera y debidamente firmadas en todas las partes de la solicitud en las que se requiera la firma, responder "si" o "no" a las preguntas sin colocar líneas, no tachar las solicitudes y la tinta y letra con que se completa la papelería debe ser la misma.
- NO se recibirán solicitudes que tengan preguntas pendientes de respuesta o que tengan tachones o corrector.
- Las respuestas afirmativas deben tener siempre la aclaración respectiva en la página definida para tal efecto, indicando el diagnóstico, fecha de ocurrencia, nombre del médico, duración del padecimiento, Etc.; Cuanta más información proporcionen mejor apreciación del riesgo se podrá realizar y ofrecer una respuesta rápida a los casos.
- Colocar siempre nombre y código de agente, sin ese dato no es posible mantener una comunicación de los casos con el interesado, porque no se sabe a quién corresponde el negocio y se debe archivar la solicitud hasta que el interesado reclamen por el caso.
- Cualquier solicitud o informe, que se requiera adicional a los documentos y exámenes, será solicitado por escrito, con copia al Intermediario y al Ejecutivo de Negocios de la cartera correspondiente y se les harán llegar los formularios establecidos según sea el caso.
- La vigencia de los formularios para todos los trámites es de 30 días, al no ser cumplidos los requisitos solicitados por la Compañía, las solicitudes serán dadas de baja y deberán completar y presentar nuevamente la documentación requerida.
- **IMPORTANTE:** Revisar la solicitud de seguro antes de entregarla para asegurarse que no faltan datos de ninguna clase, si se tiene alguna inquietud o duda comunicarse con Gerencia Técnica de Personas.

3.1 Sin Traslado de preexistencias

- a. Solicitud de Seguro (*No se aceptan solicitudes con tachones, borrones o corrector, tinta o tipo de letra diferente, con preguntas sin responder o en blanco, sin fecha o firma, en formatos no autorizados por la Compañía.*)
- b. Cotización del plan solicitado
- c. Copia legible de DPI o documento de identificación personal para titular y dependientes cónyuge e hijos mayores de edad. (Extranjeros deben presentar = Pasaporte completo y Situación Migratoria).
- d. Constancia Laboral (Únicamente para extranjeros que laboren en el país).
- e. Formulario de Solicitud de Información del Cliente (Asegurador Titular)
- f. Formulario de Solicitud de Información del Cliente (Pagador = Únicamente si pagador es diferente al titular, en caso de ser empresa adjuntar RTU de la misma y DPI legible o documento de identificación personal del Representante Legal)
- g. Consulta ONU y OFAC verificadas por área comercial.
- h. Exámenes médicos de acuerdo a Tabla de Requisitos de Selección establecidos por la Compañía. (inciso 5).
- i. Pago con tarjeta de crédito y/o débito, adjuntar formulario de autorización de cobro debidamente firmado por el pagador.

3.2 Con Traslado de preexistencias

- a. Solicitud de Seguro (*No se aceptan solicitudes con tachones, borrones o corrector, tinta o tipo de letra diferente, con preguntas sin responder o en blanco, sin fecha o firma, en formatos no autorizados por la Compañía.*)
- b. Cotización del plan solicitado con recargo correspondiente y e-mail de autorización de la Gerencia Técnica de Personas. Si los siniestros con los cuales fue otorgado el recargo difieren del reporte adjunto a la solicitud, el recargo otorgado puede modificarse de acuerdo a las condiciones que la compañía considere adecuadas.
- c. Copia legible de DPI o documento de identificación personal para titular y dependientes cónyuge e hijos mayores de edad. (Extranjeros deben presentar = Pasaporte completo y Situación Migratoria).
- d. Constancia Laboral (Únicamente para extranjeros que laboren en el país).
- e. Formulario de Solicitud de Información del Cliente (Asegurador Titular)
- f. Formulario de Solicitud de Información del Cliente (Pagador = Únicamente si pagador es diferente al titular, en caso de ser empresa adjuntar RTU de la misma y DPI legible o documento de identificación personal del Representante Legal)
- g. Consulta ONU y OFAC verificadas por área comercial.
- h. Exámenes médicos de acuerdo a Tabla de Requisitos de Selección establecidos por la Compañía. (inciso 5).
- i. Reporte de siniestros de la compañía anterior desde el inicio de vigencia.
- j. Comprobante del último pago efectuado en la compañía anterior (No debe existir interrupción de cobertura)
- k. Copia de carátula o cuadro de beneficios de la póliza anterior (opcional).
- l. Pago con tarjeta de crédito y/o débito, adjuntar formulario de autorización de cobro debidamente firmado por el pagador.

4. Vigencia de las Solicitudes

5.1 Solicitudes que necesitan presentar un requisito adicional como:

- Completar algún cuestionario
- Aclaración, información adicional o completar información
- Informe del médico tratante
- Que el solicitante deba confirmar que acepta las condiciones bajo las cuales se emitiría la póliza de seguro

Tendrán una vigencia de 30 días, pasado este tiempo deberán completar nuevamente la papelería.

5.2 Solicitudes que están pendientes por un examen médico o análisis de laboratorio, depende de cada caso, tienen una vigencia de 60 días, pasado este tiempo deberán completar nuevamente la papelería.

5. Requisitos Médicos

Los requisitos que deben presentarse de acuerdo a la edad del propuesto asegurado, se detallan a continuación:

Tabla de Requisitos de Selección	
Rango de Edad	Requisitos Médicos
Hombre o Mujer De 50 a 59 años	Examen Médico + Análisis de Orina
Hombre o Mujer De 60 años en adelante	Examen Médico + Análisis de Orina + Colesterol Total – HDL – LDL- Triglicéridos + Hemoglobina Glicosilada + EKG (Electrocardiograma en reposo)
Hijos menores de 1 año	Informe de Pediatra (Formulario proporcionado por la Compañía).

El costo de estos será cubierto por el propuesto asegurado y los mismos deberán efectuarse con un proveedor autorizado por la Compañía. (Consultar los proveedores autorizados, con la Gerencia Técnica de Personas).

El proveedor deberá corroborar los datos de la persona a evaluar contra la presentación de su DPI original, si no se corrobora la identidad de la persona, no será posible realizar las pruebas médicas requeridas.

La coordinación de los exámenes médicos y análisis de laboratorio debe realizarse directamente por el propuesto asegurado y/o su intermediario de seguros.

Para los análisis de sangre, se sugiere que el propuesto asegurado se presente preferiblemente en ayunas.

Los requisitos de suscripción indicados, están sujetos a cambios de acuerdo a las necesidades para la correcta evaluación del riesgo.

La evidencia médica tendrá una vigencia máxima de 6 meses para riesgo normales y de 3 meses para riesgos sub-normales.

Si el propuesto asegurado posee análisis de laboratorios recientemente efectuados, puede enviarlos a la Compañía y la Gerencia Técnica de Personas determinará si los mismos son satisfactorios para la adecuada evaluación del riesgo.

6. Cambios de Plan

De un plan Menor a uno Mayor:

1. Únicamente pueden solicitarse después de un año de cobertura en el plan actual.
2. Se efectúan únicamente en fecha de mesversario de la póliza.
3. Solicitar a la Gerencia Técnica de Personas la aprobación correspondiente.
4. Adjuntar reporte de siniestralidad desde inicio de vigencia e indicar el porcentaje de recargo actual.
5. La Gerencia Técnica de Personas determinará si aprueba el cambio, de acuerdo a la siniestralidad de cada caso y el recargo correspondiente.
6. Si el cambio es aprobado por la Gerencia Técnica de Personas, deberá presentarse la siguiente documentación:
 - Carta de solicitud de cambio de plan, firmada por el asegurado, indicando la fecha de solicitud del cambio.
 - Declaración de Salud del titular y dependientes.
 - Cotización con el recargo otorgado por la Gerencia Técnica de Personas y firmado de aceptado por el asegurado.
 - La Compañía podrá solicitar requisitos adicionales si lo considera necesario para evaluar el riesgo.
7. El Máximo Vitalicio consumido en el plan actual, será descontado del Máximo Vitalicio del nuevo plan contratado.
8. El Máximo Vitalicio del nuevo plan contratado, será aplicable únicamente a las incapacidades que se originen posteriormente a la fecha de vigencia de dicho plan, de acuerdo a las condiciones generales y particulares de la póliza.

De un plan Mayor a uno Menor

1. Puede solicitarse en cualquier momento de la vigencia de la póliza sujetos a aprobación de la Gerencia Técnica de Personas.
2. Se efectúan únicamente en fecha de mesversario de la póliza.
3. Deberá presentarse la siguiente documentación:
 - Carta de solicitud de cambio de plan, firmada por el asegurado, indicando la fecha de solicitud del cambio.
 - Cotización con el recargo otorgado en el plan actual y firmado de aceptado por el asegurado.
4. El Máximo Vitalicio consumido en el plan actual, será descontado del Máximo Vitalicio del nuevo plan contratado.

7. Rehabilitaciones

Condiciones para evaluar rehabilitación:

7.1 La solicitud de rehabilitación y la documentación que se detalla en este numeral, deberá presentarse dentro de los sesenta (60) días calendario, posteriores a la fecha de caducidad de la póliza, es decir a partir del primer día del mes siguiente al último mes pagado.

7.2 No se evaluarán solicitudes de rehabilitación que sobrepasen el período indicado en el inciso anterior.

7.3 La rehabilitación de la póliza queda sujeta al pago completo de las primas pendientes.

Documentación a presentar para evaluar rehabilitación:

- a. Carta de solicitud de rehabilitación firmada por el cliente, en la cual se indique el motivo por el cual la póliza fue cancelada y que no tiene reclamos pendientes para presentar.
- b. Declaración de salud para titular y dependientes
- c. Requisitos médicos que la Gerencia Técnica de Personas requiera para evaluar la solicitud de rehabilitación; los cuales corren por cuenta del asegurado titular o dependiente.
- d. Recibo de pago (posterior a la autorización de la Rehabilitación por parte de la Gerencia Técnica de Personas).

8. Personas no elegibles

No son elegibles personas que laboran en:

- Transporte Público, Urbano y Extraurbano, etc. (Dueños, Pilotos, etc.)
- Choferes de funcionarios de gobierno
- Diputados
- Policías Privados o Nacionales
- Guardaespaldas
- Ministros y Vice Ministros de Estado
- Organismo Judicial
- Ministerio Público (Fiscales, Auxiliares y personal administrativo)
- Obreros de Minas
- Alcaldías (Alcalde, síndico, personal administrativo)
- Sectores o Zonas Rojas
- Otros que a juicio de Seguros Agromercantil, S.A. sean clasificados como no elegibles

9. Especificaciones Especiales

Abreviaturas:

IMC = Índice de Masa Corporal

EKG/ECG = Electrocardiograma

IMT = Informe de Médico Tratante

ONU = Organización de Naciones Unidas

OFAC = Oficina de Control de Activos Extranjeros

C.C.O.I. = Como Cualquier Otra Incapacidad

Cuestionarios Adicionales por Padecimientos o Informe de Médico Tratante (IMT): La Gerencia Técnica de Personas, determinará la presentación de Cuestionarios Adicionales por Padecimientos o IMT de acuerdo al análisis del riesgo y las declaraciones efectuadas por los candidatos a asegurar.

Evaluación de Riesgos: La Gerencia Técnica de Personas, podrá aprobar, posponer o rechazar la cobertura para los riesgos sometidos a evaluación y otorgar las condiciones particulares de aseguramiento para cada caso, a través de Exclusiones Temporales o Permanentes, según corresponda de acuerdo a los Manuales de Suscripción del reasegurador.

Falsas o Inexactas Declaraciones y Omisión de información: Si al momento de la evaluación del riesgo, la Compañía comprueba que en la solicitud de seguro existe falsa o inexacta declaración u omisión de información por parte del candidato, podrá Declinar o Rechazar la solicitud de seguro, sin que ello represente responsabilidad alguna para la Compañía.

En caso de haberse emitido la póliza, se aplicará la Cláusula 5 de las Condiciones Generales de la misma.

Fecha de Inicio de Vigencia: La vigencia de las pólizas se otorgará en base a la fecha de recepción de las solicitudes de seguro, quedando de la siguiente manera:

Recibidas del día 01 al 25 de cada mes	=	Vigencia 01 del mes siguiente
Recibidas del día 26 al último día hábil del mes	=	Vigencia 01 del mes próximo siguiente.

Ejemplo:

Recibido 25 de enero	Vigencia 01 de febrero
Recibido 30 de enero	Vigencia 01 de marzo
Recibido 02 de febrero	Vigencia 01 de marzo

La Gerencia Técnica de Personas notificará el dictamen de cada caso, en un plazo no mayor a 2 días, posteriores a la presentación de la documentación completa o la presentación de los requisitos adicionales requeridos.

Firmas: Propuesto Asegurado e Intermediario: Verificar que se consignen todas las firmas requeridas en los formularios presentados a la compañía, para evitar demoras en el trámite.

Índice de Masa Corporal (IMC): La Gerencia Técnica de Personas, determinará los requisitos médicos adicionales que considere necesarios para una adecuada evaluación del riesgo, de acuerdo al IMC calculado en base a los datos declarados por los candidatos a asegurar y/o por los consignados por el Médico Evaluador en el Formulario de Examen Médico.

La Compañía, se reserva el derecho de aceptar o rechazar las solicitudes de candidatos que presenten un IMC fuera de los rangos normales de aceptación de acuerdo a los manuales de Selección de Riesgo de los reaseguradores.

Mesversario: Día en que se cumple un número exacto de meses desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

Ocupación: La Gerencia Técnica de Personas, determinará la presentación de Cuestionarios Adicionales por ocupación del propuesto asegurado, para una adecuada evaluación del riesgo.

Es importante que si la ocupación del propuesto asegurado es COMERCIANTE/EMPRESARIO se detalle el giro del negocio e indique qué es lo que realiza, distribuye, compra, vende, exporta y/o importa.

Privilegio de Conversión: Todos los familiares dependientes asegurados bajo el beneficio de una póliza BAMSALUD, que dejen de estar asegurados de acuerdo con las condiciones de terminación de la póliza, tienen derecho a solicitar su inclusión como Asegurados Titulares, si presentan la solicitud correspondiente y la documentación requerida para pólizas nuevas, sin necesidad de presentar Pruebas de Asegurabilidad, siempre que se cumpla con los siguientes requisitos:

- a. Que la terminación del seguro individual no se haya suscitado por falta de pago de primas y por omisión o declaración inexacta.
- b. Que haya estado asegurado bajo la póliza individual del asegurado titular, como mínimo un año ininterrumpido.
- c. Que su solicitud la presente a la compañía dentro de los treinta (30) días contados a partir de la fecha en la que deja de estar asegurado bajo la póliza anterior.
- d. Que su edad se encuentre dentro de los límites de admisión establecidos por la Compañía para los seguros individuales que en entonces emita.
- e. El monto del seguro de vida al cual tendrá derecho el Asegurado Dependiente, será el que ya haya tenido como tal, o en caso de no haber tenido la cobertura, tendrá derecho al monto mínimo en vigor en esta póliza para Asegurados Titulares en la fecha de su solicitud.
- f. La suma asegurada en la Cobertura y Beneficios Adicionales de Gastos Médicos del plan contratado no podrá ser mayor a la que tenía asignada en la póliza como dependiente.

Los dependientes que deseen realizar traslado de Dependiente a Titular en una póliza BAMSALUD, fuera de los términos indicados anteriormente, podrán solicitarlo con la debida presentación de las Pruebas de Asegurabilidad que la Compañía requiera y sujetos a la evaluación de riesgo correspondiente.

En ambos casos, para los beneficios en los que existan límites definidos como Límite Máximo Vitalicio, se deducirán las cantidades ya pagadas por dichos beneficios bajo la condición de Asegurados Dependientes.

Reducción del Máximo Vitalicio por Traslado de Preexistencias: Al aprobarse un traslado de preexistencias de una póliza interna o de otra compañía, el Máximo Vitalicio consumido por cada asegurado de la póliza a trasladar, será descontado del Máximo Vitalicio de la nueva póliza emitida en la Compañía.

Reinstalación de Máximo Vitalicio:

Todo asegurado Titular o Dependiente a quien se le hayan pagado o acumulado gastos médicos que sumen el 50% del Máximo Vitalicio contratado, podrá solicitar la rehabilitación del monto original del Máximo Vitalicio, suministrando por cuenta propia las evidencias de asegurabilidad que la Compañía requiera.

Renovación: La renovación de la póliza se efectuará en el mes de aniversario de la misma, según la fecha de autorización por parte de la Gerencia Técnica de Personas.

10. Base Legal

- **Decreto 2-70 del Congreso de la Republica (Código de Comercio)**

Artículo 880 (Declaración). El solicitante estará obligado a declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario respectivo, todos los hechos que tengan importancia para la apreciación del riesgo, en cuanto puedan influir en la celebración del contrato, tales como los conozca o deba conocer en el momento de formular la solicitud.

Artículo 882 (Perfeccionamiento del contrato). El contrato de seguro se perfecciona desde el momento en que el asegurado o contratante reciba la aceptación del asegurador, sin que pueda supeditarse su vigencia al pago de la prima inicial o a la entrega de la póliza o de un documento equivalente.

Artículo 997 (Seguro de un tercero). No podrá celebrarse un seguro para el caso de muerte de un tercero sin su consentimiento, dado por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada, salvo cuando se trate de cubrir prestaciones laborales o sociales.

- **Ley Contra el Lavado de Dinero u Otros Activos, Decreto Número 67-2001 del Congreso de la República y 12 de su Reglamento, contenido en el Acuerdo Gubernativo Número 118-2002, de la Presidencia de la República.**

Artículo 21. Registros. Las personas obligadas deberán llevar un registro en los formularios que para el efecto diseñará la Intendencia de Verificación Especial de las personas individuales o jurídicas con las que establezcan relaciones comerciales o relaciones del giro normal o aparente de sus negocios, sean estas clientes ocasionales o habituales; y de las operaciones que con ellas se realicen, particularmente en lo que se refiere a la apertura de nuevas cuentas, la realización de transacciones fiduciarias, arrendamiento de cajas de seguridad o la ejecución de transacciones en efectivo que superen el monto que establece el artículo 24 de la presente ley. Asimismo, deberán verificar fehacientemente la identidad, razón social o denominación de la persona, edad, ocupación y objeto social, estado civil, domicilio, nacionalidad, personería, capacidad legal y personalidad de las personas a que se refiere el párrafo anterior. En caso de extranjeros, las personas obligadas deberán exigir la comprobación por medios fehacientes de su ingreso y permanencia legal en el país, así como su condición migratoria y cuando no sean residentes en el país, la identidad de la persona que los representará legalmente.

Seguros Agromercantil, S.A.