



RENOVACIÓN

2025



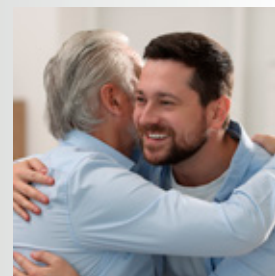
VIVAMED*G&T*

COBERTURAS Y BENEFICIOS ÚNICOS DE TU PÓLIZA



Gastos Médicos

En hospitalizaciones, medicamentos, laboratorios, emergencias entre otros.



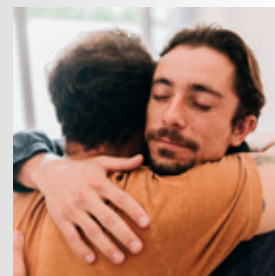
Seguro de Vida

Suma asegurada en caso de fallecimiento.



Servicio Funerario

Preparación, velación y traslado para titular, cónyuge y dependientes.



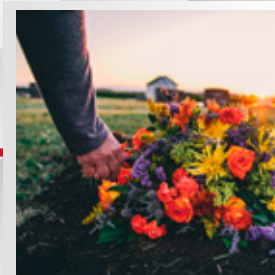
Anticipo de Suma Asegurada de Vida

En caso de enfermedad terminal se pagará el 50% de la suma de vida contratada (máximo hasta Q50,000). Este beneficio está pensado en que puedas tener tranquilidad financiera en un momento tan difícil de tu vida.



Asistencia al Viajero

Cobertura mundial en todos nuestros planes. (Titular y dependientes)



Ayuda de sepelio

Apoyo de Q10,000.00 para gastos de sepelio. (Titular y dependientes)

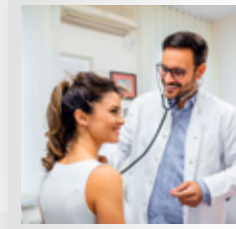
BENEFICIOS ESPECIALES ÚNICOS DE TU PÓLIZA



Ambulancias para todos

Tu domicilio se vuelve zona protegida para brindar atención a personas que no se encuentren aseguradas, siempre y cuando el evento ocurra en la ubicación de la zona protegida.

Nuestras ambulancias son tipo A; las cuales, cuentan con un Médico Cirujano General acompañado de un Paramédico.



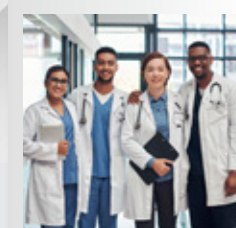
Médico a Domicilio

Contamos con una red de médicos certificados que llegan a tu domicilio u oficina para ofrecerte atención personalizada, servicio que incluye desde la entrevista médica, hasta la receta para el tratamiento y diagnóstico necesario.



Vacuna Contra la Influenza

La póliza de VIVAMEDG&T cuida de ti, por lo tanto tienes el beneficio de vacunarte contra la influenza sin ningún costo en las sedes de CIAM.



Red Médica Internacional

Con el respaldo de las redes y proveedores más reconocidos a nivel mundial:



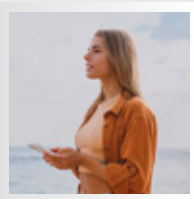
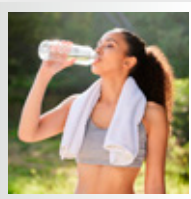
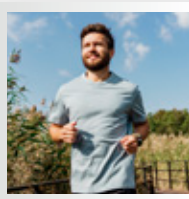
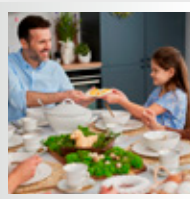
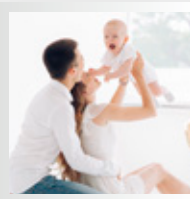
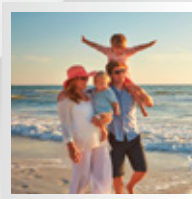
Maternidad para hijas dependientes

El beneficio de maternidad, se extiende a las hijas dependientes solteras, en la que la maternidad concluya a los 12 meses continuos de asegurabilidad, siempre y cuando la póliza esté activa y al día en sus pagos. Esta condición cubre únicamente lo relacionado con la maternidad; el recién nacido deberá de ser incluido en una nueva póliza junto con uno de los papás para que pueda tener cobertura.



Cobertura especial para planes con cobertura centroamericana en clínica de Universidad de Navarra, España

La póliza cuenta con una extensión de cobertura especial para los planes centroamericanos. Se te brindará atención hospitalaria de padecimientos cubiertos en la póliza, únicamente en la Clínica Universidad de Navarra en España. Bajo los términos y condiciones del plan contratado.



MUJER		HOMBRE	HOMBRE /MUJER	LABORATORIOS	FAMILIA	BENEFICIOS PREVENTIVOS
Mamografía	Ultrasonido mamario	Antígeno prostático	Densitometría ósea	Exámenes de laboratorio (triglicéridos, colesterol total, HDL, LDL, glucosa y presión arterial)	Vacuna contra la influenza	<ul style="list-style-type: none"> •Evaluación Nutricional •Evaluación Psicológica •Limpieza dental •Evaluación por médico Fisiatra
Mujer de 40 años en adelante	Entre 18 y 39 años	Hombre de 40 años en adelante	A partir de 40 años en adelante	A partir de los 18 años	A partir de los 6 meses de edad	Sin límite de edad
Ahora los puedes utilizar en cualquier época del año, una única vez						
Aplica para titular y cónyuge					Aplican todos los asegurados según edad	4 Beneficios por póliza

Descuentos a través de ciam para asegurados y dependientes



15%
de descuento

Laboratorios e imágenes
ALCANCE CIAM



15%
de descuento

Cita con
PSICOLOGÍA Y NUTRICIÓN



Q112

Prueba de **COVID e INFLUENZA A y B**



10%
de descuento

VACUNA NEUMOCOCO



PRECIO ESPECIAL
Q1,330

PREVENTIVO MUJER

- Hematología completa
- Orina completa
- Heces completa
- Glucosa en ayunas
- Hemoglobina glicosilada
- Ácido Úrico
- Perfil de lípidos
- Nitrógeno de urea
- Transaminasa oxalacética
- Transaminasa pirúvica
- Gamma Glutamil Transferasa
- RX de tórax AP
- Consulta medicina interna

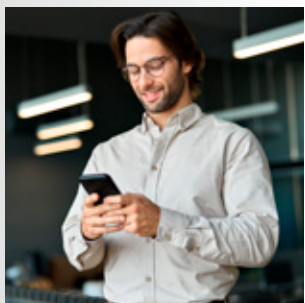


PRECIO ESPECIAL
Q1,330

PREVENTIVO HOMBRE

- Hematología completa
- Orina completa
- Heces completa
- Glucosa en ayunas
- Hemoglobina glicosilada
- Ácido Úrico
- Perfil de lípidos
- Nitrógeno de urea
- Transaminasa oxalacética
- Transaminasa Pirúvica
- Gamma Glutamil Transferasa
- RX de tórax AP
- Consulta medicina interna

Ingresa a nuestra página
www.segurosgyt.com.gt donde encontrarás:



- 1 Información de todos los productos de Seguros G&T
- 2 Guía de tu seguro
- 3 Medichat
- 4 Números de emergencia
- 5 Accesos directos del app
- 6 Opción de abrir tu cuenta personalizada de Seguros G&T para:
 - Información detallada de tu póliza
 - Descargar tu póliza
 - Seguimiento de tus reclamos
 - Realizar pagos

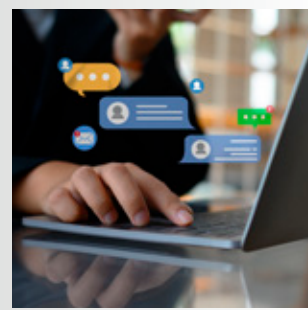
¿CÓMO BUSCAR PROVEEDORES MÉDICOS?



- 1 Ingresa a la página www.segurosgyt.com.gt
- 2 Clic en ¿Necesitas un doctor?
- 3 Selecciona la opción de póliza individual.
- 4 Busca el tipo de servicio y la ubicación de conveniencia.

¿CÓMO UTILIZAR MEDICHAT?

- 1 Ingresa a la página www.segurosgyt.com.gt
- 2 Clic en **Chat Médico**
- 3 Completa los datos y selecciona qué tipo de orientación necesitas. (Médica o de nutrición)
- 4 Acepta las condiciones de uso y clic en Iniciar chat.



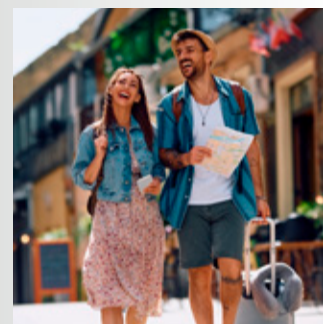
GUÍA AUTORIZACIONES INTERNACIONALES

aetna

Búsqueda de proveedores médicos

- 1 Ingresa a la página www.segurosbyt.com.gt
- 2 Click en ¿Necesitas un doctor?
- 3 Seleccionar la opción de Individual / Familiar
- 4 Buscar el tipo de servicio Internacional
- 5 Ingresar país y ciudad para elegir el proveedor a conveniencia

Aviso de viaje: Notificar a cabina de emergencia al correo autorizacionesinternacionales@byt.com.gt, para emisión de carnet internacional.



¿CÓMO UTILIZAR TU PÓLIZA

EN CASO DE EMERGENCIA?



- 1 Comunícate a nuestra Cabina de Emergencia 24/7 llamando al **1778** opción 2.
- 2 Al solicitar tu Ambulancia o Médico a Domicilio, se coordinará conferencia telefónica con el Médico asignado de ser necesario.

¿CÓMO COORDINAR UNA

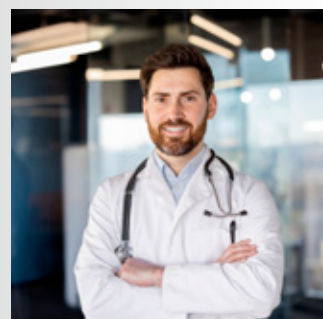
CITA EN **MEDIREDG&T ?**

Nuestros médicos de red cuentan con la plataforma de MediRedG&T online, en donde no es necesario presentar cupones, o formularios.

La información está disponible para nuestra cabina de asistencia quien estará emitiendo las autorizaciones en menos de 30 minutos

La red de proveedores afiliados está disponible en nuestra página web <https://segurosbyt.com.gt/necesitas-un-doctor/>

Para cualquier apoyo comunícate al **PBX 1778** opción 2 o a través de WhatsApp al **5571-1778** opción 2..



¿CÓMO COORDINAR UNA CITA EN **ciam⁺** ?

- 1 Ingresa a <https://digital.ciam.com.gt/citas/#/consultas> o llama al teléfono **2506-4141** opción 1 y/o WhatsApp **5532-4141** consultando la disponibilidad de horario en la especialidad que necesitas.
- 2 Después de confirmar el horario de la cita, ciam envía un código de confirmación por mensaje de texto indicando la información de la cita.
- 3 Recuerda presentarte 15 minutos antes de tu cita agendada para la toma de signos vitales.

Te recordamos que **ciam** cuenta con las opciones de realizar las citas por medio de videollamada en los casos que no puedas presentarte alguna de las sedes.



Programa de acompañamiento a pacientes con enfermedades crónicas.



Programa diseñado para que nuestros asegurados conserven su buena salud.



Unidad de medicina para rehabilitación física a través de robótica, médicos fisiatras y fisioterapeutas.

BENEFICIOS DE ASISTENCIA AL VIAJERO

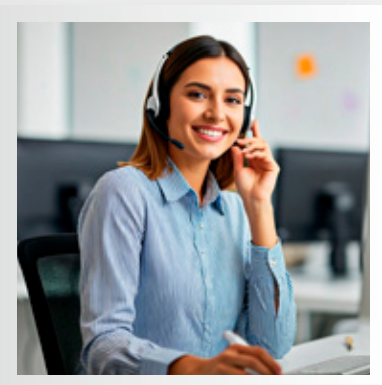
1. Aplica para viajes menores a 30 días.
2. Coberturas que incluye: Asistencia médica por accidente o enfermedades agudas, gastos médicos por Covid, repatriación funeraria, emergencia dental medicamentos, no se cubre enfermedades preexistentes, entre otros.
3. Atención 24/7 los 365 días del año.
4. Cobertura para planes Mundiales y Centroamericanos.
5. Atención por personal multilingüe.
6. Para conocer más sobre este beneficio puedes comunicarte al 1778 opción 3.
7. Monto máximo de cobertura \$15,000



¿CÓMO COORDINAR UN SERVICIO DE ASISTENCIA AL VIAJERO?

Si me encuentro de viaje y quiero coordinar mi beneficio

1. Ante cualquier emergencia comunícate inmediatamente a nuestra Cabina de Emergencia 24/7 llamando al **+(502) 2268-7733** desde cualquier parte del mundo o via WhatsApp al **+1 57318-554-4699**. Si estás en Estados Unidos podrás llamar sin costo al: **+1 (178) 6613-7102**.
2. El proveedor se pondrá en contacto contigo y te brindará el listado de hospitales del país donde te encuentras para gestionar el pago directo.
3. Deberás seguir las indicaciones brindadas por Cabina de Emergencia 24/7.



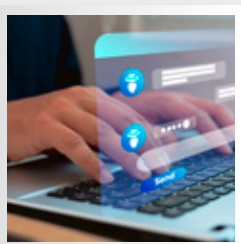
SI DESEO SOLICITAR EL REEMBOLSO POR ASISTENCIA AL VIAJERO?

Para solicitar tu reembolso de Asistencia al viajero completa lo siguiente:

1. Solicita a **asistenciaviajero@gyt.com.gt** el formulario de Reclamos de Gastos Médicos Internacionales y complétalo.
2. Adjunta las copias de pasaporte (la página de identificación, los sellos de entrada, salida, visa) y la factura de los servicios recibidos.
3. Envía todos los documentos al correo electrónico: **asistenciaviajero@gyt.com.gt**.



¿CÓMO HACER UN RECLAMO POR REEMBOLSO?



PARA GESTIONAR TU RECLAMO POR REEMBOLSO, PUEDES REALIZARLO:

- ❶ A través de tu Agente o Corredor de Seguros.
- ❷ Enviando la información por correo electrónico a **reclamodigital@gyt.com.gt**

Completando los siguientes requisitos según tu tipo de reclamo.

REEMBOLSO CONVENCIONAL	Local (Guatemala)	Internacional*
Formulario de Reclamo https://segurosgyt.com.gt/guest/sitio/descargas/formulario_reclamacion.pdf	X	
Copia legible de factura(s) emitida(s) a nombre del titular de la póliza.	X	X
Estado de cuenta con el detalle de los gastos con precio unitario en caso de Hospitalizaciones .	X	X
Resultados de estudios de laboratorio o de imagen .	X	X
Copia de receta médica con nombre de paciente, dosificación y tiempo de tratamiento en caso de medicamentos.	X	X
Radiografías Iniciales y Finales, así como panorámicas para los casos que aplique para reclamo Dental* .	X	X
Informe completo del médico o los médicos que intervinieron en el tratamiento, si no es idioma español, debe venir acompañado de traducción jurada.		X
Copia de cheque o voucher en caso que el pago no haya sido efectuado en efectivo (si el pago fue en efectivo deben especificar en la factura/recibo la forma de pago).		X

Recuerda que ahora Seguros G&T tiene la opción de reembolsar el pago del reclamo por medio de **transferencias bancarias**, para solicitar el servicio debes de actualizar tus datos en los correos que te envía **infoseguros@gyt.com.gt**. El servicio de transferencias aplica para todos los bancos.

REQUISITOS PARA RECLAMOS

PARA REEMBOLSO DE GASTOS INCURRIDOS FUERA DE GUATEMALA



- 1 Informe completo del médico o los médicos que intervinieron en el tratamiento (debe incluir fecha de consulta y/u hospitalización, motivo de consulta, historia de la enfermedad, antecedentes patológicos y no patológicos, revisión por sistemas, hallazgos al examen físico, diagnósticos y tratamientos)
- 2 Facturas por gastos incurridos indicando el servicio que se está cobrando (invoice y en algunos países recibo autorizado por la respectiva institución fiscal)
- 3 En caso de hospitalización o tratamientos en clínicas especializadas, detalle de los gastos incurridos con sus respectivos precios.

EMERGENCIAS



1778

WhatsApp emergencias



5571-1778

f Seguros GYT @seguros_gyt t segurosgyt
globe www.segurosgyt.com.gt

SEGUROS  **G&T**

NO TE FALLA

CARTA DE RENOVACIÓN 2,025

Nombre: AGATHA MIREYA REYES MORALES

Póliza: VIME - 12337

Intermediario: 006632 - AGENCIA INDEPENDIENTE DE SEGUROS Y FIANZAS PROTECTORA DE RIESGOS

Estimado Asegurado.

Para nosotros ha sido un gusto contar con su confianza como asegurado durante este año, siendo nuestra prioridad su asegurabilidad, su salud y la de su familia.

Por este medio le informamos que a partir de 20/05/2025 su póliza de seguro VIVAMED será renovada por un año.

Así mismo, su renovación tendrá un incremento derivado de cambio anual de edad por asegurado, inflación médica y siniestralidad. Para conocer sus condiciones de participación deducible, copago y coaseguro puede verificar la carátula de su póliza.

En el siguiente link <https://notefalla.segurosgyt.com.gt/vivamed> VIVAMED como Condiciones Generales, Particulares, Beneficios y Procedimientos para utilizar su seguro en el momento que usted lo necesite.

El Kit de la póliza contiene: caratula de póliza, detalle de primas, anexo de vida, anexo Covid, anexo de maternidad y anexo plan dental para las pólizas que aplique; puede descargarlo de nuestro portal en cualquier momento durante su vigencia.

Reiteramos nuestro sincero agradecimiento por su confianza depositada, recuerde que **TODOS SUS BENEFICIOS EMPIEZAN CON UNA LLAMADA AL 1778.**

Atentamente,

Grupo Financiero G&TContinental /Seguros G&T, S.A.

www.segurosgyt.com.gt



NO TE FALLA

DETALLE MENSUAL DE PRIMAS GASTOS MÉDICOS Y VIDA

Póliza: VIME - 12337

Certificado: 1

Plan: PLAN PREMIUM PLUS RENOVACIÓN R1 6,5 MM

Asegurado: AGATHA MIREYA REYES MORALES

TITULAR FEMENINO

AGATHA MIREYA REYES MORALES

Cobertura	Suma Asegurada	Prima
Servicio De Asistencia Al Viajero	Q120,000.00	0.00
Gastos Medicos	Q6,500,000.00	918.24
Plan Dental	Q10,000.00	72.67
Maternidad	C.C.O.I	0.00
Vida	Q200,000.00	74.48
Servicio Excequial	Aplica	0.00
Anticipo De Enfermedad Terminal	Aplica	0.00
Sub-Total Asegurado:		1,065.39

** Gastos de Emisión 5%, calculados sobre prima neta de Gastos Médicos, Plan Dental, Maternidad y coberturas en las que aplique.

Subtotal:	Q	1,065.40
Gastos de Emisión:**	Q	49.55
IVA:	Q	133.79
Gastos de Fracc:	Q	0.00
TOTAL:	Q	1,248.74

Puedes Consultar Tus Requerimientos Aquí:

www.segurosgyt.com.gt



NO TE FALLA

SEGURO DE GASTOS MÉDICOS INDIVIDUAL CARÁTULA DEL SEGURO

Mantenga esta copia de su póliza en un lugar seguro ya que contiene información importante de su cobertura. Si usted desea realizar algún cambio a esta información, por favor contáctese con su intermediario de Seguros.

1. RESUMEN DE COBERTURA

Número de Póliza:	VIME - 12337	Vigencia del:	20/05/2025	al:	20/05/2026
Asegurado Titular:	AGATHA MIREYA REYES MORALES	NIT:	7011376-9	Documento de Identificación:	2600126100920
Fecha de Nacimiento:	30/09/1986	Edad:	38		
Dirección para Notificaciones:	3a. Av. 32-38 Colonia El Carmen Apto. 3 -Zona 12-Guatemala-Guatemala-Guatemala				
Plan de Gastos Médicos:	PLAN PREMIUM PLUS RENOVACIÓN R1 6,5 MM	Forma de Pago:	MENSUAL		
Prima Total Gastos Médicos:	Q 13,983.73	Prima Total Vida:	Q 1,001.01		
Prima Total Anual:	Q 14,984.74	Suma Asegurada Seguro de Vida Titular:	Q 200,000.00		
Prima Según Forma de Pago:	Q 1,248.74	Suma Asegurada Seguro de Vida Cónyuge:	No Aplica		

2. ASEGURADOS DEPENDIENTES CUBIERTOS

Parentesco	Nombre	Fecha Nacimiento	Fecha de inicio de cobertura	Prima
------------	--------	------------------	------------------------------	-------

3. BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE VIDA DEL ASEGURADO TITULAR

Tipo Beneficiario	Nombre	Parentesco	Porcentaje de Participación
PRIMARIO	FAUSTO AUGUSTO REYES NARVÁEZ	PADRE	50%
PRIMARIO	MIREYA DEL SOCORRO MORALES RODRÍGUEZ	MADRE	50%

Observación:

4. BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE VIDA DEL ASEGURADO CÓNYUGE

Tipo	Nombre	Parentesco	Porcentaje de Participación
------	--------	------------	-----------------------------

5. COBERTURAS ADICIONALES

Cobertura	Descripción	Suma Asegurada
GI03	PLAN DENTAL	Q 10,000.00
GI04	MATERNIDAD	C.C.O.I

6. CONDICIONES PARTICULARES

Plan Contrato: PLAN PREMIUM PLUS RENOVACIÓN R1 6,5 MM



7. CUADRO DE BENEFICIOS

LÍMITES

Máximo Anual Renovable: Q 6,500,000.00			
Máximo por Hospitalización			
Cuarto y alimento diario en C.A. dentro de la red:	Q 3,200.00	Cuarto y alimento diario en C.A. fuera de la red:	Q 3,200.00
Cuarto intensivo diario en C.A. dentro de la red:	Q 3,200.00	Cuarto intensivo diario fuera de C.A. dentro de la red:	Q 25,000.00

CONSULTAS AL PSICOLOGO O PSIQUIATRA POR ACCIDENTE

Consultas por año:	10	Valor máximo por consulta:	Q 200.00
Edad Máxima de ingreso			
Años por asegurado titular y cónyuge:	69	Hijos desde (días): 0	Hasta (años): 24
Edad en que finaliza la cobertura			
Años por asegurado titular y cónyuge:	No Aplica	Años para hijos:	25
Reducción Cobertura de Vida:	50% a los 75 años	Período de carencia por enfermedades preexistentes declaradas:	Días: 365
Monto Máximo por VIH/SIDA:	Q 250,000.00	Complicaciones del recién nacido:	Q 600,000.00
Enfermedades congénitas:	Q 600,000.00	Niño Sano hasta un monto de:	Q 6,000.00
Atención del recién nacido:	Q 4,000.00		
Transplante de Órganos:	US 500,000.00		

DEDUCIBLES

LÍMITE DE COASEGURO

En Centroamérica, fuera de la red:	Q 2,300.00	En Centroamérica, dentro de la red:	20.00% / Q 50,000.00
Fuera de Centroamérica (dólares), fuera de la red:	US 2,500.00	En Centroamérica, fuera de la red:	20.00% / Q 50,000.00
Fuera de Centroamérica (dólares), dentro de la red:	US 2,500.00	Fuera de Centroamérica (dólares), fuera de la red:	30.00% / US 20,000.00
En Centroamérica, dentro de la red:	No Aplica	Fuera de Centroamérica (dólares), dentro de la red:	20.00% / US 20,000.00

TABLA DE COPAGOS Y COASEGUROS APLICABLES

DENTRO DE CENTROAMÉRICA

TIPO DE RECLAMO	COASEGURO	COPAGO
CONSULTA CIAM	0.00%	Q 60.00
CONSULTA DENTAL CIAM	0.00%	Q 75.00
URGENCIA CIAM	15.00%	Q 500.00
LABORATORIO CIAM	15.00%	Q 250.00
MEDICAMENTO CIAM	15.00%	Q 350.00
NIÑO SANO CIAM	10.00%	Q 250.00
AMBULATORIO CIAM	10.00%	Q 350.00
CONSULTA MEDIRED	0.00%	Q 75.00
EMERGENCIA TIPO "A" PLUS	25.00%	Q 800.00
EMERGENCIA "A"	20.00%	Q 800.00
EMERGENCIA "B"	15.00%	Q 800.00
HOSPITAL TIPO "A" PLUS	25.00%	Q 2,500.00
HOSPITALIZACIÓN "A"	20.00%	Q 2,000.00
HOSPITALIZACIÓN "B"	15.00%	Q 1,500.00
AMBULATORIO	15.00%	Q 500.00
EXÁMENES DE LABORATORIO	20.00%	Q 350.00
MEDICINAS	20.00%	Q 500.00

FUERA DE CENTROAMÉRICA

TIPO DE RECLAMO	COASEGURO	COPAGO
Dentro de la red	20.00% / US 20,000.00	No Aplica
Fuera de la red	30.00%	No Aplica



NO TE FALLA

PLAN DENTAL

FASE

COASEGURO

PERÍODO DE ESPERA

Fase I	20%	
Fase II	20%	
Fase III	50%	6 meses a partir de la fecha de inclusión del asegurado
Deducible año póliza Q 300.00		

Terminación de cobertura de plan dental para titular y dependiente(s): Al cumplimiento de 65 años.

Al contratar este Seguro, usted autoriza dar a su Intermediario de Seguros acceso completo a su información médica.

Dirección para notificación de cambios en su seguro:

3a. Av. 32-38 Colonia El Carmen Apto. 3 -Zona 12-Guatemala-Guatemala-Guatemala

SEGUROS G&T, SOCIEDAD ANÓNIMA, con domicilio en la ciudad de Guatemala, pagará las Sumas Aseguradas conforme a lo establecido en las Condiciones Generales del Seguro, Carátula del Seguro y en los Anexos que forman parte del

ESTE CONTRATO INCLUYE UN ACUERDO DE ARBITRAJE.

En testimonio de lo anterior se firma el presente contrato de Seguro, en la ciudad de Guatemala, 20 de Marzo del 2025 .

SEGUROS G&T, SOCIEDAD ANÓNIMA.



Gerente o Apoderado

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1351-2021 del 13 de Octubre 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



**ANEXO II
COBERTURA DE VIDA**

Póliza No. VIME - 12337

Vigencia del: 20/05/2025 **al:** 20/05/2026

En adición a la cobertura de Seguro de Gastos Médicos de la póliza arriba descrita, se adhiere el presente anexo de cobertura de Vida, el cual se limita a dar cobertura por muerte por cualquier causa del Asegurado principal, y Cónyuge siempre y cuando solicite la cobertura por escrito y pague la prima correspondiente, hasta el monto indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, siéndole aplicables el numeral 10.2 condiciones de elegibilidad, 10.4 Privilegio de conversión aplicable a Familiares Dependientes y cláusula 6. omisiones o inexactas declaraciones de las Condiciones Generales.

Adicionalmente son aplicables las siguientes cláusulas:

1. SUICIDIO:

En caso de muerte de cualquiera de los asegurados por suicidio, ocurrido dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza, sea cual fuere la causa y el estado mental o físico de los Asegurados, el pago único y total que hará la Aseguradora por dicha cobertura, será la suma de las primas respectiva percibidas por la Aseguradora, correspondiente a este período de tiempo.

2. BENEFICIARIOS:

Es derecho exclusivo de los Asegurados designar a un tercero como beneficiario y modificarlos cuando así lo deseen.

Al ocurrir el fallecimiento de cualquiera de los Asegurados, el Seguro será pagado a la(s) persona(s) que él haya designado como beneficiario en formulario suministrado por la Aseguradora o en uno satisfactorio a ésta y que esté registrado como tal en la Aseguradora.

Los Asegurados podrán designar al Beneficiario o los Beneficiarios de la Póliza y tendrá derecho de "clasificarlos" como "Primer Beneficiario", "Segundo Beneficiario" o "Tercer Beneficiario". Podrá designarse a uno o más Beneficiarios en cada una de tales clasificaciones.

Cuando la Aseguradora deba hacer algún pago al Beneficiario en conformidad con esta cobertura, lo hará sólo al Primer Beneficiario, si viviere alguna persona de las incluidas en esta clasificación; si no, al Segundo Beneficiario, si viviere alguna persona de las incluidas en esta clasificación; y en defecto de Primer y Segundo Beneficiario, al Tercer Beneficiario, si viviere alguna persona de las incluidas en dicha clasificación. En defecto de Beneficiario, el pago se hará a los Herederos Legales del Asegurado.

Cualquier Asegurado, mientras se halle cubierto bajo esta cobertura, puede cambiar de beneficiario en cualquier momento, sin tener que notificar a dicho beneficiario o beneficiarios ni obtener su consentimiento, excepto en caso de beneficiarios irrevocables, presentando a la Aseguradora mediante el Contratante, una notificación escrita con tal fin, en un formulario suministrado por la Aseguradora o en uno satisfactorio a ésta.

El reconocimiento de haber efectuado el cambio, se lo suministrará la Aseguradora al Asegurado titular por medio de un Anexo para que sea adjuntado a la Póliza del Asegurado. Dicho cambio surtirá sus efectos a partir de la fecha en que la Aseguradora reciba el cambio de beneficiario, siempre que el Asegurado esté vivo en esa fecha.

Si cualquier beneficiario designado fallece antes del Asegurado, quedará terminado el derecho de tal beneficiario, y en ese caso, la parte que le correspondía a él será pagada en porciones iguales a aquellos beneficiarios que sobrevivan al Asegurado, según grupo de clasificación al que corresponda el pago del beneficio. De no vivir ningún beneficiario en la fecha de fallecimiento del Asegurado, el beneficio se pagará a los herederos del Asegurado, salvo el caso de beneficiarios irrevocables, cuyo derecho se transmite a los herederos de este beneficiario.



3. REDUCCIÓN DE BENEFICIOS:

Cuando el Asegurado alcance las edades indicadas en el Cuadro de Beneficios, la Suma Asegurada se reducirá a la cantidad allí especificada.

SEGUROS G&T, SOCIEDAD ANÓNIMA.



Gerente o Apoderado

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1351-2021 del 13 de Octubre del 2021, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

ANEXO III
COBERTURA DE MATERNIDAD Y BENEFICIOS

No. Póliza: VIME - 12337

Vigencia del 20/05/2025 al 20/05/2026

1. MATERNIDAD

En adición a la cobertura de Gastos Médicos de la póliza arriba descrita, los gastos ocasionados por maternidad y complicaciones del embarazo, de acuerdo a los límites establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, exclusivamente para el Asegurado Titular o su Dependiente Cónyuge, considerando como gastos elegibles para este beneficio los honorarios médicos, ultrasonidos según lo razonable, usual y acostumbrado, pruebas de laboratorio, vitaminas y los gastos hospitalarios correspondientes al parto o el aborto no provocado, cesárea no electiva y complicaciones del embarazo, que sean médicamente necesarios.

El período de espera para la cobertura de maternidad está establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

LAS COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO Y/O ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS estarán cubiertas, siempre que cumplan con las siguientes condiciones:

- a. Que el nacimiento sea consecuencia de una maternidad cubierta por la póliza.
- b. Que los gastos no excedan el Límite máximo establecido para este beneficio, el cual se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Este beneficio no implica la aceptación automática por parte de la Aseguradora del o los dependientes, se debe completar la papelería de inclusión dentro del tiempo límite establecido en las Condiciones Generales de la Póliza.

2. COMPLICACIONES RECIÉN NACIDO

Los gastos médicos necesarios para el tratamiento de las complicaciones del Recién Nacido, por parto prematuro, por enfermedades, siempre que cumplan con las siguientes condiciones:

- a) Que el nacimiento sea consecuencia de una maternidad cubierta por la póliza.
- b) Que los gastos no excedan el Límite máximo establecido para las Complicaciones del Recién Nacido, el cual se indican las Condiciones Particulares de la Póliza.
- c) Que las complicaciones, enfermedades, defectos o desórdenes sean diagnosticados y tratados mientras el recién no haya egresado del hospital, siempre que el seguro de la madre o ambos padres se encuentre en vigor. Después de haber egresado del hospital no corresponde ningún pago adicional para este beneficio.

3. ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS

Los gastos médicos necesarios para el tratamiento de las enfermedades, padecimientos, defectos o condiciones congénitas, siempre que los gastos no excedan del Límite Máximo establecidos para las Condiciones Congénitas.



NO TE FALLA

Este Límite Máximo se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza y es aplicable de la siguiente forma:

- b) Para todo hijo que haya nacido bajo la cobertura de la madre o ambos padres, la cobertura es inmediata a partir de la fecha de su nacimiento, toda vez sea incluido en la póliza de los padres.
- c) Para todo hijo dependiente que sea diagnosticado hasta antes de los dieciocho (18) años, el máximo vitalicio está establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- d) Para todos los demás asegurados y mayores de dieciocho (18) años, tendrá cobertura después de doce

4. CONTROL DE NIÑO SANO:

Este beneficio tendrá un período de espera de SEIS (06) meses a partir de la fecha de inclusión del menor como asegurado de la póliza hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. Si la maternidad tiene cobertura, no se tendrá este período de espera.

5. EXCLUSIONES

- a) No se cubren gastos por control del niño sano y vacunas cuando no se establezca cobertura en el cuadro de beneficios de la Carátula de la Póliza y de acuerdo a las vacunas aprobadas por el ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- b) Complicaciones de embarazos o Recien Nacido que resulten por el uso de métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad.
- c) Terminación voluntaria del embarazo, excepto cuando el mismo ponga en peligro la vida de la madre.
- d) Cuidados de maternidad y del recién nacido y sus complicaciones, que estén relacionadas con un embarazo no cubierto por esta póliza.
- e) Gastos incurridos, ocasionados por embarazo, parto, aborto, cesárea, antes del cumplimiento del período de espera.
- f) Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos o quirúrgicos prestados al asegurado como consecuencia de no poder concebir por medios naturales, infertilidad, inseminación artificial.

SEGUROS G&T, SOCIEDAD ANÓNIMA.

Gerente o Apoderado

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1875-2023 del 30 de Noviembre 2023, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



NO TE FALLA

ANEXO IV COBERTURA DE PLAN DENTAL

No. Póliza: VIME - 12337

Vigencia del 20/05/2025 al 20/05/2026

1. PLAN DENTAL

Es la alternativa seleccionada por el Asegurado Titular en la solicitud de Inclusión y Certificado Individual de Cobertura donde se indica claramente la Suma Asegurada por Cobertura, los alcances por cada Asistencia Odontológica, Participación del Asegurado en caso de utilizar la cobertura, y la Prima a pagar. Para efectos de la Cobertura de Gastos Odontológicos, el Asegurado Titular será el encargado de elegir el Plan que lo cubrirá a él y a los demás Asegurados.

Beneficios Elegibles y Límites para el asegurado Titular y los Asegurados Dependientes:

Los beneficios elegibles son todos aquellos Gastos odontológicos efectivamente incurridos por un Asegurado necesarios para la atención o el tratamiento de cualquier enfermedad o accidente. Dichos gastos deberán ser por concepto de servicios, tratamientos o medicamentos ordenados por un odontólogo colegiado y que no estén enumerados en el numeral 5. Exclusiones, según los **términos y condiciones de la póliza** como se detallan a continuación:

1.1 FASE I: TRATAMIENTOS DE URGENCIA, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN Y RADIOLOGÍA DIAGNOSTICA

1.1.1. ATENCION URGENCIAS: Cubre las medidas terapéuticas destinadas a la atención y manejo de dolor intenso y/o de procesos inflamatorios agudos que afecten la cavidad oral, causados por agentes infecciosos, traumáticos o cáusticos y que justifiquen una atención profesional inmediata. Estos eventos incluyen rayos X periapicales o radiografía/ radiovisiografía digital, Pulpectomía (eliminación del nervio), tratamiento de hemorragia bucal, retiro de cuerpo extraño, tratamiento de alveolitis, drenaje de absceso intraoral y reimplantación dental en caso de avulsión. En caso de dolor agudo se prescribirá medicación analgésica de acuerdo al criterio clínico del profesional. Para casos en los que se presenten celulitis (proceso infeccioso que causa inflamación) o abscesos de origen dental que invadan espacios aponeuróticos (espacios anatómicos entre nervios y músculos) solo se prescribirán medicamentos y se realizará la respectiva remisión si se requiere para manejo intrahospitalario de estos pacientes.

1.1.2. EMERGENCIAS PROTÉSICAS: Cubre procedimientos destinados a la atención de urgencias relacionadas con desajuste de prótesis totales, parciales o fijas que puedan ser solucionadas provisionalmente mediante los siguientes tratamientos: reparación de prótesis en consultorio, rebase de prótesis, reparación de diente acrílico (prótesis), reposición de diente temporal en acrílico, re-cementación temporal de coronas.

1.1.3. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN: Procedimientos enfocados en prevenir las enfermedades orales y promover el autocuidado de la salud oral. Incluye examen clínico, diagnóstico y plan de tratamiento realizado por profesional en odontología adscrito a la red de prestadores de la Aseguradora, fisioterapia prevención oral (instrucción personalizada para el control de la placa bacteriana, enseñanza técnica de cepillado y uso de seda dental), remoción de cálculos supragingivales (raspado dental) y profilaxis (limpieza placa dentobacteriana blanda), En pacientes pediátricos cubre aplicación flúor en gel o barniz (menores de 14 años) y sellantes de fosas y fisuras (menores de 12 años).

1.1.4. RADIOLOGÍA: Cubre radiografías periapicales, radiografía panorámica, coronales interproximales (aleta de mordida) y radiografía oclusal y tomografías computarizadas de haz cónico (CBCT), utilizadas como ayudas diagnóstica de los tratamientos a realizar e igualmente las radiografías periapicales y/o coronales de control necesarias durante la realización de procedimientos de

endodoncia, cirugía oral o cualquier otro que sea objeto de cobertura. Las radiografías cubiertas serán las necesarias para el diagnóstico, la ejecución y control de los tratamientos dentales.

Los tratamientos descritos anteriormente, se cubrirán de acuerdo con lo descrito en la tabla de beneficios de la carátula de la póliza.

1.2 FASE II: TRATAMIENTOS CIRUGÍA, PERIODONCIA, RESTAURACIÓN, ENDODONCIA Y ODONTOPEDIATRÍA

1.2.1. CIRUGÍA ORAL: Cubre los procedimientos quirúrgicos necesarios para aliviar alteraciones producidas en los maxilares relacionadas con traumas, fracturas, procesos infecciosos o inflamatorios, defectos anatómicos en los que se requiere intervención quirúrgica para la recuperación de la salud oral. Se incluyen: exodoncias simples, extracción quirúrgica o compleja (excluye terceros molares), exodoncia de restos radiculares, extracción de terceros molares erupcionados y en el plano de oclusión, Cirugía de dientes retenidos (excluye terceros molares), cirugía de tejidos blandos y frenectomía bucal. Se excluye cirugía terceros molares semi o incluidos en el hueso o impactados. En ningún caso se cubrirá procedimientos bajo sedación, en caso de requerirlos estos serán por cuenta del Asegurado.

1.2.2. PERIODONCIA: Contempla tratamientos para aliviar afecciones de las encías y tejidos de sostén de los dientes: incluye tratamientos específicos periodontales tales como: Curetaje a campo cerrado o abierto, gingivectomía, gingivoplastia y operculectomía. Se excluyen procedimientos de alargamientos de coronas y cualquier tratamiento relacionado con cirugía periodontal.

1.2.3. ENDODONCIA: Cubre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del canal dental (nervio) y de la raíz, siempre y cuando esté asociado a patología pulpar de un diente no tratado previamente por endodoncia, es decir, no aplica para re-tratamientos de canal. Incluye endodoncias en dientes anteriores, premolares y molares y también apicectomía que se refiere a un procedimiento quirúrgico cuyo objetivo es eliminar una infección que afecta a la raíz de una pieza dental y a los tejidos adyacentes. Este tipo de cirugía se realiza únicamente si han fracasado otros tratamientos (endodoncia), si es imposible acceder al ápice (extremo final) de la raíz, si existen falsos conductos o conductos accesorios en el diente o si alguno de estos se ha fracturado y se ha quedado algún instrumento de los que se utilizan en la endodoncia. Los tratamientos de canal (endodoncias de cualquier diente) y la apicectomía se cubrirán de acuerdo con lo descrito en la tabla de beneficios de la carátula de la póliza.

1.2.4. RESTAURACIÓN: Cubre los procedimientos y medidas terapéuticas necesarias para la reparación de la anatomía y función de cualquier pieza dental afectada por caries, fracturas o desalojo de restauraciones previas. Está incluida la restauración en resina de fotocurado (relleno blanco) o en amalgama (relleno gris) y las restauraciones en ionómero de vidrio para cuellos. Se cubrirá la restauración siempre y cuando esté indicada y pueda garantizarse su correcta realización, dientes con pérdidas de tejido superiores al 50% pueden requerir otro manejo (incrustación o corona).

1.2.5. ODONTOPEDIATRÍA: Cubre las prácticas para la promoción de la salud y las buenas prácticas de higiene en los niños. Contempla exodoncia o extracción de dientes temporales y tratamientos para manejo de caries, fracturas o desalojo de restauraciones en cuyo caso cubre rellenos restauraciones en resina, amalgama o ionómero de vidrio y restauraciones mayores como coronas de acero para molares y coronas en resinas para dientes anteriores. En caso de afección pulpar (nervio o canal) contempla pulpotomías, pulpectomías para niños en dientes temporales. En caso de pérdida prematura de dientes temporales se cubrirá el mantenedor de espacios, siempre y cuando esté indicado.

Los tratamientos descritos anteriormente, se cubrirán de acuerdo con lo descrito en la tabla de beneficios de la carátula de la póliza.

1.3 FASE III: TRATAMIENTOS REHABILITACIÓN PROTÉSICOS

1.3.1. INCRUSTACIONES: Las incrustaciones dentales son un tipo de restauración dental conservadora que se realiza cuando hay un daño que compromete seriamente la estructura dental y como alternativa a la corona dental. Se utilizan especialmente en dientes que presentan caries interproximales o fracturas y en dientes que han sido tratados endodónticamente (tratamiento de canal) siempre y cuando el daño no sea tan extenso como para requerir la colocación de una corona. La cobertura incluye incrustaciones en resina técnica indirecta, incrustación inlay/onlay/overlay metal-porcelana o incrustación inlay/onlay/overlay solo porcelana. Están excluidas incrustaciones en zirconio, procera o EMAX y otros procedimientos de mayor complejidad o reemplazos por motivos netamente estéticos.

1.3.2. MUÑÓN SOBRE ENDOPOSTE (RESINA O IONÓMERO): Se refiere a toda estructura sintética colocada a nivel coronal que servirá de anclaje a una corona artificial. Incluye muñón en resina o ionómero para diente anterior o posterior.

1.3.3. ENDOPOSTE PREFABRICADO Y/O COLADO: Se refiere a una estructura de metal (oro u otras aleaciones) o de otros materiales (fibra de vidrio o titanio) que se coloca en el interior del canal pulpar después de haber realizado el tratamiento de endodoncia correspondiente. El endoposte puede ser prefabricado o preparado por el laboratorio (colado) a la medida del canal dental. En ambos casos el propósito del endoposte es servir como anclaje para una corona artificial. La cobertura incluye perno o pin colado, endoposte en fibra de vidrio, acero inoxidable o titanio.

1.3.4. CORONAS INDIVIDUALES Y PUENTES FIJOS: Las coronas individuales y puentes fijos son restauraciones que reemplazan la totalidad de la estructura coronal perdida a consecuencia de caries o fracturas. La cobertura incluye coronas provisionales en acrílico y coronas individuales o puentes fijos metal-porcelana siempre y cuando este indicado y tanto la raíz como el hueso circundante sean aptos para rehabilitación. Están excluidas coronas enteras en porcelana, zirconio, EMAX y otros procedimientos de mayor complejidad o reemplazos por motivos netamente estéticos. Los tratamientos descritos se cubrirán de acuerdo con lo descrito en la tabla de beneficios de la carátula de la póliza. La reposición de un diente únicamente tendrá cobertura si la pieza fue extraída durante la cobertura dental del asegurado.

1.3.5. PRÓTESIS TOTAL O PARCIAL: Una prótesis dental es un elemento artificial destinado a restaurar la anatomía de una, varias o todas las piezas dentales perdidas por infección o trauma, restaurando además de la estética la función masticatoria. La cobertura incluye prótesis total superior o inferior acrílica y prótesis parcial acrílica o removible aleación Cr/Co (cromo cobalto). Se excluyen prótesis siliconadas o de materiales diferentes al acrílico. Los cambios o reemplazos de prótesis sólo se cubrirán luego de transcurrido el periodo de cambio descrito en el cuadro de beneficios de la carátula de la póliza. La colocación de prótesis total o prótesis removible tendrá cobertura si la o las piezas a reemplazar fueron extraídas durante la cobertura dental del asegurado.

Los tratamientos descritos anteriormente, se cubrirán de acuerdo con lo descrito en la tabla de beneficios de la carátula de la póliza.

2. PERÍODO DE CARENCIA:

Esta póliza contiene un Período de Carencia por cobertura y procedimiento, comenzando a partir de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado, hasta el período máximo estipulado en el Cuadro de Beneficios del a Carátula de la Póliza.

3. EXCLUSIONES

Las coberturas indicadas no amparan los eventos que tengan origen o estén relacionados con alguna de las siguientes causas:

1. Tratamientos complementarios a los contemplados dentro de la cobertura (sedación, rehabilitación, ortodoncia).
2. Tratamientos o procedimientos estéticos para fines de embellecimiento, y/o cualquier cirugía reconstructiva dental, a menos que esta última sea a consecuencia de accidente.
3. Tratamientos odontológicos, quirúrgicos u hospitalarios para pacientes en estado de muerte cerebral según los criterios éticos legales, clínicos y paraclínicos actuales para el diagnóstico de muerte cerebral.
4. Procedimientos que exijan hospitalización, anestesia general o atención domiciliaria.
5. Procedimientos prestados por instituciones y odontólogos no adscritos a la red establecida por la Aseguradora.
6. Carillas para cambios de forma, tamaño o color de los dientes, o el cambio de amalgamas que se encuentren adaptadas y funcionales por resinas, así mismo restauraciones para sensibilidad dental, blanqueamientos de dientes vitales y no vitales, reparación de perforaciones dentales, y procedimientos pre-protésicos en general que no hayan sido descritos en las coberturas.
7. Otros procedimientos no descritos dentro de las coberturas del plan.
8. Las complicaciones y secuelas generadas por el abandono del tratamiento, por parte del Asegurado. Se considera abandono cuando un paciente no asiste por espacio de treinta (30) días calendario a la cita para la continuidad del tratamiento odontológico iniciado.
9. Aquellos gastos por guardas oclusales con el fin de restablecer problemas de la articulación temporomandibular o para restablecer problemas parafuncionales como el bruxismo o bruxomanía.
10. Aquellos gastos que estén relacionados directa o indirectamente con la implantología (coronas sobre implantes, colocación de injerto óseo, utilización de Plasma Rico en Fibrina).
11. Aquellos gastos que estén relacionados directa o indirectamente con ortodoncia (exodoncias para crear espacios, aparatología para ortodoncia interceptiva).
12. En aquellos casos de fracturas dentales (corona o raíz) donde no se siguen las instrucciones recomendadas por el odontólogo después de realizar el tratamiento dental.
13. Aquellos cargos por drogas o medicinas, excepto antibióticos inyectables administrados por un dentista o doctor como resultado de tratamiento dental.

SEGUROS G&T, SOCIEDAD ANÓNIMA.

Gerente o Apoderado

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1875-2023 del 30 de Noviembre 2023, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

