



ESTIPULACIONES ESPECIALES - MUESTRA SIN VALOR

— IMPORTE DEL SEGURO

El importe del seguro de un empleado asegurado estará de acuerdo con el Cuadro de Seguro que aparece a continuación, según la categoría que tenga el empleado en la fecha en que su seguro entre en vigor, con excepción de algún cambio que se produzca de conformidad con el párrafo titulado "Cambio de Clasificación".

CUADRO DE SEGURO CUADRO DE CLASIFICACIÓN (VER ANEXO NO. 01) CAMBIO DE CLASIFICACIÓN

Cualquier cambio en el importe del seguro que se deba a su vez a algún cambio en la clasificación del empleado, será efectivo siempre que el empleado se halle entonces trabajando en forma activa, (Ver Anexo 01) y cumpla con las contribuciones del caso.

De no estar el empleado trabajando entonces en forma activa, el cambio empezará a regir el día siguiente de su regreso al trabajo activo. En caso de que el empleado no haga la contribución correspondiente dentro de los treinta y uno (31) días de tal fecha y que el cambio sea motivo de aumento de los beneficios, dicho empleado tendrá que presentar pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Compañía, sin costo alguno para ésta, antes de que el aumento sea efectivo, el cual entrará en vigor en la fecha que señale la Compañía.

— ESTIPULACIONES APLICABLES AL EMPLEADO PLAN CONTRIBUTORIO

EMPLEADOS ELEGIBLES PARA SEGURO

Las categorías de empleados elegibles para seguro conforme esta Póliza son las siguientes: (Ver Anexo No. 01)

Cada empleado activo será elegible para participar en el seguro en la fecha efectiva de la Póliza, y cada nuevo empleado después de la fecha efectiva de la Póliza complete un período de (Ver Anexo No. 01) empleo continuo y activo será elegible para participar de dicho seguro (Ver Anexo No. 01) después de terminarse dicho período; después de terminarse dicho período; con la condición de que si un empleado después de la terminación de su contrato de trabajo, fuera vuelto a emplear cuando la Póliza continuare todavía en vigor en el momento en que llegara a ser elegible otra vez para seguro colectivo conforme esta Póliza, su elegibilidad será hasta que presente pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Compañía. Sin embargo, la fecha de elegibilidad de cualquier empleado que no esté desempeñando activamente su trabajo en la fecha en que hubiera llegado a ser elegible será el día de su regreso al trabajo activo.

En los grupos en que el empleado contribuye al pago de las primas, el seguro de cada empleado elegible entrará en vigor: a) en la fecha de su elegibilidad, si el consentimiento de seguro lo presenta por escrito antes de la mencionada fecha; y, b) en la fecha de su solicitud por escrito si la presenta dentro de los treinta y un (31) días contados a partir de la fecha de su elegibilidad.

Si el consentimiento lo presenta el empleado después de transcurridos los treinta y un (31) días de la fecha de su elegibilidad, o en el caso de un empleado que presente al Contratante una solicitud por escrito para rehabilitar su seguro terminado al ser dado de baja de la Póliza en los momentos que permanecía elegible bajo la misma, tendrá que suministrar las pruebas de asegurabilidad requeridas por la Compañía, sin costo para ésta, y si la Compañía considera que tales pruebas son satisfactorias, el seguro entrará en vigor en la fecha que determine la Compañía.

TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

Con excepción de lo indicado en la estipulación de esta Póliza titulado Continuidad del Seguro, el seguro de cualquier empleado, quedará automática e inmediatamente terminado por cualquiera de las siguientes circunstancias: a) la fecha en que deje de cumplir con la contribución que se requiere para el pago de las primas al vencimiento de éstas; b) la fecha en que deje de ser miembro de la categoría o categorías elegibles para seguro conforme esta Póliza; c) la fecha en que se termine su contrato de trabajo; d) la fecha en que cesen los pagos de primas correspondientes al seguro el empleado; e) la fecha de terminación de esta Póliza; y, f) al cumplimiento de los (Ver Anexo No. 1) años de edad.

— ESTIPULACIONES APLICABLES A LOS FAMILIARES DEPENDIENTES DEL EMPLEADO

(PLAN CONTRIBUTORIO)

Para los efectos de esta Póliza, se consideran "Familiares Dependientes":

- (a) El cónyuge legítimo de un empleado asegurado;
- (b) Hijos solteros, hijastros, o hijos adoptados legalmente cuyas edades no sean menores de diez (10) días ni mayores de diecinueve (19) y que no se encuentren asegurados para recibir los beneficios de esta Póliza en calidad de empleados;
- (c) Los hijos solteros pueden estar considerados como familiares dependientes hasta el cumplimiento de los 23 años de edad, siempre que sean estudiantes de tiempo completo en una institución educativa acreditada o en la universidad, que dependan del empleado para su sostenimiento y residan con él.

DERECHO A SEGURO

Cada empleado incluido en una de las clasificaciones enumeradas en el Cuadro de Seguro de esta Póliza, tendrá derecho a seguro para sus familiares dependientes en virtud de este documento así:

- (a) En la fecha de su elegibilidad si tiene uno o más familiares dependientes; o,
- (b) En la fecha que se inicie la relación de parentesco.

Según lo definido en los incisos (a) y (b) que proceden, tales familiares quedarán asegurados si la solicitud la presenta el empleado antes de la fecha de su elegibilidad o dentro de los treinta y un días (31), a partir de la fecha en que él quedó asegurado, pero si tal solicitud la presenta después de los 31 días, tendrá que presentar pruebas de Asegurabilidad para cada uno de los familiares dependientes entrará en vigor en la fecha en que designe la Compañía, siempre que tales pruebas de Asegurabilidad presentadas sean satisfactorias. Tales pruebas de asegurabilidad serán sin costo para la Compañía.

Si el empleado ya tiene seguro para familiar dependiente de acuerdo con el cuadro de clasificación de este contrato, y más tarde se inicia una nueva relación de parentesco, tal familiar quedará automáticamente asegurado sin necesidad de presentar pruebas de asegurabilidad.

Si un familiar dependiente sufre de alguna enfermedad o dolencia y no se encuentre desempeñando sus ocupaciones habituales debido a incapacidad en la fecha en que el empleado hubiera quedado asegurado, en lo que respecta a tal familiar o en la fecha de algún cambio de clasificación del empleo, entonces la fecha de vigencia de los beneficios del seguro en lo que respecta al familiar dependiente, quedará pospuesta hasta que se restablezca por completo y regrese a sus ocupaciones habituales.

TERMINACIÓN DEL SEGURO

La Compañía puede terminar el seguro de todos los familiares dependientes conforme este contrato, en el primer aniversario de la póliza o cualquier fecha de vencimiento de primas después de tal aniversario, mediante aviso escrito al Contratante, por lo menos con treinta y un (31) días de anticipación, siempre que en la fecha de tal aviso el número de los empleados asegurados con este contrato, con seguro para sus familiares dependientes, sea menor del setenta y cinco por ciento (75%) de los que tengan derecho a seguro para sus familiares dependientes.

El seguro en lo que respecta a los familiares dependientes cesará automáticamente en cualquiera de las siguientes fechas que ocurra primero:

- (a) En la fecha en que el empleado asegurado deje de ser miembro de la categoría o categorías de este Contrato que le dan derecho a seguro;
- (b) En la fecha en que el empleado asegurado deje de tener algún familiar dependiente asegurado;
- (c) En la fecha en que el empleado asegurado termine su seguro personal con esta Póliza;
- (d) En la fecha en que la Compañía le ponga fin al seguro de todos los familiares dependientes del empleado asegurado conforme este Contrato.



— BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS MAYORES APLICABLE AL EMPLEADO Y A SUS FAMILIARES DEPENDIENTES

CLÁUSULA DE SEGURO

Sujeto a los términos y condiciones de esta Póliza, todo asegurado tendrá derecho, a los beneficios de Gastos Médicos Mayores; si incurre en tales gastos por atención o servicios médicos.

Los beneficios de Gastos Médicos Mayores, tal como se definen más adelante, consistirán en una cantidad para los Gastos Médicos Mayores contraídos por un individuo asegurado durante un Año Calendario. Tal cantidad será igual al porcentaje de reembolso, indicado en el Cuadro de Seguro, multiplicado por el exceso de tales Gastos Médicos Mayores menos la suma deducible, aplicable a tal Año Civil. La cantidad total de los beneficios de Gastos Médicos Mayores no deberá exceder el "Máximo por Vida" de cualquier asegurado (ya sea que haya habido o no alguna interrupción en la continuidad del seguro bajo esta Póliza y ya sea que el individuo haya estado o no cubierto alguna vez como empleado y otra vez como dependiente), como se indica en el Cuadro de Seguro, excepto como se estipula en el próximo párrafo.

Cualquier asegurado a quien se le haya pagado o acumulado beneficios de Gastos Médicos Mayores por un mínimo de Q. 1,000.00 puede rehabilitar su "Máximo por Vida" suministrando por cuenta propia evidencia de asegurabilidad satisfactoria a la Compañía. Después que el seguro de un empleado y sus familiares dependientes ha terminado, podrá volver a asegurarse y rehabilitar su "Máximo por Vida" siempre que sea elegible y que los términos aplicables a esta Póliza sean cumplidos.

CONTINUIDAD DEL SEGURO

1. El seguro de un empleado continuará en vigor, siempre que el Contratante continúe efectuando el pago de primas y siga un plan establecido para impedir selección individual contra la Compañía, según las siguientes circunstancias;

- a) Si el empleado se encuentra ausente de su trabajo ordinario debido a paro forzoso provisional o a consecuencia de una licencia que se le hubiere concedido por un período no mayor de dos (2) meses;
- b) Si el empleado se encuentra ausente de su trabajo ordinario o se encuentre desempeñando un empleo de jornada parcial por enfermedad o lesión durante un período no mayor de dos años, siguientes a la terminación de su trabajo ordinario. Sin embargo, los beneficios del seguro del empleado no continuarán en vigor más allá de la fecha en que inicie una nueva relación de trabajo con otro patrono, o después que cumpla la edad de 65 años.

Si el seguro de un empleado continúa en vigor como se indica en los incisos a) y b) que preceden, el seguro de los familiares dependientes también continuará en vigor.

2. Si un asegurado se encuentra totalmente incapacitado al terminar su seguro y dicha incapacidad total continúa, tendrá derecho a recibir los Beneficios de Gastos Médicos Mayores hasta el final del período de 12 meses siguientes a la fecha de la terminación de su seguro solamente por Gastos Médicos Mayores incurridos por la condición que ha causado dicha incapacidad total, siempre que el "Máximo por Vida" no haya sido pagado.

La incapacidad total, dentro del sentido de esta estipulación, se define como incapacidad ocasionada por lesión corporal o enfermedad que impida totalmente al asegurado dedicarse al desempeño de sus ocupaciones normales.

INCLUSIONES

La cobertura de los Gastos Médicos Mayores incluye lo siguiente:

1. Los gastos de hospital, siempre que la cantidad que se tarifique por día para gastos de cuarto y alimentos y cuidados generales de enfermeras, no exceda la cantidad del gasto diario elegible, tal como se indica en el Cuadro de Seguro.

2. Los gastos abajo indicados siempre que éstos no estén incluidos en el párrafo (1):

- a) Tratamiento suministrado por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina;
- b) Intervenciones quirúrgicas realizadas por un cirujano legalmente autorizado para ejercer la medicina;
- c) Atención suministrada por enfermeras tituladas que no tengan ningún grado de parentesco con el Asegurado y que no vivan en la casa de dicho asegurado;
- d) Tratamientos suministrados por un radiólogo o un fisioterapeuta y por exámenes de laboratorio hechos para diagnóstico o tratamiento;
- e) Aplicación de anestesia suministrada por un médico o un anestesista profesional;
- f) Transporte del Asegurado en servicio de ambulancia profesional un hospital equipado para proporcionar el tratamiento correspondiente, y
- g) Suministro de lo indicado a continuación, hecho por cualquiera otra persona o establecimiento: sangre o plasma, miembros y ojos artificiales, yeso tablilla, braguero, muletas, oxígeno y alquiler del equipo necesario para su aplicación, alquiler de silla de ruedas o cama especial de hospital, alquiler de pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria, drogas o medicinas recetadas por un médico y que sean proporcionadas por una farmacia autorizada.

EXCLUSIONES

GASTOS NO CUBIERTOS

No se pagará ningún beneficio por los siguientes servicios o atención médica:

1. Honorarios por reconocimientos médicos o exámenes generales, que no sean relacionados ni necesarios para el tratamiento de una enfermedad.
 2. Exámenes de la vista, anteojos o lentes de contacto, aparatos para el oído.
 3. Tratamiento de alcoholismo crónico o adicción a drogas.
 4. Lesión causada a sí mismo, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales, siempre que en el primer caso la lesión sea voluntariamente causada.
 5. Lesión o enfermedad que resulte a consecuencia de insurrección o de guerra declarada o no, o de participación voluntaria en motines, huelgas o conmociones civiles.
 6. Curas de reposo, de rejuvenecimiento, convalecencia, curas en custodia, periodos de cuarentena o aislamiento o cualquier programa de reducción de peso.
 7. Tratamiento dental, excepto el originado por causas accidentales que pérdida de dientes naturales y dislocación o fractura de la mandíbula, mientras la persona se encuentre asegurada, y que el tratamiento sea suministrado dentro de los 90 días siguientes al accidente, por un cirujano dentista autorizado para ejercer su profesión, así:
 - a) Tratamiento dental de lesiones sufridas, incluyendo el reemplazo de los dientes naturales, y
 - b) Colocación en su lugar de la mandíbula fracturada.
 8. Cirugía plástica, excepto en los casos siguientes:
 - a) Tratamiento de lesiones sufridas en un accidente, siempre que este ocurra mientras la persona esté asegurada y que sea proporcionado dentro de los seis meses después de tal accidente; y
 - b) Tratamiento de irregularidad congénita en un niño que nazca mientras el padre o madre estén cubiertos con seguro para dependientes.
 9. Servicios suministrados en un hospital que pertenezca al Estado o al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social o por cualquier otro servicio o atención médica gratuitos.
 10. Cualquier gasto efectuado por el acompañante del paciente, ya sea en el hospital o fuera de éste.
 11. Tratamiento suministrado al recién nacido antes de salir del hospital excepto en los casos siguientes:
 - a) Por enfermedad contraída después del nacimiento,
 - b) Por condiciones congénitas anormales, y
 - c) Por parto prematuro
 12. Gastos ocasionados por embarazo, nacimiento del niño, aborto o cesárea, excepto en los casos siguientes:
 - a) Servicios médicos ocasionados por embarazo extrauterino o por complicaciones que requieran cirugía interabdominal, al terminar el embarazo.
 - b) Atención y servicios médicos suministrados durante la reclusión en un hospital por tratamiento de vómitos perniciosos o toxemias con convulsiones relacionadas con el embarazo.
 13. Gastos ocasionados por enfermedades mentales y trastornos nerviosos funcionales, excepto los beneficios Regulares de Gastos Médicos Mayores que serán aplicables a los gastos mientras el individuo asegurado se encuentre hospitalizado; y los gastos de administración de terapia para tratamiento de convulsiones, ya sea que esté o no en un hospital.
- Para otros gastos incurridos en un hospital donde el individuo asegurado no pague cuarto y alimentación o incurridos fuera del hospital, le será aplicado lo siguiente:
- a) El 50% de los gastos elegibles en vez del porcentaje normal; y
 - b) Q 10.00 por cada consulta de Psiquiatra, no excediendo de 50 consultas durante un año calendario.

14. Tratamiento de cualquier enfermedad o accidente que se hubiere originado antes de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del individuo asegurado, esta exclusión cesará en cualquiera de los casos siguientes:

- a) Al final de un período continuo de tres meses durante los cuales el individuo asegurado no haya recibido ningún cuidado o tratamiento médico por dicha enfermedad o accidente;
- b) Al final de un período de doce meses durante los cuales el individuo asegurado ha estado cubierto bajo esta Póliza; o,
- c) En el caso de un empleado, al final de un período de seis meses durante los cuales de un empleado, al final de un período de seis meses durante los cuales ha estado asegurado bajo esta Póliza y trabajando activamente el horario completo.

CONDICIONES GENERALES PRIMAS

Tarifas de Primas (Ver Anexo 01)

LA COMPAÑÍA PUEDE MODIFICAR LAS TARIFAS:

Durante el período de un año contado a partir de la fecha de vigencia de la Póliza, la prima se calculará de acuerdo con las tarifas de primas que anteceden. La Compañía tiene derecho a cambiar las tarifas: (1ero.) en cualquier aniversario de la Póliza; y (2do.) en cualquier fecha de vencimiento de la prima, siempre que la tarifa que entonces se cobre haya estado en vigor por lo menos doce (12) meses y siempre que la Compañía notifique al Contratante por lo menos con treinta y un (31) días de anticipación a la fecha.

Las primas se determinarán de acuerdo con los siguientes factores:

- a) Las tarifas en vigor
- b) Los beneficios de la Póliza
- c) Número de empleados asegurados, incluyendo los que se encuentren recibiendo beneficios; y
- d) Número de familiares dependientes

Los ajustes de primas se harán sobre la base de año póliza. Cualesquiera correcciones que se realicen y se le notifiquen a la Compañía dentro del año póliza se llevará a cabo de manera que cubran el período completo en que tales correcciones sean aplicables, siempre que dichos ajustes nunca pasen de los doce (12) meses, o del número de meses transcurridos en el año corriente de póliza.

CONDICIONES GENERALES

REGISTRO DE EMPLEADOS Y FAMILIARES DEPENDIENTES ASEGURADOS

El Contratante debe suministrar periódicamente la información relacionada con los empleados y familiares dependientes que queden asegurados, cambios en las cantidades del seguro, altas y bajas, conforme se lo exija la Compañía. La nómina del Contratante así como cualesquiera otros registros del personal que puedan tener referencia al seguro de esta Póliza deberán ponerse a la disposición de la Compañía con fines de inspección en cualquier momento razonable.

Cualquier error, falta u omisión inadvertida de parte del Contratante al notificar el nombre de algún empleado o de algún familiar dependiente que se halle habilitado para recibir los beneficios del seguro y haya hecho su contribución conforme este contrato en cumplimiento de las condiciones prescritas, o cuya cantidad de seguro a ser cambiada de acuerdo con su clasificación, no privará a tal empleado o familiar dependiente del beneficio, ni afectará el importe de éste; ni tampoco la omisión en notificar la baja de un empleado o familiar dependiente se tomará en el sentido de que tal seguro continúa en vigor más allá de la fecha de terminación fijada de acuerdo con las estipulaciones de este contrato.

CONTRATO COMPLETO

La Póliza junto con la solicitud de seguro del Contratante, de la cual se le adjunta copia a dicha Póliza, así como de los consentimientos de los empleados asegurados, constituyen el contrato completo entre las partes interesadas, y todas las declaraciones hechas por el Contratante o por las personas aseguradas serán consideradas como manifestaciones y no como garantías, por lo tanto, ninguna declaración hecha por alguna persona asegurada podrá ser usada en litigio alguno, a menos que se le suministre o haya suministrado una copia del documento que contiene la declaración, a tal persona o a su familiar dependiente.

MODIFICACIONES A LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA

Solamente el Gerente o Apoderado Legal de la Compañía tendrá autoridad para cambiar, modificar o hacer exención de las condiciones particulares de esta Póliza, en cuyo caso tal acto, para ser válido, deberá constar en un endoso y contar con el consentimiento del Contratante por escrito.

FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS

El Contratante pagará las primas por adelantado en la oficina de la Compañía o a un agente autorizado, a cambio del recibo oficial de la Compañía debidamente refrendado en constancia de tal pago.

Las primas se pueden pagar anual, semestral, trimestral o mensualmente y, mediante petición escrita, puede cambiarse la forma de pago en cualquier aniversario de Póliza con el ajuste del caso, aunque ningún pago de prima podrá mantener la Póliza en vigor más allá de la fecha en que venza y sea pagadera la siguiente prima.

PERODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

Si el Contratante no notifica por escrito a la Compañía que este contrato ha de terminarse, se concederá un período de gracia de treinta y un (31) días para efectuar el pago de la prima después de la primera.

Si alguna prima no se paga antes de que concluya el período de gracia, quedará terminado el contrato, pero deberá pagarse una prima a prorrata por los días de que tal terminación sea efectiva antes de expirar el período de gracia, el contrato quedará terminado a partir de la fecha estipulada en el aviso, en cuyo caso se deberá pagar una prima a prorrata por el período transcurrido entre la fecha en que venció la prima y la terminación de la Póliza.

TERMINACIÓN DEL SEGURO

La Compañía puede terminar el contrato en el primer aniversario de la Póliza o en cualquier fecha de vencimiento de prima de allí en adelante, mediante notificación escrita al Contratante por lo menos de treinta y un (31) días de anticipación, si en la fecha de tal aviso el número de empleados asegurados con este contrato es menor de (Ver Anexo No. 03) o menor del (Ver Anexo No. 01) por ciento del número de empleados con derecho a seguro.

En caso de que el Contratante cancele el contrato antes del aniversario de la Póliza, la Compañía devolverá la prima no devengada, computándose a las primas por mes completos.

RECLAMACIONES

Al recibirse una petición de pago de los beneficios de esa Póliza, y quedar comprobada la reclamación, le serán pagados a tal empleado al fin de cada dos semanas durante cualquier período de incapacidad por el cual se paga beneficios y cualquier saldo que quedare al terminar dicho período.

AVISO Y PRUEBA DE RECLAMACIÓN

El aviso escrito de cualquier lesión o de enfermedad en que se base la reclamación debe presentarse a la Compañía a más tardar a los (90) días de la fecha del accidente, o del origen de la enfermedad. La prueba de tal lesión o enfermedad se le debe suministrar a la Compañía a más tardar, a los noventa (90) días después de terminarse el período por el cual se pagan los beneficios de acuerdo con este contrato.

Al recibir la Compañía aviso de reclamación, suministrará los correspondientes formularios para presentar la prueba respectiva. Si tales formularios no son suministrados dentro de los quince (15) días después de recibirse tal aviso, se considerará que el empleado ha cumplido con los requisitos de esta Póliza.

La omisión de tal aviso o prueba dentro del tiempo estipulado, no invalidará la reclamación, siempre que se demuestre que no fue posible enviarlos y que tal aviso o prueba fue presentado tan pronto como fue posible.

La Compañía tendrá derecho y deberá proporcionarse la oportunidad de que un médico designado por ella examine al asegurado conforme este contrato, cuantas veces lo requiera en forma razonable.

DEFINICIONES

Conforme se usa en estas estipulaciones del Beneficios de Gastos Médicos Mayores.

1. La frase "Individuo Asegurado" se refiere a cualquier empleado asegurado o a un familiar dependiente asegurado al cual estas estipulaciones de Beneficios de Gastos Médicos Mayores son aplicables.
2. El vocablo "Enfermedad" se refiere a cualquier lesión corporal, desorden o enfermedad mental.
3. La frase Año Calendario se refiere al período comprendido entre el primero de enero de cualquier año y el 31 de diciembre del mismo año, ambas inclusive.
4. La frase "Gastos Médicos Mayores" se refiere a los gastos razonables y necesarios por cuidados y servicios médicos que no están excluidos del pago de beneficios bajo esta Póliza, que son ordenados por un médico legalmente autorizado a ejercer la medicina (con excepción de un médico cuya licencia limita su práctica a una o más ramas especificadas), y las cuales están descritas en la estipulación de inclusiones y exclusiones de esta Póliza.
5. La "Suma Deducible" será aplicada a cada individuo asegurado una vez en cada Año Calendario.
6. La frase "Beneficio del Plan Básico" se refiere a cualquier cantidad pagada por o suministrada de acuerdo con la Póliza de Hospitalización, Cirugía y Atención Médica.
7. "Efectivo Deducible" es la cantidad que se resta de los Gastos Médicos Mayores, como se indica en el Cuadro de Seguro, que sean contraídos por un individuo asegurado en cada Año Calendario. En caso de un accidente en el cual más de un miembro de una familia sufre lesiones, solamente un efectivo deducible es aplicable en cada Año Calendario por los Gastos Médicos Mayores totales contraídos como resultado de dicho accidente; sin embargo, los verdaderos cargos aplicables a cualquier individuo serán aplicados a sus verdaderos cargos aplicables a cualquier individuo serán aplicados a su efectivo deducible por cualesquiera otros Gastos Médicos Mayores contraídos durante ese Año Calendario. Si una parte o todo el efectivo deducible para un Año Calendario de un individuo asegurado ha sido aplicado contra Gastos Médicos Mayores contraídos durante los últimos tres (3) meses de dicho Año Calendario, será reducido por la cantidad aplicada, es decir que no le será aplicado un nuevo deducible.
8. El vocablo "Hospital" se refiere a una institución organizada de acuerdo con la ley, que cuenta con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios a sus pacientes, con facilidades médicas, diagnósticas y quirúrgicas para el cuidado y tratamiento de las personas enfermas y lesionadas que se encuentren hospitalizadas, durante las 24 horas del día, bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras graduadas. En ningún caso el término "Hospital" significará una institución que esté especialmente dedicada a casa de reposo, de convalecencia, de ancianos o de tratamiento de adictos o drogas y alcohólicos.
9. "Fecha de los Comprobantes". Para efectos de aplicación de deducible, se debe considerar como aspecto principal, la fecha en que el comprobante fue expedido.
10. Esta Póliza incluye únicamente Reembolso de Gastos Médicos y en ningún caso reembolsará impuestos de ninguna clase.
11. "Período de Acumulación" significa el tiempo máximo durante el cual se puede acumular facturas, recibos o documentos que amparen gastos médicos, siendo este plazo no mayor de un año tomando como referencia la fecha de expedido el documento y su fecha de presentación.
12. "Máximo Vitalicio" es la acumulación de las sumas pagaderas durante la vida de cada asegurado y es hasta por el monto que aparece en el Cuadro de Seguro, en exceso de esa suma no se pagarán más beneficios, excepto si ocurre el restablecimiento del Máximo Vitalicio de acuerdo con lo que establece la Póliza.