Compañía de Seguros, S.A.

Póliza de Seguro Individual de Salud – Plan ASSA Medic Care

Mediante esta Póliza y en consideración al pago o de la garantía del pago de la prima estipulada dentro del período convenido, y fundándose en la verdad de las declaraciones del Contratante y de la Solicitud del Asegurado – cuyas declaraciones forman parte integrante de esta Póliza – junto con todas las manifestaciones contenidas en ella y las que se hagan al médico examinador, ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A. (denominada en adelante "la Compañía"), conviene con el Contratante y/o Asegurado nombrado en dicha Solicitud (denominado en adelante "el Contratante y/o Asegurado"), en celebrar un contrato de SEGURO INDIVIDUAL DE SALUD, sujeto a los términos, condiciones y demás estipulaciones contenidas en la Póliza o endosados en ella, y las normas legales vigentes en materia de seguros en la República de Panamá.

El derecho a gozar de las prestaciones que se puedan suministrar mediante esta Póliza depende del correcto cumplimiento de parte del Contratante y/o Asegurado Principal y Familiar Asegurado con todos dichos términos, condiciones y demás estipulaciones.

CONDICIONES GENERALES

ÍNDICE DE CONTENIDO

I. OBJETO DEL SEGURO 3

II. DEFINICIONES E INTERPRETACIONES 3

III. CONTRATO 7

- A. BASES DEL CONTRATO 7
- B. DECLARACIÓN INEXACTA U OCULTAMIENTO 7
- C. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA 7
- D. MODIFICACIONES AL CONTRATO 7
- E. CAMBIOS DE PLAN MÉDICO 7
- F. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS 7
- G. NOTIFICACIONES 8
- H. NORMA SUPLETORIA 8
- I. REGISTRO DE ASEGURADOS 8
- J. NACIMIENTOS 8
- K. MATRIMONIOS 8
- L. RETIROS E INCLUSIONES 8
- M. EDAD 8
- N. RECLAMACIONES 9
- O. PAGO DE RECLAMACIONES 9
- P. NULIDAD DE LA PÓLIZA 10
- Q. SEGUROS COEXISTENTES 10
- R. PRESCRIPCIÓN 10
- S. AGRAVACIÓN DEL RIESGO 10
- T. SUBROGACIÓN 10

IV. VIGENCIA DEL SEGURO 11

1. VIGENCIA DE LA PÓLIZA 11
2. COBERTURA EFECTIVA 11
3. DERECHO DE RENOVACIÓN 11
4. REDUCCIÓN AUTOMÁTICA DEL BENEFICIO MÁXIMO ANUAL 11
5. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO 11
6. RESCISIÓN DEL CONTRATO 11

7. .LIMITACIONES 12

V. PRIMAS 12

1. MONTO DE LAS PRIMAS 12
2. FORMA Y FRECUENCA DE PAGO 12
3. TARIFAS 12
4. PERIODO DE GRACIA 12
5. REHABILITACIÓN 12

VI. BENEFICIOS CUBIERTOS 13

ELECCIÓN DEL MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS 13

I. SERVICIOS PROPORCIONADOS 13

1. HOSPITALIZACIÓN 13
2. EMBARAZO Y MATERNIDAD 13
3. CONSULTA EXTERNA 14
4. FARMACIA 14
5. SERVICIOS DENTALES 14
6. PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD 15

VII. EXCLUSIONES 15

VIII. PADECIMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS CON PERÍODO DE ESPERA 17

IX. PAGO DE RECLAMOS 17

1. PERIODO DE PAGO DE GASTOS 18
2. PAGO DE RECLAMOS 18
3. RESTITUCIÓN 18

I. OBJETO DEL SEGURO

La Compañía cubrirá los servicios médicos que sus Asegurados requieran para la prevención de enfermedades y accidentes, el cuidado y mantenimiento de la salud o la recuperación de la misma en caso de sufrir un evento amparado, hasta la cantidad estipulada en el Contrato de Seguro.

II. DEFINICIONES E INTERPRETACIONES

Todas las cláusulas y normas expresadas en estas Condiciones Generales son aplicables a toda la póliza incluyendo los endosos que se le adhieran eventualmente. En los casos en que las Condiciones Particulares o endosos que se adhieran a esta póliza, modifiquen las Condiciones Generales aquí presentes, prevalecerán las estipulaciones de las Condiciones Particulares o endosos.

Para todos los efectos de esta póliza, las expresiones siguientes tendrán la acepción y el alcance que a continuación se les asigna.

1. CONTRATANTE

Es la persona jurídica que acepta las obligaciones debidas a **La Compañía** y quien se compromete al pago total de la prima estipulada para esta póliza. Se entiende que el Asegurado es la misma persona quien contrata la póliza de no especificarse lo contrario en las Condiciones Particulares.

2. ACCIDENTE AMPARADO

Todo acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca la muerte o lesiones corporales al Asegurado, siempre que:

a) que ocurra después de la fecha en que el afectado se haya dado de alta en la póliza,

b) no se encuentre indicado dentro de las Exclusiones de esta póliza, y

c) que a póliza se encuentre en vigor.

Los accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de lo señalado en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo Accidente Amparado o Cubierto que les dio origen.

Se considerará como enfermedad el Accidente Amparado cuyo primer gasto se efectúe después de los 30 días de la fecha de ocurrido.

3. ASEGURADO

Persona natural a favor de quien **La Compañía** ha expedido esta póliza. Bajo este tenor el Asegurado puede ser según se define en los numerales 4 y 5 según se detallan mas adelante.

4. ASEGURADO PRINCIPAL

Es la persona natural en cuya cabeza recae el seguro y quien aparece como Asegurado en las Condiciones Particulares de esta póliza. Deberá ser menor de cincuenta y cinco (55) años de edad al momento de formular la solicitud. Expedida la póliza, no existe límite de edad para continuar como Asegurado Principal, salvo lo dispuesto en la cláusula de Terminación de la cobertura del Asegurado o Rescisión del Contrato.

5. FAMILIAR ASEGURADO

El término “Familiar Asegurado” significa:

a) El Cónyuge o, en su defecto, la persona que, viviendo en calidad de compañera permanente del Asegurado Principal, esté registrada como tal en **La Compañía** siempre y cuando sea menor de cincuenta y cinco (55) años al momento de formular la solicitud de seguro.

b) Los hijos mayores de nueve (9) días y menores de diecinueve (19) años, habidos dentro o fuera del matrimonio o legalmente adoptados, o hijastros que vivan en el hogar del Asegurado Principal, siempre y cuando hayan sido inscritos en **La Compañía**, sean solteros y dependan económicamente del Asegurado Principal.

c) Los hijos solteros mayores de diecinueve (19) años pero menores de veinticinco (25) años, podrán permanecer inscritos en la póliza, siempre y cuando dependan económicamente del Asegurado Principal y se encuentren estudiando a tiempo completo. Se exigirá previa confirmación de esta circunstancia.

6. PERSONAS ELEGIBLES

Serán elegibles todas aquellas personas que tengan la calidad de Asegurado Principal o Familiar Asegurado, tal como quedó definido anteriormente, y que al momento de solicitar su ingreso en el seguro no se encuentren ni incapacitados, ni inválidos, ni reciban en el presente o hayan recibido en el pasado, de cualquier fuente, beneficios por incapacidad.

7. ATENCIÓN MÉDICA PROGRAMABLE

Es aquella, en la que a consecuencia de un evento no se requieren servicios médicos inmediatos, y se puede efectuar en la fecha que acuerde el Médico Tratante con el Asegurado, sin poner en riesgo la salud y la vida de éste.

8. AUTORIZACIÓN PREVIA
Proceso mediante el cual se obtiene la aprobación del Área Médica de **La Compañía** para una referencia, servicio o procedimiento que lo requiera, de acuerdo al Manual de Normas, y Procedimientos establecidos por **La Compañía**.

9. ASISTENTE QUIRÚRGICO
Médico o Cirujano que asiste, de manera directa, durante el desarrollo de un procedimiento de diagnóstico o quirúrgico, y cuya participación es indispensable para su realización. Su aprobación estará sujeta a la autorización previa de **La Compañía**.

10. BENEFICIOS
Significa todas las sumas de dinero pagaderas por **La Compañía** de acuerdo a las condiciones de esta póliza.

11. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL
Es el límite de responsabilidad amparado por esta póliza para cada Asegurado y cobertura contratada, cuyo importe se especifica en las Condiciones Particulares de la misma.

12. BENEFICIO ADICIONAL - VALOR AGREGADO
Es un valor que **La Compañía** brinda sin costo alguno a sus Asegurados.

13. CARNET DE IDENTIFICACIÓN
La Compañía entregará a sus Asegurados una tarjeta de identificación, la cual deberán llevar siempre consigo como identificación en caso de una urgencia médica y deberán mostrarla al solicitar cualquier servicio cubierto por esta póliza.

14. CIRUGÍA AMBULATORIA
Es el servicio que requiere de un período de hospitalización menor a 24 horas para la observación, diagnóstico, procedimiento quirúrgico, cuidado y/o tratamiento del Asegurado.

15. COASEGURO
Es la proporción del gasto que asume todo Asegurado Principal o Familiar Asegurado en su propio riesgo, conforme se estipule en ésta póliza.

16. COBERTURA OPCIONAL
Es aquel servicio que se puede agregar a los planes de **La Compañía** mediante el pago de una prima adicional.

17. COPAGO
Cantidad previamente establecida que el Asegurado deberá pagar por un servicio específico que reciba. El Asegurado deberá cubrir este pago al momento de recibir la atención o servicio. Un listado específico y detallado de los copagos a cubrir por el Asegurado, aparece en la Tabla de Beneficios que forma parte de las Condiciones Particulares de la Póliza.

18. DEDUCIBLE POR AÑO PÓLIZA
Cantidad acumulable por cada Asegurado durante el año póliza, aplicada a las coberturas indicadas en las Condiciones Particulares. La responsabilidad de **La Compañía** será sólo por las sumas en exceso del deducible aplicable.

19. ENDOSO
Acuerdo realizado entre el Contratante/ Asegurado y **La Compañía** que modifica, excluye o adiciona condiciones, formando parte de la póliza.

20. ENFERMEDAD CUBIERTA
Toda alteración en la salud que sufra el Asegurado siempre que:

a) tanto su inicio como el primer gasto médico se efectúen después de la fecha en que se haya dado de alta en la póliza,

b) no se encuentre indicada dentro de las Exclusiones contenidas en esta póliza, y

c) que la póliza se encuentre en vigor.

Las enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de las señaladas en el párrafo anterior o de su tratamiento o manejo quirúrgico, así como las recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma Enfermedad Cubierta que les dio origen.

21. EVENTO
Cada una de las enfermedades cubiertas o accidentes cubiertos por esta póliza, que sufra el Asegurado durante la vigencia de la póliza, atribuible a un mismo padecimiento o diagnóstico.

22. HONORARIOS MÉDICOS
Son las contraprestaciones devengadas que corresponden al o los Médicos Tratantes en tratamientos o intervenciones quirúrgicas proporcionadas al Asegurado.

23. HOSPITAL Y/O CLÍNICA

El término “Hospital” y/o “Clínica” significa cualquier establecimiento que reúna las condiciones exigidas para atender enfermos y que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios por el Ministerio de Salud de la República de Panamá.

Por HOSPITAL PARTICIPANTE se entiende todo Hospital o Clínica afiliada a la red de proveedores de **La Compañía**.

24. HOSPITALIZACIÓN
Para efectos de esta póliza, es la estadía continua del Asegurado en un hospital, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable por el padecimiento o diagnóstico definitivo; a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente.

25. MALFORMACIÓN O ENFERMEDAD CONGÉNITA
Se entiende como congénita, la malformación o enfermedad con que nace la persona, o la que se contrae en el útero materno, independientemente del tiempo de su manifestación.

26. MANTENIMIENTO DE LA SALUD
Son las acciones orientadas al Asegurado para el cuidado y buen funcionamiento de su organismo.

27. MÉDICO
El término Médico significa cualquier persona legal y debidamente registrada y autorizada por el Ministerio de Salud de la República de Panamá, en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios médicos y/o quirúrgicos.

28. MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS
Es el Médico personal del Asegurado, elegido entre los incluidos en el listado de **La Compañía**, pudiendo ser un Médico General o Familiar, responsable de coordinar todos los aspectos de su atención médica, incluyendo las autorizaciones o referencias a especialistas, hospitales y demás servicios tales como laboratorios, farmacias, imagenología, etc. A través de este médico se proporcionan los servicios de cuidados y mantenimiento a la salud.

29. MÉDICO COORDINADOR
Médico que supervisa, coordina y apoya los servicios y las relaciones entre la red de proveedores de **La Compañía** y sus Asegurados.

30. MÉDICO ESPECIALISTA
Médico con la certificación de haber efectuado los estudios académicos y las prácticas de especialización requeridas por los organismos profesionales, colegios de especialidad y las autoridades competentes avaladas por el Ministerio de Salud de la República de Panamá.

31. MÉDICO TRATANTE
Es el médico que esta a cargo del cuidado y de la atención del padecimiento o enfermedad del Asegurado, incluido en el listado de proveedores de la Compañía.

32. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS
Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento, o bien posteriormente a varios años.

33. PERIODO DE ESPERA
Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua para cada Asegurado de la Póliza, para que se puedan cubrir ciertos padecimientos indicados en la misma.

34. PERIODO DE GRACIA
Es el lapso de 30 días calendarios, contado a partir de la fecha de vencimiento de la prima, que tiene el Contratante para liquidar el total de dicha prima.

35. PREEXISTENCIA
Es aquel padecimiento o enfermedad:

a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza, o

b) Cualquier diagnóstico en el historial médico del asegurado previo a la contratación inicial de la póliza, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido, o

c) Sus síntomas y/o signos son aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos, o

d) Que a consecuencia de parto o cesárea estarán cubiertos después de los primeros 12 meses de cobertura continua, o

e) El cuidado prenatal como servicio de un paciente externo, así como las prescripciones, permanecerán como servicio cubierto, o

f) Las complicaciones del embarazo serán tratadas como una nueva condición médica y no está sujeta a limitación por condición preexistente.

36. PLAN MÉDICO

Conjunto de productos de seguros de salud de la Compañía.

37. RED DE PROVEEDORES O PROVEEDORES PARTICIPANTES

Aquellas instituciones e individuos legalmente establecidos y con autorización del Ministerio de Salud de la República de Panamá para proveer servicios médicos, previamente seleccionados y convenidos para participar en el PLAN Médico de **La Compañía**, que tienen por objeto proporcionar al Asegurado el servicio médico que requiera, pagando **La Compañía** los costos por la atención prestada a éste, en exceso del Copago contratado y hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, con el fin de evitarle el desembolso y posterior recuperación de dichos gastos conforme a este Contrato.

38. REFERENCIA

Es la recomendación escrita hecha por parte de un Médico Participante para que un Asegurado reciba los servicios de un proveedor referido.

39. SISTEMA DE PAGO DIRECTO A PROVEEDORES

Beneficio mediante el cual **La Compañía** paga directamente al proveedor, los gastos que procedan por motivo de la atención o servicios proporcionados cubiertos por esta póliza. Para disfrutar de este sistema, se requiere ser atendido por proveedores participantes de la Red y que la póliza se encuentre vigente.

40. SISTEMA DE REEMBOLSO AL ASEGURADO

Sistema mediante el cual los gastos realizados como consecuencia de algún accidente o enfermedad cubiertos por esta póliza**,** fueron liquidados por el Asegurado, directamente al prestador de servicios; aquellos que procedan, serán reintegrados posteriormente al Asegurado o a quien éste designe, previa presentación de los comprobantes y formularios correspondientes.

41. TABLA DE BENEFICIOS

Es el listado de servicios y procedimientos que forma parte de las Condiciones Particulares de la póliza, donde se especifican en detalle todos los beneficios contratados por el Asegurado. La Tabla de Beneficios contiene el monto máximo por beneficio, el correspondiente copago, coaseguro, deducible y limitaciones según sea aplicable.

42. TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS

Listado de servicios y procedimientos donde se especifica el monto máximo que **La Compañía** pagará por servicio u honorario médico cubierto por esta póliza.

43. TRATAMIENTO MÉDICO

Es el conjunto de acciones, prescripciones o intervenciones destinadas al restablecimiento de la salud del Asegurado, a causa de una enfermedad cubierta o accidente.

44. UNIDADES DE VALOR RELATIVO

Es el valor relativo en unidades que se le da a cada procedimiento médico tomando en cuenta los siguientes factores: habilidad y tiempo requerido, gravedad del caso, riesgo inherente y posibilidad de error. Utilizándose como un mecanismo financiero de apoyo para determinar los honorarios por servicios prestados.

45. URGENCIA MÉDICA

La Compañía reconocerá bajo ésta cobertura los gastos médicos por atención en el Cuarto de Urgencia, únicamente por los siguientes casos:

URGENCIA POR ACCIDENTE: Atención por heridas sufridas accidentalmente dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas.

URGENCIA POR ENFERMEDAD: Solamente se cubrirá Urgencia por Enfermedad en los siguientes casos, siempre y cuando se brinde la atención dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de la aparición de los síntomas:

- Cuadros clínicos severos que afecten los sistemas respiratorio, circulatorio, urológico o gastrointestinal.
- Convulsiones.
- Deshidratación severa.
- Hemorragias.
- Reacciones alérgicas agudas.
- Intoxicación severa.

46. MÉDICAMENTE NECESARIO

Servicios así como suministros ordenados y proporcionados por un hospital, un médico u otro proveedor que **La Compañía** acepte:

- Que sean apropiados al diagnóstico, al tratamiento de la enfermedad o accidente del Asegurado.
- Que sean congruentes con las normas de prácticas médicas o profesionales aceptadas.
- Que no sean primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su médico o de otro proveedor.
- Que sea el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda ser proporcionado sin riesgo al Asegurado; y que, en el caso de la atención a un paciente internado, no pueda administrarse a paciente externo sin incurrir en riesgo.

III. CONTRATO

a. BASES DEL CONTRATO

La póliza, las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los endosos, las cláusulas adicionales y coberturas que se agreguen a la misma, se emiten en consideración a la solicitud y a las declaraciones formuladas para la apreciación del riesgo por el Contratante y los Asegurados. Dichos documentos constituyen prueba del Contrato celebrado entre el Contratante y **La Compañía** y en su caso, de sus renovaciones.

En consecuencia, el Contratante y los Asegurados están obligados a declarar en las solicitudes mencionadas, de acuerdo con el cuestionario que las mismas contienen, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato o del ingreso en la agrupación asegurada.

b. DECLARACIÓN INEXACTA U OCULTAMIENTO

El Asegurado está obligado a declarar honestamente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea exigido por **La Compañía**.

El ocultamiento o la inexactitud u omisión sobre hechos o circunstancias que, conocidos por **La Compañía** le hubiesen hecho declinar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad del Seguro.

Aunque la declaración no se haga con sujeción a un cuestionario determinado, el ocultamiento o la inexactitud u omisión producen igual efecto si el Asegurado ha encubierto hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del riesgo.

c. RECTIFICACIÓN DE LA PÓLIZA

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. Lo dispuesto en el párrafo anterior también será aplicable al Contratante de la póliza.

d. MODIFICACIONES AL CONTRATO

CONDICIONES PARTICULARES:

Los términos y condiciones contenidos en las Condiciones Particulares de esta póliza pueden ser modificados, mediante convenio expreso entre **la Compañía** y el Contratante/ Asegurado, sin requerir del consentimiento de los Familiares Asegurados bajo la misma, pero tal modificación no perjudicará a reclamación alguna que haya ocurrido con anterioridad a la fecha de vigencia de esa modificación.

La Compañía deberá notificar al Contratante sobre cualquier modificación a esta póliza por escrito, con treinta (30) días de anticipación a la fecha de entrada en vigor de tal modificación, que deberá coincidir con la fecha de renovación anual o aniversario de la póliza, sin perjuicio de cualquier reclamación ocurrida o presentada con anterioridad a la fecha efectiva de la modificación.

Ningún agente o corredor está autorizado para cambiar o enmendar esta póliza, para renunciar a cualquier condición o restricción contenida en la misma, para prorrogar el período para el pago de primas, ni comprometer de modo alguno los derechos u obligaciones de **La Compañía**.

Ninguna modificación hecha o convenida a esta póliza será válida a menos que tal modificación conste por escrito en un endoso firmado por un funcionario autorizado de **La Compañía**, o mediante notificación escrita a ese efecto, firmada por el Contratante y por **La Compañía** en señal de aceptación.

Ningún endoso que se le añada o adhiera a esta póliza subsistirá luego de que la misma se dé por terminada o sea cancelada por cualquier causa, sin perjuicio de los derechos que subsistan entre las partes por motivo de eventos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

CONDICIONES GENERALES:

Cualquier modificación que afecte las Condiciones Generales de esta póliza y que sea aplicable a todas las pólizas, se efectuará conforme a previa autorización de la Superintendencia de Seguros.

e. CAMBIOS DE PLAN MÉDICO

Los cambios de PLAN MEDICO que desee hacer el Contratante y que impliquen mayores coberturas solo podrán solicitarse con treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación anual, con sujeción a los requisitos de selección de **La Compañía**. Estos se considerarán vigentes cuando **La Compañía** lo haya informado por escrito al Contratante/ Asegurado.

f. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS

Las partes se someten a la jurisdicción de los tribunales de la República de Panamá para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato.

No obstante lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a

arbitraje o arbitramento, si lo consideran conveniente a sus intereses.

g. NOTIFICACIONES

Cualquier notificación o aviso que desee dar **La Compañía** al Contratante y/o Asegurado, podrá ser entregada personalmente o enviada por correo certificado a la dirección del Contratante que aparezca en las Condiciones Particulares o a la dirección del Corredor de la póliza.

El aviso así enviado se entenderá dado desde la fecha de la entrega personal o desde que sea depositado en las oficinas del correo, y todo plazo que dependa de dicho aviso, comenzará a contarse desde esa fecha. Todo aviso o comunicación que deba hacer el Contratante y/o Asegurado Principal a **La Compañía** conforme a esta Póliza, deberá constar por escrito y ser entregado personalmente o remitido por correo por el Contratante o por el corredor por cuyo conducto se haya contratado el seguro.

El Contratante y/o Asegurado Principal, por este medio podrá autorizar a **La Compañía** a recibir y acatar cualesquiera instrucciones que reciba con relación a esta póliza por parte del corredor designado en las Condiciones Particulares, como si hubiesen sido enviadas directamente por el Contratante y/o Asegurado Principal.

h. NORMA SUPLETORIA

En lo no previsto en las presentes Condiciones Generales o Particulares, este Contrato se regirá por las disposiciones legales vigentes que rigen la materia en la República de Panamá.

i. REGISTRO DE ASEGURADOS

Con base en los datos proporcionados por el Contratante, las solicitudes o los consentimientos firmados por el Asegurado y/o Familiar Asegurado y los avisos de altas y bajas que conforme a esta póliza deban efectuarse, **La Compañía** elaborará un Listado de Asegurados para el periodo del seguro pactado. Dicho registro formará parte de esta póliza y contendrá el nombre, la fecha de nacimiento, los beneficios contratados, la prima y la fecha de la cobertura efectiva con respecto a cada Asegurado.

La información estipulada deberá ser proporcionada por el Contratante o Asegurado Principal.

j. NACIMIENTOS

Si la madre cumplió con el período de espera para el Beneficio de Maternidad, a partir del décimo (10) día el recién nacido podrá ser inscrito en la póliza como Familiar Asegurado, mediante la presentación de la Solicitud de Inclusión de Dependientes que provee **La Compañía** y quedará automáticamente sujeto a las Condiciones Generales y Particulares de la misma, sin pasar por requisitos de asegurabilidad.

Esta Solicitud de Inclusión deberá presentarse a **La Compañía** en un plazo máximo de treinta (30) días, contados a partir de la fecha de nacimiento del bebé.

Si la madre no tiene derecho al Beneficio de Maternidad para el alumbramiento de dicho embarazo, **La Compañía** se reserva el derecho de exigir las pruebas de asegurabilidad que estime convenientes y en base a ellas dejará constancia por escrito de posibles exclusiones, limitaciones o declinación de la Solicitud de Inclusión en esta póliza.

k. MATRIMONIOS

El Asegurado Principal que contraiga matrimonio dentro de la vigencia de la póliza, podrá solicitar la inclusión de su cónyuge, si es elegible y mediante presentación de declaración de salud, dentro de los sesenta (60) días siguientes al acontecimiento. La cobertura la confirmará **La Compañía** por escrito.

l. RETIROS E INCLUSIONES

El Contratante y/o Asegurado Principal se obliga a reportar por escrito los movimientos de inclusión (alta) y exclusión (baja) de sus Familiares Asegurados, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran. El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante, traerá como consecuencia que **La Compañía**, en caso de siniestro, sólo cubra a los miembros dados de alta como Asegurados.

El retiro del Familiar Asegurado de la póliza tendrá efecto únicamente a partir del mes de seguro inmediatamente siguiente al aviso correspondiente, a la Oficina Principal de **La Compañía**.

El Familiar Asegurado que no se incluya en la póliza desde el momento en que es asegurable, sólo podrán hacer la solicitud de inclusión treinta (30) días antes de la fecha de renovación anual de la póliza, y mediante presentación de pruebas de asegurabilidad. Su cobertura y fecha de vigencia serán confirmadas por **La Compañía** por escrito.

La Compañía se reserva el derecho de exigir las pruebas de asegurabilidad que estime

conveniente, y en base a ellas, dejará constancia de posibles exclusiones o limitaciones al Seguro.

La aceptación o rechazo de la inclusión de nuevos Asegurados debe ser dada a conocer por **La Compañía** al Asegurado Principal a más tardar dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes a la presentación de la solicitud por escrito.

m. EDAD

La Compañía podrá solicitar toda clase de pruebas y documentos que comprueben la edad de los Asegurados.

En caso de que el Asegurado Principal hubiere declarado inexactamente su edad o la de cualquiera de sus Familiares Asegurados bajo la póliza, pero la edad real se encuentre dentro de los límites de aceptación, se adoptarán las siguientes medidas:

a) Si se hubiese pagado una prima mayor a la que correspondiera a la edad real del Asegurado, **La Compañía** devolverá al Contratante, el porcentaje que corresponda de la prima del año en curso pagada en exceso, una vez descontados los gastos de la empresa. El nuevo monto de la prima se fijará entonces de acuerdo a la edad real del Asegurado.

b) Si se hubiere pagado una prima inferior a la que correspondiera a la edad real del asegurado, **La Compañía** solicitará inmediatamente el pago de la diferencia en prima, y el asegurado tendrá un periodo de 30 días para efectuarlo, en caso de no recibirse el pago de la diferencia, **La Compañía** reducirá el periodo de cobertura, en proporción directa a lo pagado.

En caso de que el Asegurado Principal declare inexactamente su edad o la de cualquiera de sus Familiares Asegurados cubiertos bajo la póliza y la edad real se encuentre fuera de los límites de aceptación, el contrato quedará nulo y sin valor alguno y **La Compañía** devolverá al Contratante el porcentaje que corresponda de la prima del año en curso pagada en exceso, una vez descontados los gastos de la empresa y cuando el Asegurado haya recibido ya servicios por el uso del seguro, deberá devolver el monto erogado por **La Compañía** dentro de los 30 días siguientes a su notificación.

n. RECLAMACIONES

Cuando la atención médica se haya realizado a través de la Red de Proveedores o Proveedores Preferidos en forma coordinada, el Asegurado no realizará reclamación alguna ya que los gastos en que se incurra serán pagados directamente al proveedor por **La Compañía** hasta el límite estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza. En este caso el Asegurado solo realizará el Copago que corresponda, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios.

Cuando en caso de urgencia médica la atención se realice fuera de la Red de Proveedores o Proveedores Preferidos, las reclamaciones que efectúe el Asegurado al amparo de esta Póliza, deberán ser presentadas en las formas que le proporcione **La Compañía.** En dichas formas deberá consignar todos los datos e informes que en las mismas se indican. Los gastos serán reembolsables directamente al Asegurado Principal.

Además, junto con la reclamación, exhibirá las pruebas que obren en su poder o esté en condiciones de obtener, y las que le solicite **La Compañía** relativas a la realización del evento motivo de la reclamación y a los gastos efectuados. Todos los comprobantes por los gastos indemnizables deberán ser originales y reunirán los requisitos que para los de su clase exijan las leyes y reglamentos fiscales vigentes. Estos documentos quedarán en poder de **La Compañía** una vez pagada la indemnización correspondiente.

La Compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con el siniestro, la reclamación o las pruebas aportadas.

La ocultación de elementos probatorios, la omisión de informes y datos o la obstaculización de las investigaciones o comprobaciones que **La Compañía** practique, especialmente, la negativa o resistencia a la realización de exámenes y exploraciones médicas, liberarán a ésta de cualquier responsabilidad u obligación derivada de esta póliza.

o. PAGO DE RECLAMACIONES

Si los gastos fueron erogados con prestadores de servicios médicos y hospitalarios no afiliados a la Red (en caso de que el beneficio sea contratado), **La Compañía** pagará la indemnización que proceda, sin exceder el cincuenta por ciento de los gastos reconocidos bajo la Red de Proveedores o Red de Proveedores Preferidos, mediante reembolso al Asegurado o a quién legalmente lo represente, después de descontar el Copago o Coaseguro correspondiente establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, en un

plazo no mayor de sesenta (60) días, contados a partir de la fecha en que **La Compañía** haya recibido a satisfacción toda la información requerida, la cual deberá presentarse en un plazo no mayor a treinta (30) días posteriores a la realización de los gastos.

Cuando la atención se haya realizado a través de la Red de Proveedores o Proveedores Preferidos de **La Compañía**, todos los pagos que procedan conforme a esta póliza se harán directamente a la Red. Si procede, el Asegurado deberá pagar directamente al proveedor de los servicios médicos únicamente el Copago o Coaseguro que corresponda, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios adherida a las Condiciones Particulares de esta póliza, en la fecha de la prestación del servicio.

p. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Esta póliza será absolutamente nula por cumplirse alguna de las condiciones o circunstancias expresadas en el artículo 1000 del Código de Comercio de la República de Panamá, con las consecuencias y según los mandatos de las normas legales vigentes. Este artículo textualmente expresa:

"Toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, por el Asegurador o por los representantes de uno u otro que hubieren podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato, traen consigo la nulidad del mismo. Si la falsedad o inexactitud proviniere del Asegurado o de quien lo represente, el Asegurador tiene derecho a los premios pagados; si proviniere del Asegurador o su representante, el Asegurado puede exigir la devolución de lo pagado por premios, más un diez por ciento en calidad de perjuicios."

q. SEGUROS COEXISTENTES

El Asegurado Principal queda obligado a informar a **La Compañía**, en el momento de presentar la reclamación, sobre la existencia de cualquier seguro coexistente, con indicaciones de quién está asegurado como Asegurado Principal, como Familiares Asegurados y sobre la Suma Asegurada de cada uno. El incumplimiento de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a recibir beneficios bajo esta póliza.

Cuando existan varios seguros la indemnización será asumida en orden de antigüedad por la aseguradora que emitió la póliza en la fecha más antigua y así sucesivamente si existen más de dos contratos, de acuerdo a las reglas establecidas en el artículo 1012 del Código de Comercio de la República de Panamá.

En ningún caso, el pago acumulativo hecho por ambas compañías podrá exceder del monto total de gastos incurridos por el Asegurado.

r. PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de este Contrato y de las disposiciones que lo rigen, será la señalada por la Ley.

s. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Contratante y/o el Asegurado Principal serán responsables de dar aviso a **La Compañía** acerca de las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el seguro en curso, tales como, cambios de actividad del Asegurado Principal o Familiares Asegurados amparados bajo la póliza. Si el Asegurado Principal y/o el Contratante omiten dar el aviso dentro del término de 30 días, cesarán de pleno derecho las obligaciones de **La Compañía**.

t. SUBROGACIÓN

Por subrogación se entenderá el derecho de **La Compañía** de recuperar de cualesquiera fuente, los pagos hechos sobre la base de las obligaciones surgidas de esta póliza, por lesiones recibidas por el Asegurado, ya sean causadas por terceras personas o mientras el Asegurado utiliza o maneja vehículos o equipos propios o de terceras personas que tienen cobertura de seguro para dichas lesiones.

La Compañía podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipos, o de los aseguradores de éstos. En igual forma lo podrá hacer del Asegurado, si ellos han recuperado los pagos en violación del derecho de subrogación.

Derecho de Subrogación: **La Compañía** pagará al Asegurado Principal o a quien éste señale, el beneficio de la póliza, sujeto a que el Asegurado:

- Firme el finiquito respectivo y subroguen en **La Compañía** todos y cada uno de los derechos que pudieran corresponderle conforme a esta cláusula.
- No hayan tomado o tomen ninguna acción que pueda perjudicar el ejercicio por parte de **La Compañía** de los derechos subrogados.
- Cooperen y asistan a **La Compañía** en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

IV. VIGENCIA DEL SEGURO

1. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

Este contrato tiene una vigencia de un año, contado a partir de la fecha de vigencia que se expresa en las Condiciones Particulares de esta póliza.

2. COBERTURA EFECTIVA

Las coberturas especificadas en esta póliza surtirán efecto respecto a cada Asegurado, a partir de las doce horas del medio día de la fecha de Cobertura Efectiva indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

3. DERECHO DE RENOVACIÓN

Esta póliza podrá ser renovada por períodos anuales y permanecerá vigente siempre que se acredite, mediante recibo oficial de **La Compañía** el pago oportuno de las primas, según la frecuencia y forma de pago que se expresa en las Condiciones Particulares de la misma.

Las renovaciones de este contrato por otro periodo de seguro, se darán bajo las condiciones de beneficios y primas que **La Compañía** convenga a la fecha de renovación, con una previa solicitud del Contratante y aceptación expresa de **La Compañía** dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo.
Si durante la vigencia de la póliza se reduce la suma del Beneficio Máximo Anual según se expresa en el artículo 4 de esta cláusula, en la fecha de renovación se reinstalará el Beneficio Máximo Anual contratado sujeto a las estipulaciones de esta cláusula.

El certificado de renovación correspondiente, autorizado y expedido por **La Compañía**, será la prueba de renovación para el Contratante.

4. REDUCCIÓN AUTOMÁTICA DEL BENEFICIO MÁXIMO ANUAL

Todo pago efectuado por **La compañía,** bajo el sistema de pago directo a proveedores o bajo el sistema de reembolso al Asegurado, reducirá el correspondiente Beneficio Máximo Anual sin derecho a ninguna devolución de prima.

5. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA DEL ASEGURADO

Los beneficios que se conceden en virtud de esta póliza terminarán automáticamente al presentarse cualquiera de las causas enumeradas a continuación:

a. **Cuando el Asegurado Principal pierda su condición de tal, de acuerdo a las definiciones de esta póliza, en este caso, los beneficios del seguro terminarán tanto para el Asegurado Principal como para los Familiares Asegurados inscritos en esta póliza.**
b. **Cuando el Asegurado Principal o Familiar Asegurado deje de ser residente permanente en la República de Panamá.**
c. **Cuando el Familiar Asegurado pierda su calidad de tal, de acuerdo a las definiciones y edades de esta póliza, en este caso, los beneficios del seguro terminarán para la persona que pierde su calidad de Familiar Asegurado de acuerdo a los términos de esta póliza.**
d. **Por participación del Asegurado o Familiar Asegurado en actividades delictivas o presuntamente delictivas, o por las cuales el Asegurado o Familiar Asegurado sea privado de su libertad, o esté bajo fianza de un tribunal o sobre quien pese alguna medida cautelar con motivo de haber cometido un delito o se le acuse de haberlo cometido.**
e. **Cuando el Contratante o el Asegurado incurran en omisiones y/o falsas declaraciones.**
f. **Cuando ocurra la cancelación de la póliza.**

6. RESCISIÓN DEL CONTRATO

El presente Contrato podrá ser rescindido por cualquiera de las partes. Por La Compañía, mediante nota escrita al Contratante enviada a su última dirección registrada en los archivos, con no menos de treinta (30) días de aviso, contados a partir de la fecha de envío; por el Contratante, en cualquier momento mediante aviso escrito a La Compañía.

El Contratante y la Compañía acuerdan que se producirá la terminación anticipada de la póliza, cuando ocurra alguno de los siguientes eventos:

a. **Por incumplimiento en el pago de las primas, al vencimiento del periodo de gracia.**
b. **Por participación del Contratante en actividades delictivas o presuntamente delictivas, o esté bajo fianza de un tribunal o sobre quien pese alguna medida cautelar con motivo de haber cometido un delito o se le acuse de haberlo cometido.**
c. **Cuando el Contratante o el Asegurado incurran en omisiones y/o falsas declaraciones.**

d. **Cuando el Contratante o el Asegurado incurran en abusos de la cobertura de la póliza, entendiéndose como tales actos en que incurra el Asegurado o quien lo represente, o en combinación con otra persona incluyendo un médico, realizados con el propósito de aumentar el monto de los beneficios.**
e. **Por dolo, estafa, fraude o mala fe del Contratante y/o Asegurado en la reclamación o sustentación del pago de determinado siniestro.**

En caso de terminación anticipada, La Compañía tendrá la obligación de devolver la prima pagada no devengada menos gastos de operación en que La Compañía hubiese incurrido, así como, hasta la fecha pactada para la terminación de vigencia, pagar los gastos que procedan conforme a esta póliza por los siniestros ocurridos durante el tiempo que estuvo en vigor este contrato.

Si La Compañía rescinde el Contrato y en esa fecha alguna de las personas cubiertas en virtud de esta póliza se encontrase hospitalizada y tal hospitalización fuere cubierta por esta póliza, La Compañía indemnizará los gastos ocasionados por la misma, pero solo por dicho Período de Incapacidad. No se reconocerá ningún otro beneficio.

7. LIMITACIONES
Los padecimientos congénitos, malformaciones o enfermedades congénitas estarán limitados al monto expresado en la Tabla de Beneficios. La suma de todos los servicios en ningún momento excederá el límite estipulado.

V. PRIMAS

1. MONTO DE LAS PRIMAS
El Contratante se obliga a pagar la cantidad que señale **La Compañía** por concepto de prima, de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza.

2. FORMA Y FRECUENCIA DE PAGO

Las primas de esta póliza serán pagaderas por el Contratante o por el corredor de seguros autorizado en las Condiciones Particulares de esta póliza en la oficina de **la Compañía** en la fecha de vencimiento del recibo, de acuerdo a la forma y frecuencia de pago estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3. TARIFAS
Las tarifas están establecidas de acuerdo a la clase de riesgo, entendiéndose por clase los asegurados de una misma categoría o tipo, incluyendo pero no limitado a: beneficios, deducibles, grupos de edades, tipo de plan, o combinación de cualesquiera de ellos.

La Compañía se reserva el derecho de modificar la tarifa o prima a cobrar por este seguro, cuando sus estadísticas o cálculos actuariales muestren que las mismas son insuficientes o que adolecen de falta de equidad entre las diversas categorías de asegurados.

Cuando se trate de ajustes generales para todas las pólizas, los mismos estarán técnicamente sustentados ante la Superintendencia de Seguros.

La Compañía podrá, mediante notificación escrita al Contratante con 30 días de anticipación, cambiar la tarifa que utilizará en lo sucesivo para calcular las primas por los beneficios detallados en las Condiciones Particulares, incluyendo las primas que entonces fuesen debidas, según se expresa a continuación:

a) En el primer aniversario de la póliza siguiente a su fecha efectiva o en cualquier fecha de renovación de la póliza,

b) En cualquier fecha de vencimiento de modificación de la póliza.

La Compañía no tendrá derecho a cambiar la tarifa utilizada para calcular las primas, por las coberturas detalladas en las Condiciones Particulares, más de una vez durante el mismo período de doce meses consecutivos.

4. PERIODO DE GRACIA
Se concede un período de gracia de treinta (30) días para el pago de cualquiera prima que no sea la inicial. Durante este período de gracia la póliza permanecerá en vigor. Una vez vencido dicho período, la póliza caducará automáticamente, efectivo el día que inició este período de gracia.

En caso de que se presente un evento durante el transcurso de este periodo, la indemnización se dará en forma de reembolso descontando la prima de acuerdo a la forma de pago contratada.

5. REHABILITACIÓN
Esta póliza podrá rehabilitarse bajo las siguientes condiciones:

- El Asegurado Principal deberá completar y firmar la Solicitud de Rehabilitación que provee la Compañía.
- La Solicitud de Rehabilitación y el pago de las primas atrasadas se recibirán en La Compañía en un plazo máximo de noventa (90) días contados a partir de la fecha de caducidad de la póliza.
- La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar dicha Solicitud de Rehabilitación.

En caso de no cumplir con cualquiera de los requisitos anteriores no se rehabilitará la póliza. Para ponerla nuevamente en vigor deberá seguir los trámites como si se tratara de una póliza nueva.

VI. BENEFICIOS CUBIERTOS

El Asegurado recibirá la atención médica de acuerdo al Plan Médico de la Compañía que el Contratante haya establecido, mismo que se indica en las Condiciones Particulares de la póliza y se detalla en la Tabla de Beneficios, únicamente a través de la red de prestadores de servicios médicos con los cuales **La Compañía** tenga convenio de servicio establecido.

Los Servicios que el Contratante podrá adquirir y que se especificarán en las Condiciones Particulares de la Póliza son los que a continuación se establecen:

ELECCIÓN DEL MÉDICO DE CUIDADOS PRIMARIOS

En la Solicitud del seguro el Asegurado Principal deberá anotar el nombre del Médico que eligió lo atenderá, así como a sus Familiares Asegurados bajo la póliza, este médico lo deberá elegir entre los médicos con los que **La Compañía** tiene convenio de servicios y podrá ser el Médico General o Familiar, Médico Pediatra o Médico Ginecólogo, dependiendo de su edad y sexo.

I. SERVICIOS PROPORCIONADOS CON SUJECIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA

1. HOSPITALIZACIÓN

El Asegurado tendrá derecho a los siguientes servicios en caso de que sufra una Enfermedad amparada o un Accidente amparado. En la fecha de la atención, el Asegurado efectuará el Copago o Coaseguro que corresponda según lo estipulado en la Tabla de Beneficios que forma parte de esta póliza.

A) Servicios Hospitalarios Paciente Interno.
- Por Procedimiento Quirúrgico.
- Por Procedimiento no Quirúrgico.
- Unidad de Cuidados Intensivos.
- Medicamentos.
- Suministros y Materiales.

Después de treinta días de hospitalización se aplicará el coaseguro establecido en la Tabla de Beneficios.

B) Estudios de Diagnóstico Paciente Interno.
- Laboratorio.
- Imagenología.
- Patología.

C) Honorarios Médicos Paciente Interno.
- Consultas Médicos de Cuidados Primarios.
- Consultas de Médicos Especialistas.
- Consultas en Cuidados Intensivos.
- Por cirugía.
- Por asistente quirúrgico.
- Por Anestesiología.

D) Servicios Hospitalarios Paciente Externo.
- Procedimiento Quirúrgico.
- Procedimiento No Quirúrgico.
- Medicamentos.
- Suministros y Materiales.

E) Estudios de Diagnóstico Paciente Externo.
- Laboratorio.
- Imagenología.
- Patología.

F) Honorarios Médicos Paciente Externo.
- Por Cirugía incluyendo asistente quirúrgico.
- Por Anestesiología.

G) Servicios de Emergencia.
- Cuarto de Urgencias (por Accidente, por Enfermedad y/o en el Extranjero).
- Consulta en Cuarto de Urgencia.
- Ambulancia Terrestre.

H) Otros.
- Quimioterapia y Radioterapia
- Diálisis
- Rehabilitación y Terapia
- Prótesis y Órtesis: se requiere autorización previa por La Compañía.
- Transplante de Órganos: médula ósea autóloga, riñón y córnea.
- Inhaloterapia.

2. EMBARAZO Y MATERNIDAD

Solamente tendrá derecho al beneficio de maternidad la Asegurada Principal o Cónyuge inscrita en la póliza, según sea el caso, siempre y cuando el embarazo se inicie 12 (doce) meses después de la fecha de inclusión de la madre en la

Póliza. Se tomará como fecha de inicio del embarazo, la fecha de la última menstruación de la madre

Para todos los efectos de este contrato, se incluirá bajo el término embarazo, todos los gastos médicos prenatales, el alumbramiento, gastos posparto, pérdidas o abortos legales, complicaciones resultantes del mismo, y en general cualquier atención médica que se requiera como consecuencia del mismo.

Cualquier complicación resultante del embarazo se considerará como un caso diferente a maternidad, siempre que hayan transcurrido treinta (30) días a partir de la fecha de terminación del embarazo.

La cobertura del Recién Nacido estará sujeta al límite máximo establecido en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando esta póliza esté en vigor y la madre esté amparada por el Beneficio de Embarazo y Maternidad conforme a esta cláusula.

En la fecha de la atención, la Asegurada efectuará el Copago o Coaseguro que corresponda según lo estipulado en la Tabla de Beneficios que forma parte de esta póliza. Los servicios a los que tendrá derecho la Asegurada serán los que a continuación se indican

- Consulta Ginecólogo.
- Laboratorio.
- Imagenología.
- Patología.
- Hospital Parto Normal.
- Hospital Parto Cesárea.
- Medicamentos y Materiales.
- Honorarios Ginecobstetricia Parto Normal.
- Honorarios Ginecobstetricia Parto Cesárea.
- Honorarios Pediatría/ Neonatología.
- Honorarios Anestesiólogo.
- Honorarios Asistente Quirúrgico.

3. CONSULTA EXTERNA

El Asegurado realizará el Copago o Coaseguro correspondiente en la fecha de la consulta o del servicio, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios que forma parte de esta póliza. Los servicios a los que tendrá derecho el Asegurado son los siguientes:

A) Honorarios de Médicos.
   - Consulta Médico de Cuidados Primarios (Familiar, General, Pediatra o Ginecólogo).
   - Consulta de Especialistas.
   - Cirugía en Consultorio
   - Pruebas de Alergia.

B) Asesoría Nutriológica.

C) Psiquiatría (Beneficio de Desórdenes Mentales y Nerviosos)

   Se amparan los tratamientos psiquiátricos de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios, contado a partir de la fecha de la primera sesión y/o consulta, si a juicio del Médico Tratante el Asegurado requiere este servicio a consecuencia de haber sufrido directamente lo siguiente:

   - Un accidente cubierto por esta póliza.
   - Que se le diagnostique dentro del Periodo de Seguro comprendido para esta póliza, alguna de las siguientes enfermedades:
     - Cáncer, infarto al miocardio, Insuficiencia renal, intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias o Accidente vascular cerebral.
     - Si mediante la presentación de la solicitud de tratamientos psiquiátricos debidamente requisitada y de las pruebas adicionales que **La Compañía** requiera, el Asegurado declara, y en su caso comprueba, haber sufrido alguno de los eventos enumerados a continuación:
       Asalto, secuestro, violación.

D) Auxiliares de Diagnóstico. Incluye los siguientes servicios:

   - Imagenología.
   - Laboratorio.
   - Patología.

4. FARMACIA

La Compañía reembolsará al Asegurado por los medicamentos prescritos por el Médico Tratante en exceso del deducible pactado, así como los prescritos por el médico especialista. El Asegurado participará en coaseguro de acuerdo al porcentaje establecido la Tabla de Beneficios adherida a esta póliza.

5. SERVICIOS DENTALES

El Asegurado tendrá derecho a los siguientes servicios **sólo en caso de molares impactadas.** El Asegurado realizará el coaseguro o copago que corresponda según lo establecido en la Tabla de Beneficios que forma parte de esta póliza en la fecha de recibir el servicio.

- RX Peri apical.
- Extracciones molares impactadas.

6. PREVENCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD

De acuerdo con lo que el Médico de Cuidados Primarios prescriba, se proporcionarán los Cuidados y Mantenimiento de la Salud a través de la Red de Proveedores. El Asegurado realizará el Copago correspondiente en la fecha de la consulta o del servicio de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios que forma parte de esta póliza. Los servicios que se otorgarán serán los siguientes:

A) Programa del Niño Sano.

Tiene por objetivo controlar y atender al menor de edad para detectar oportunamente cualquier problema que pueda poner en riesgo su salud. Contempla controles médicos e inmunizaciones básicas.

Desde el nacimiento y hasta la edad de 6 años.

- Control quincenal cuando la edad sea menor a 1 mes.
- Control mensual cuando la edad sea de 1 a 11 meses.
- Control semestral cuando la edad sea de 1 a 2 años.
- Control anual cuando la edad sea de 2 a 6 años.

B) Programas de Detección Oportuna.

Se le practicarán al asegurado estudios de rutina para detectar oportunamente los siguientes padecimientos:

- Asegurados con edad mayor a 30 años: Aplicación del Papanicolau para la detección del Cáncer Cérvico Uterino (uno por año).
- Asegurados con edad mayor a 45 años: Aplicación del Antígeno Prostático para la detección del Cáncer de próstata (uno por año).
- Asegurados con edad mayor a 40 años: Aplicación de Mamografía y Ultrasonido mamario para la detección de Cáncer de mama.
  Para la detección de la Diabetes se realizará el examen de glucosa. (Uno por año en cada caso)

C) Prueba de tamizaje.

D) Aplicación de Inmunizaciones (vacunaciones) Básicas en niños hasta 6 años únicamente.

VII. EXCLUSIONES

Esta Póliza en ningún caso cubrirá los gastos médicos ocasionados directa o indirectamente a consecuencia de:

1. **Algún tratamiento o servicio que no esté especificado dentro de los beneficios del Plan.**
2. **Padecimientos preexistentes no declarados en la solicitud de seguros.**
3. **Cualquier servicio o suministro que no sea, a juicio de la Compañía, médicamente necesario para el diagnóstico y/o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión accidental.**
4. **Cualquier lesión o enfermedades que se produzcan mientras el Asegurado afectado esté en servicio como miembro de cualquier fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.**
5. **Cualquier lesión o enfermedad causada como consecuencia de actos de guerra declarada o no, acto de un enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, terrorismo, golpe de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto; huelga, motín, conmoción civil, alborotos populares; actos de riña, desafío o actos delictivos en que el Asegurado participe por culpa de él mismo. Lesiones que se produzcan a consecuencia de delitos intencionales de los que sea responsable y/o sea participante el Asegurado.**
6. **Accidentes sufridos por el Asegurado mientras participe como piloto, copiloto, ayudante o pasajero en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia y/o velocidad. La práctica profesional de cualquier deporte; participación en competiciones o exhibiciones de cualquier tipo; uso de Go-Karts, vuelo sin motor y ultraligeros, rapel y cualquier otro tipo de práctica de salto en caída libre o similares; artes marciales, box, motociclismo, lucha libre o grecorromana, aún de carácter amateur u ocasional.**
7. **Accidentes sufridos en viajes aéreos salvo que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado se encuentre viajando como pasajero.**

8. **Tratamientos dentales, curas u operaciones odontológicas, que no sean a consecuencia de un accidente sufrido dentro de la vigencia de la póliza, salvo los especificados en las Condiciones Particulares de la póliza.**
9. **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en el contrato.**
10. **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante.**
11. **Curas de reposo o descanso, controles periódicos o exámenes generales o rutinarios, vacunaciones, certificaciones médicas, así como cualquier otro examen que no haya sido previamente autorizado por La Compañía.**
12. **Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales o en vías de experimentación.**
13. **Tratamiento por Deficiencia o Sobreproducción de Hormona de Crecimiento, con excepción de Enanismo Deformante, siempre y cuando el Asegurado Principal o Familiar Asegurado que tenga esta condición haya nacido con la cobertura de esta póliza.**
14. **Cualquier cuidado o tratamiento debido a lesiones auto inflingidas por el Asegurado o intento de suicidio; mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
15. **Hospitalización por trastornos mentales o por desórdenes nerviosos funcionales.**
16. **Enfermedades o Accidentes que sufra el Asegurado a consecuencia de la ingestión de bebidas alcohólicas, tóxicos, drogas, narcóticos, estupefacientes o psicotrópicos y cuando dicho estado influya directamente para la realización del evento. Tratamientos contra el alcoholismo y otras toxicomanías, así como sus complicaciones.**

    Se considera que el Asegurado está bajo los efectos del alcohol cuando el resultado de un examen de alcohol en la sangre arroje un resultado mayor o igual a 80 miligramos de alcohol por cada decilitro de sangre o más, y bajo los efectos de tóxicos, drogas, narcóticos, estupefacientes o psicotrópicos cuando ha ingerido cualquier cantidad.
17. **Tratamientos médicos o quirúrgicos para mejorar la agudeza visual y los trastornos de la refracción visual. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el Estrabismo.**
18. **Tratamiento médico o quirúrgico contra la calvicie; así como tratamiento cosmético o cirugía plástica, salvo la de tipo reconstructivo por accidente ocurrido estando esta póliza en vigor o por enfermedad cubierta por esta Póliza.**
19. **Tratamiento médico o quirúrgico contra la obesidad. Regímenes de ejercicio y dietéticos, inyecciones, medicamentos, cirugía o tratamientos relacionados con el control del peso del paciente, ya sea por obesidad o por cualquier otro diagnóstico.**
20. **Abortos y legrados uterinos punibles.**
21. **Tratamientos médicos o quirúrgicos para procurar la procreación, control de la natalidad, así como para la impotencia sexual, salvo que la impotencia sexual sea a consecuencia directa de un evento cubierto. Tratamientos o cirugía por Gigantomastia.**
22. **Transplante de órganos ni sus consecuencias, salvo los amparados en esta póliza. En caso de que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado sea el receptor de un donante vivo, se excluye cualquiera gratificación o remuneración que el donante reciba.**
23. **Se excluye cualquier gasto efectuado por tratamiento o intervención quirúrgica a consecuencia de una enfermedad o padecimiento cubierto por esta póliza que se origine al participar el Asegurado Principal o Familiar Asegurado como donante.**
24. **Medicinas sin prescripción facultativa.**
25. **Terapias recreacionales o educacionales.**
26. **Enfermedades de transmisión sexual.**
27. **Lesiones y/o enfermedades provocadas por radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva o nuclear, salvo las derivadas por el tratamiento de un evento cubierto.**
28. **Servicios de ambulancia aérea.**
29. **Cualquier complicación derivada o que pueda surgir del tratamiento médico o intervención quirúrgica de los padecimientos, lesiones o afecciones, que no fueron indemnizadas ni amparadas dentro de la vigencia del presente Contrato y de las expresamente excluidas en esta póliza.**
30. **En ningún caso se cubrirán la renta o compra de zapatos y plantillas ortopédicas, aparatos auditivos.**
31. **Las Enfermedades o Malformaciones Congénitas de hijos del Asegurado no nacidos durante la vigencia de la póliza.**

32. **Cualquier gasto realizado fuera de la vigencia de la póliza.**
33. **Cualquier gasto realizado fuera de la República de Panamá, salvo aquellos casos cubiertos en el Cuarto de Urgencias por Urgencias por Accidentes o Enfermedad, según se describe en las Condiciones Particulares.**
34. **Cualquier gasto por atención no ordenada expresamente por el Médico Coordinador o cuando el Plan Médico contratado así lo establezca.**
35. **Tratamientos naturistas y vegetarianos, así como tratamientos médicos con base a hipnotismo y tratamientos experimentales con substancias químicas para reducir o eliminar las placas artero escleróticas y/o controlar el exceso de lípidos en la sangre por quelaciones o tratamientos similares.**
36. **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales por enfermedad, que no sean ordenados expresamente por el Médico de la Red con autorización de La Compañía.**
37. **Tratamientos de quiropodista o de pedicuro, incluyendo los relacionados con síntomas de molestias en los pies tales como callos, pie plano, arco débil, plantillas especiales, tratamientos o cirugías por Hallux Valgus o "juanetes" y cualquier tipo de pieza para insertar en los zapatos.**
38. **Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje, el lenguaje y déficit atencional; apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica a consecuencia del tabaquismo, alcoholismo, obesidad o a consecuencia de cualquiera enfermedad excluida en esta póliza.**
39. **Honorarios médicos cuando el médico sea familiar directo (padres, hermanos, hijos, cónyuge) del Asegurado o el mismo Asegurado, hasta el segundo grado de consanguinidad.**
40. **Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de éste en la clínica u hospital, excepto cama extra, así como el gasto de los acompañantes en el traslado del asegurado como paciente.**
41. **Cirugía o tratamiento alveolar, gingival, dental o Maxilofacial, así como el Síndrome temporo-mandibular excepto los cubiertos por accidente.**
42. **Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentenas y que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.**

VIII. PADECIMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS CON PERÍODO DE ESPERA

Esta póliza cubrirá a partir del inicio del décimo tercer mes de cobertura del Asegurado afectado, contado a partir de la fecha de cobertura efectiva, los gastos resultantes de los siguientes padecimientos y procedimientos quirúrgicos:

- Enfermedades de las amígdalas y adenoides.
- Enfermedades ano rectales.
- Circuncisión.
- Cirugía funcional de nariz.
- Procedimientos quirúrgicos de columna vertebral.
- Endometriosis, dolor pélvico.
- Manejo quirúrgico o fragmentación de cálculos por litotripsia.
- Hernioplastías y eventraciones cualesquiera que sea su causa (incluyendo hernia iatal y hernia de disco intervertebral).
- Cirugía de piso perineal, matriz u ovarios.
- Padecimientos prostáticos.
- Tratamiento quirúrgico de tumoraciones mamarias.
- Tratamiento quirúrgico de várices.
- Procedimientos quirúrgicos de vesícula y vías biliares.
- Lesiones pigmentarias de la piel, conocidas como lunares o nevus.

Una vez transcurrido el periodo de doce (12) meses estos padecimientos y procedimientos estarán sujetos a las condiciones generales y particulares de la póliza.

No obstante lo anterior, el periodo de espera será sesenta (60) meses en enfermedades o padecimientos a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o VIH.

Las condiciones o padecimientos preexistentes declarados en la solicitud no excluidos permanentemente por la Compañía, se cubrirán después de transcurridos dos (2) años completos de cobertura en forma ininterrumpida dentro de **La Compañía**.

IX. PAGO DE RECLAMOS

Las obligaciones que asume **La Compañía** conforme a este Contrato, sus cláusulas y Beneficios contenidos en las Condiciones Particulares de esta Póliza y en el Certificado Individual, se harán efectivas de acuerdo con las siguientes bases:

1. PERIODO DE PAGO DE GASTOS

La obligación de **La Compañía** terminará al presentarse alguna de las siguientes situaciones:

a. Al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
b. al agotarse el beneficio máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
c. al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio,
d. al prescribir el gasto según lo establecido en la Ley.

2. PAGO DE RECLAMOS

Los eventos atendidos se cubrirán directamente a los proveedores.

a. Determinación del importe del pago

La Compañía realizará el pago directamente al prestador de servicios y el Asegurado cubrirá el Copago o Coaseguro, según sea aplicable, directamente al prestador de servicios.

El importe del costo por la prestación de los servicios médicos en conjunto no será superior al Beneficio Máximo estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

b. Honorarios Médicos

i. Como máximo se cubrirá una consulta externa diaria por Médico y dos en hospitalización.

ii. Los honorarios por ínter consulta de Médico Especialista se cubrirán siempre que la consulta haya sido autorizada por el médico tratante.

c. Otros

i. La cirugía reconstructiva, no estética, se cubrirá siempre que sea médicamente necesaria a consecuencia de un accidente.
ii. Se cubrirán los gastos que se realicen por el Donador a causa del Trasplante dentro del Hospital o Clínica, hasta el límite establecido en la Tabla de Beneficios.

iii. Transporte en Ambulancia Terrestre: este servicio se proporcionará sólo en la República de Panamá para una urgencia médica hacia o desde un hospital.

3. RESTITUCIÓN

El Contratante y los Asegurados se obligan solidariamente a restituir a **La Compañía** cualquier indemnización que ésta hubiere cubierto indebidamente por omisión, inexactitud o inoportunidad de los avisos, reportes o informes que deban darse conforme a esta póliza y a la Ley.

En fé de lo cual se expide la presente póliza en la República de Panamá, en la fecha señalada en las Condiciones Particulares.

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A.

Representante Autorizado

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

Compañía de Seguros, S.A.

ASSA MEDIC CARE

Detalle de Coberturas

Deducible	**$200.00 (Solo Medicamentos)**
Desembolso Máximo Año	**$5,000.00**
Póliza	

I. HOSPITALIZACIÓN	
Hospitalización Paciente Interno	
- Habitación diaria, cuidados intensivos, medicamentos, servicios misceláneos del Hospital, Imagenología, Laboratorios, Patología y Honorarios Médicos: Médico Principal, Anestesiólogo,Asistente Quirúrgico (Requiere Pre-Autorización). Consultas Intrahospitalarias.	Co-pago Diario de $ 100.00, Máximo de 5 días durantelos primeros 15 días, después se cubrirá al 80%.
Hospitalización Paciente Externo	
- Medicamentos y servicios misceláneos del Hospital y Honorarios Médicos principal anestesiólogo y asistente quirúrgico Requiere Pre-Autorización.	Co-pago de $ 100.00
*Procedimiento Quirúrgico	100% sin límite.
**Procedimiento No Quirúrgico.	100% sin límite.
Urgencias	
- Cuarto de Urgencia por Enfermedad y Honorarios Médicos.	100% Co-pago de $ 25.00. Sin Límite. 100% Sin Co-pago o Coaseguro. Sin Límite.100% Co-pago $ 75.00. Sin Límite.
- Cuarto de Urgencias por Accidente y Honorarios Médicos.	
- Cuarto de Urgencias No Critico Detallado.	
- Cuarto de Urgencias en el Extranjero.	Sin Co-pago o Coaseguro (por reembolso). Máximo de $ $2,500.00 por evento.
Otros	
- Síndrome Inmuno Deficiencia Adquirido - SIDA - VIH.	Beneficio Máximo Anual de $ 5,000.00
- Quimioterapia, Radioterapia y Diálisis.	Coaseguro del 25%
- Rehabilitación, Terapia y Fisioterapia.	Coaseguro del 20%, Máximo $ 1,000.00 por año póliza.
- Prótesis y Ortesis.	Coaseguro del 20%, requiere Pre-Autorización.
- Inhaloterapia.	Co-pago de $ 5.00 por terapia. Máximo de 10 terapias alaño.
- Nebulizador.	Coaseguro del 50%. Máximo $ 75.00. Requiere Pre-Autorización.
- Glucómetro.	Coaseguro del 50%. Máximo $ 75.00. Requiere Pre-Autorización.
Trasplante de órganos	Coaseguro del 20%. Dentro del Límite Anual Renovable.

II. BENEFICIO DE MATERNIDAD Y GASTOS DEL RECIEN NACIDO - Tiempo de Espera de 12 meses	
Alumbramiento	
- Habitación diaria, medicamentos, servicios misceláneos del Hospital, Imagenología, Laboratorios, Patología y Honorarios Médicos.	Co-pago Diario de $ 100.00, Máximo de 5 días durantelos primeros 15 días, después se cubrirá al 80%.
- Honorarios del Médico Anestesiólogo.	
- Honorarios del Asistente Quirúrgico.	Requiere Pre - Autorización.
- Consultas Intrahospitalarias.	
- Gastos del Recién Nacido	Sin Co-pago o Coaseguro. Máximo de $ 3,000.00 dentrode 0 a 9 días del nacimiento.
** Honorarios del Pediatra/Neonatólogo	
Gastos Prenatales	
- Consultas del Ginecólogo.	Co-pago de $ 15.00. Máximo 9 Consultas al año.
- Imagenología.	Coaseguro del 25%. Máximo de 3 Ultrasonidos.
- Laboratorios y Patología	Coaseguro del 25%.
Beneficio Máximo de Enfermedades Congénitas o Padecimientos Congénitos o NacimientosPrematuros.	**Como Cualquier otra Enfermedad a partir del décimo (10) día del nacimiento. Se cubrirá hasta el 20% delLímite Anual Renovable.**

III. CONSULTA EXTERNA.	
- Consulta Clínicas y Médico Primario (listados por la compañía)	Co-pago de $ 5.00 Co-pago de $ 15.00.
- Consulta Médica.	Co-pago de $ 100.00 Máximo de $ 1,000.00.
- Cirugía en Consultorio.	Coaseguro 25% Máximo de $ 1,000.00.
- Pruebas de Alergia.	Coaseguro del 25% Máximo de 30 sesiones de 8 horascada una.
- Enfermeras Especializadas en el Hogar.	Co-pago de $15.00 Máximo de 6 visitas al año.
- Asesoría Nutriológica.	Co-pago de $15.00 Máximo de 10 consultas al año.
- Psiquiatría.	Coaseguro del 25% Requiere Pre-Autorización.
- Patología.	Co-pago del 25% Requiere Pre-Autorización (exámenescuyo costo sea mayor de $100.00).
- Imagenología, laboratorio y auxiliares de diagnóstico .	

IV. FARMACIA	
- Farmacia (medicamentos)	Deducible de $ 200.00 y coaseguro del 20%.

© 2021 ASSA Compañía de Seguros, S.A. | Todos los derechos reservados. Una propuesta realizada en http://www.assanet.com Tel: 800-ASSA (2772)

V. SEGUROS DENTALES	
- Extracción de Molares Impactadas - RX Periapical.	Coaseguro del 20%. Máximo de $ 150.00. Co-pago de $ 10.00. Máximo de $ 30.00.

VI. PREVENCIÓN Y CONTROL. (Contra reembolso)	
Programa de Niño Sano - Consultas de Control	Co-pago de $ 15.00 Desde el Nacimiento y hasta la edad de 6 años: - Control quincenal cuando la edad sea menor a 1 mes - Control mensual cuando la edad sea de 1 a 11 meses - Control semestral cuando la edad sea de 1 a 2 años - Control anual cuando la edad sea de 2 a 6 años
Programa de Detección Oportuna - Aplica sin Co-pago o Coaseguro (Un (1) examen al año)	
- Estudios de Detección de Cáncer Cérvico-Uterino.	Mujeres desde los 30 años de edad
- Estudios de Detección de Cáncer Prostático.	Hombres desde los 45 años de edad
- Estudios de Detección de Cáncer Mamario	Mujeres desde los 40 años de edad
- Estudios de Detección de Diabetes - Glicemia	Asegurados desde los 40 años de edad
Inmunizaciones (Vacunación)	De acuerdo al cuadro básico del MINSA
Pruebas de Tamizaje	De acuerdo al MINSA

OBSERVACIONES:

.

- Aplica restricciones para proveedores médicos fuera de la Red de ASSA.

© 2021 ASSA Compañía de Seguros, S.A. | Todos los derechos reservados. Una propuesta realizada en http://www.assanet.com Tel: 800-ASSA (2772)

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá