

Póliza de Salud

MetroBlue Ejecutivo - Individual/Familiar

CLÁUSULA PRIMERA

Mediante esta Póliza y en consideración al pago o de la garantía del pago de la prima estipulada dentro del periodo convenido, y fundándose en la verdad de las Declaraciones del Contratante y de la Solicitud del Asegurado Principal – 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 Principal nombrado en dicha Solicitud (denominado en adelante “el Contratante y/o Asegurado Principal”), en celebrar un contrato de Seguros de SALUD, sujeto a los términos, condiciones y límites de responsabilidad, deducible y demás estipulaciones contenidas en la Póliza o endosados en ella. **Cualquiera omisión, inexactitud u ocultamiento en las manifestaciones hechas por el Asegurado Principal o algún familiar, eximirán a la Compañía de toda obligación con respecto a este Contrato.**

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.

Solamente el Gerente General de la Compañía o los funcionarios de la misma, debidamente autorizados por él, están facultados para firmar válidamente esta Póliza o cualquier cláusula o modificación que se le agregue a este Contrato.

CLAUSULA SEGUNDA

DEFINICIONES

Para todos los efectos de este Contrato, las expresiones siguientes tendrán la aceptación y el alcance que a continuación se les asigna:

1. EL CONTRATANTE

Es la persona natural o jurídica que acepta las obligaciones debidas a la Compañía y se compromete al pago de la prima estipulada.

2. 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 sesenta (60) 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 el Acápito 7 de la Cláusula Sexta de la misma.

3. FAMILIAR ASEGURADO

El término “Familiar Asegurado” significa:

- 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 sesenta (60) años en la fecha de su inscripción en el Seguro.**
- 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.
- Los hijos solteros mayores de diecinueve (19) años pero menores de veintitrés (23) 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.

4. BENEFICIOS

El término "Beneficio" significa todas las sumas pagaderas por la Compañía de acuerdo a las condiciones del presente Contrato.

5. DEDUCIBLE POR AÑO PÓLIZA

Esta cantidad es acumulable por cada Asegurado Principal y Familiar Asegurado a través del año póliza, y la responsabilidad de la Compañía será sólo por las sumas en exceso del deducible aplicable y conforme a las Condiciones Particulares de esta póliza. **Aquellos gastos médicos elegibles aplicables al deducible, se recibirán para su debida tramitación, una vez sea completado el deducible anual que establece esta póliza. Los gastos que no cubren el deducible, no serán registrados por la Compañía, únicamente los gastos que sobrepasen esté, serán tramitados.**

Para los fines de esta póliza se entenderá que aplicarán los deducibles respectivos dependiendo si la atención médica ha sido brindada dentro o fuera de la República de Panamá. Los deducibles antes indicados estarán estipulados en las condiciones particulares de esta póliza.

6. COASEGURO

Todo Asegurado Principal o Familiar Asegurado participará en Coaseguro en su propio riesgo, conforme se estipule en esta póliza.

7. HOSPITAL

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 HOSPITAL PARTICIPANTE se entiende todo Hospital o Clínica afiliada a la red de la Compañía.

8. MÉDICOS

El término "**Médico**" significa la persona que ha obtenido un título universitario para ejercer la profesión en la República de Panamá y que ha sido legalmente autorizada y se le ha otorgado la idoneidad en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios médicos y/o quirúrgicos. Para trabajar como médico idóneo en la República de Panamá se requiere cumplir los requisitos del Consejo Técnico de Salud que dentro del Ministerio de Salud, es el ente encargado de aprobar la revalidación de los títulos profesionales, de la vigilancia de los procesos de formación, regulación, evaluación y vigilancia de la práctica de los profesionales y técnicos que laboran en el sector salud.

9. PERSONAS ELEGIBLES

Serán 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 al Seguro no se encuentren ni incapacitados, ni inválidos, ni reciban en el presente o hayan recibido en el pasado, de cualquiera fuente, beneficios por incapacidad.

10. URGENCIAS

La Compañía reconocerá bajo esta 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 agudos:

- Cuadros clínicos severos que afecten los sistemas respiratorio, circulatorio, urológico o gastrointestinal;
- Convulsiones;
- Deshidratación moderada a severa;
- Hemorragias;
- Reacciones alérgicas agudas; o intoxicación severa.
- Enfermedad vascular cerebral;
- Asma en crisis
- Cefaleas intensas
- Crisis y/o emergencias hipertensivas
- Choque (shock) o estado de coma de cualquier clase excepto por alcohol o drogas ilícitas
- Dolor abdominal (incluye cólico renal, biliar)
- Embolismo pulmonar, Trombosis venosa profunda
- Síndrome Coronario agudo (angina de pecho, Infarto agudo del miocardio).
- Gastroenteritis aguda severa.
- Hemorragia (digestiva, urinaria, pulmonar, otorrinolaringológica)
- Insuficiencia respiratoria.
- Neumonía, neumotórax.
- Otolgia severa.
- Pérdida de conocimiento,
- Retención aguda de orina.

11. COSTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS

La Compañía reconocerá para todos los beneficios los costos usuales, razonables y acostumbrados de cuidado de salud prevalecientes en el lugar donde se presta el servicio. Estos costos serán reflejo de muestras estadísticas corrientes en poder de la Compañía. Para determinar estos casos, la Compañía tomará en consideración la complejidad del servicio prestado.

12. MÉDICAMENTE NECESARIO

Servicios o 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 Principal o Familiar 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 Principal, de su familia, de su médico u otro proveedor;
- que sea el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda ser proporcionado con el menor riesgo posible para el Asegurado Principal o Familiar Asegurado; y que, en el caso de la atención a un paciente internado, no pueda administrarse a paciente externo sin incurrir en riesgo.

13. MEDICAMENTOS

Fármaco, principio activo o conjunto de ellos, integrado en forma farmacéutica, utilizado en seres humanos con el fin de diagnosticar, prevenir, curar, aliviar o tratar

enfermedades, síntomas o estados patológicos. Es importante considerar medicamentos para las pólizas como estas sustancias que tengan registro médico, ya que eso es lo que exige la ley.

14. PREMATURIDAD

Prematuridad significa todo parto cuyo producto no ha completado un mínimo de treinta y ocho (38) semanas de gestación.

15. ENFERMEDADES CONGÉNITAS

Son los desórdenes o malformaciones adquiridas o desarrolladas durante la vida del embrión, feto o durante el proceso de nacimiento y que son conocidos en ese momento.

16. DESEMBOLSO MAXIMO ANUAL:

Se refiere al límite máximo pagado en concepto de coaseguro por parte del Asegurado Principal o Familiar Asegurado estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza.

CLÁUSULA TERCERA

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

A. BENEFICIO MÁXIMO VITALICIO:

La Compañía reconocerá todos los gastos médicos expresamente cubiertos de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares establecidas en esta póliza, y los beneficios expresamente detallados a continuación, hasta la suma máxima vitalicia de UN MILLÓN DE BALBOAS (B/.1,000,000.00) por Asegurado Principal o Familiar Asegurado menor de sesenta (60) años de edad.

A edad sesenta (60), este Beneficio Máximo Vitalicio quedará reducido a la cantidad no consumida de dicho beneficio a esa fecha, pero en ningún momento dicha cantidad reducida excederá la suma de QUINIENTOS MIL BALBOAS (B/.500,000.00). La cantidad reducida del beneficio máximo será en ese momento igual tanto para el Asegurado Principal como para sus Familiares Asegurados en la póliza.

B. SEGURO BÁSICO:

Los gastos amparados incurridos por concepto de servicios prestados por clínicas u hospitales, serán indemnizados así:

PANAMÁ Y EN CUALQUIER OTRO PAIS:

En los Hospitales **Participantes** de la Red de

la Compañía..... 85%

de los gastos elegibles luego de haberse aplicado el deducible anual.

En los Hospitales **No Participantes** 70%

de los gastos elegibles luego de haberse aplicado el deducible anual.

GASTOS CUBIERTOS EN EL SEGURO BÁSICO:

Los gastos cubiertos en el seguro básico, serán cubiertos al ochenta y cinco por ciento (85%) luego que la Compañía aplique el deducible anual indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. Los gastos cubiertos son los siguientes:

Costo de habitación privada en la República de Panamá, semi-privada en cualquier otro país y alimentación del paciente (en ningún caso cubre los gastos del acompañante, ya sean parientes o no). En caso de que el Asegurado Principal solicite habitación privada, la diferencia en el costo será por su propia cuenta. **En la República de Panamá se cubrirá el ochenta y cinco por ciento (85%) del costo de habitación privada corriente.**

- Unidad de Cuidados Intensivos y/o Coronarios.
- Sala de Operación y Sala de Recuperación.
- Equipo de Asistencia de corazón y riñón artificial.
- Material médico quirúrgico y de cura.
- Análisis de laboratorio, rayos X y estudios especiales requeridos con fines de diagnósticos.
- Oxígeno, soluciones intravenosas e inyecciones.
- Servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios (honorarios médicos al ochenta y cinco por ciento 85%, después del deducible anual).
- Cuarto de Urgencias, cuidados iniciales dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de haber ocurrido el accidente o la emergencia médica. Estas atenciones se cubrirán así:

URGENCIA POR ACCIDENTE: Los costos del Cuarto de Urgencia se cubrirán al cien por ciento (100%) y los honorarios del Médico Especialista se cubrirán al cien por ciento (100%) en base a los costos usuales, razonables y acostumbrados, hasta un máximo de QUINIENTOS BALBOAS (B/.500.00) por atención.

URGENCIA POR ENFERMEDAD: Los costos del Cuarto de Urgencia por enfermedades detalladas en el Acápite 10 de la Cláusula Segunda de esta póliza se cubrirán al cien por ciento (100%) y los honorarios del Médico Especialista que atienda dicha Urgencia estarán cubiertos al ochenta y cinco por ciento (85%) de los costos usuales, razonables y acostumbrados, después de aplicado el deducible anual que establece esta póliza.

Cualquiera otra atención médica diferente a las mencionadas en el Acápite 10 de la Cláusula Segunda, será considerada como una consulta médica ambulatoria, la cual no será cubierta por ésta póliza.

Se cubrirá como urgencia la primera atención médica dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de la aparición de los síntomas o del accidente. Las

atenciones posteriores por un mismo diagnóstico dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de la aparición de los síntomas o del accidente serán consideradas como una consulta médica ambulatoria y **no serán cubierta por ésta póliza.**

C. GASTOS MÉDICOS MAYORES:

Al igual que los gastos cubiertos en los seguros básicos, los gastos médicos mayores, serán cubiertos al ochenta y cinco por ciento (85%) luego que la Compañía aplique el deducible anual indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, hasta el límite del Beneficio Máximo Vitalicio por persona establecido.

En el evento de que el Asegurado utilice los servicios prestados por Clínicas u Hospitales no participantes en la red, se establece que el Coaseguro será de treinta por ciento (30%)

1. GASTOS MÉDICOS MAYORES CUBIERTOS:

- Honorarios del Cirujano Principal y del Anestesiólogo.
- Honorarios por Consultas Médicas por Hospitalización.
- Anatomía Patológica (todo órgano o tejido extirpado, para ser cubierto, requerirá estudio histopatológico y resultado de dicho estudio).
- Tratamientos especiales tales como Quimioterapia, Radioterapia y tratamientos por insuficiencia renal (Diálisis).
- Servicio de ambulancia terrestre local.

2. TRANSPLANTES

- Servicios o suministros para o relacionados con procedimientos de trasplante, incluyendo trasplantes de órganos humanos, **únicamente en los siguientes casos:**

a) **Corazón, corazón y pulmón combinados, riñón, córnea, hígado, hueso, piel (para injerto o para cualquier otro propósito médicamente necesario).**

b) **Médula ósea autóloga para:**

- **Linfoma No-Hodgkin, Estadio III A o B; o Estadio IV A o B.**
- **Linfoma Hodgkin, Estadio III o Estadio IV.**
- **Neuroblastoma, Estadio III o Estadio IV.**
- **Leucemia No-Linfocítica aguda después del primero o segundo relapso.**

- c) **Médula ósea alogeneica para Anemia Aplásica, Leucemia Aguda, Inmunodeficiencia combinada severa, Síndrome de Wiskott-Aldrich, Osteopetrosis Infantil Maligna (enfermedad de Albers-Schönberg u Osteopetrosis generalizada), Leucemia Mieloide Crónica, Neuroblastoma Estadio III A o B en niños mayores de un (1) año, Beta Talasemia Homozigote (talasemia mayor), Linfoma de Hodgkin, Estadio III o Estadio IV, Linfoma de No-Hodgkin, Estadio III o Estadio IV.**

En caso de que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado requiera de un donante vivo, se consideran gastos cubiertos: los gastos médicos en que incurra el donante durante el acto quirúrgico de donación. Refiérase a la Cláusula Cuarta de esta póliza para ver el detalle de los gastos no cubiertos por trasplante de órganos.

Los beneficios por servicios o suministros para o relacionados con el corazón, corazón y pulmón combinados y trasplante de hígado, el Asegurado Principal o Familiar Asegurado deberá obtener aprobación expresa de la Compañía por adelantado, tanto para el procedimiento como para la facilidad donde el trasplante será realizado.

La cobertura para trasplantes de cualquier tipo (órganos o médula ósea) queda limitada a dos (2) trasplantes de por vida y el Beneficio Máximo Vitalicio para esta cobertura, también queda limitado hasta un máximo de QUINIENTOS MIL BALBOAS (B/.500.000.00).

3. BENEFICIO DE 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 ciento ochenta (180) días 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.

El Beneficio de Maternidad se limita así:

- a) Gastos Prenatales - Paciente Interna: Aquellas complicaciones del embarazo que requieran tratamiento médico en el hospital, tales como Amenaza de Aborto, Hiperemesis Gravídica o Amenaza de Parto Prematuro, estarán cubiertos así:
 - Gastos elegibles de hospital al ochenta y cinco por ciento (85%).

- Honorarios del Ginecólogo-Obstetra al ochenta y cinco por ciento (85%), después del deducible anual.

- b) Alumbramiento: Se incluye en este beneficio cualquiera complicación del embarazo que requiera tratamiento hospitalario como paciente interna, el Parto Normal, Cesárea, Pérdida, Óbito Fetal o Aborto Legal. Esta cobertura será también al ochenta y cinco por ciento (85%) de los gastos del hospital correspondientes a la madre. **Los honorarios médicos estarán limitados a este mismo porcentaje de ochenta y cinco por ciento (85%), después del deducible anual, correspondientes al Ginecólogo-Obstetra y al Anestesiólogo. Estos honorarios se basarán en las tarifas establecidas para estos servicios en la Tabla de Honorarios Máximos de la Compañía.**

- c) Gastos del Recién Nacido: Siempre y cuando esta Póliza esté en vigor y la madre esté amparada por el Beneficio de Maternidad conforme a esta Cláusula Tercera, los hijos que le nazcan estarán cubiertos durante los primeros nueve (9) días de nacido así:

- Gastos elegibles del Hospital al ochenta y cinco por ciento (85%) hasta un máximo de TRES MIL BALBOAS (B/.3,000.00).
- Honorarios Médicos al ochenta y cinco por ciento (85%), hasta un máximo de DOS MIL BALBOAS (B/.2,000.00).

- d) En el evento de:

1. **Enfermedades Congénitas, o**
2. **Parto Prematuro**

La Compañía reconocerá en esta póliza, con relación a tales enfermedades congénitas y/o prematuridad, hasta la suma vitalicia, no acumulativa de **CINCUENTA MIL BALBOAS (B/.50,000.00)** por embarazo, parto o alumbramiento.

Cuando se trate de un embarazo múltiple, la suma antes descrita por CINCUENTA MIL BALBOAS (B/.50,000.00) incluirá todos los gastos que se deriven por la prematuridad del bebé o bebés.

D. DEDUCIBLE:

Esta póliza establece dos deducibles año póliza distintos:

1. **Para la República de Panamá.**
2. **Para cualquier otro país.**

Ambos deducibles son acumulables por separado y no podrán ser catalogados como uno solo al momento de incurrir en los gastos descritos anteriormente. El deducible se aplicará para cada Asegurado Principal y/o Familiar Asegurado.

Los gastos amparados tanto en el Seguro Básico como en los Gastos Médicos mayores por concepto de servicios prestados e incurridos en otros países, fuera de la República de Panamá se indemnizarán luego de completado el deducible establecido en las condiciones particulares.

En el supuesto anterior, se exceptúan del deducible antes mencionado los gastos incurridos única y exclusivamente en el cuarto de urgencia y hospitalización por accidente dentro del período de 48 horas, si fuera el caso. Los honorarios médicos generados por atención recibida en el cuarto de urgencia, se indemnizarán de acuerdo al deducible básico de la póliza. Entiéndase por deducible básico aquel que es aplicable dentro de la República de Panamá.

E. DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL:

Con excepción de los gastos no amparados, el

máximo de gastos por cuenta del Asegurado Principal o Familiar Asegurado, en cualquier año póliza, para aquellos gastos incurridos únicamente en la República de Panamá, no excederán de:

1. El monto del deducible anual señalado en las Condiciones Particulares.
2. El monto del 15% del coaseguro señalado en las Condiciones Particulares.

La Compañía asumirá el pago del cien por ciento (100%) de todos los gastos adicionales incurridos durante el resto de ese año póliza, que excedan la cantidad indicada en las Condiciones Particulares.

Para servicios prestados en otros países fuera de la República de Panamá, el Desembolso Máximo Anual por parte del Asegurado Principal o Familiar Asegurado es el quince por ciento (15%) de coaseguro de los gastos cubiertos por la Compañía. La Compañía asumirá el pago del ochenta y cinco por ciento (85%) de todos los gastos incurridos durante el resto de ese año póliza.

CLÁUSULA CUARTA

GASTOS NO CUBIERTOS

Todos los gastos ocasionados directa o indirectamente por una o cualquiera de las causas detalladas a continuación, quedan excluidos expresamente de la Póliza y por lo tanto la Compañía no tendrá ninguna obligación en virtud de los mismos:

- 1.- Gastos médicos incurridos como paciente externo, incluyendo los exámenes de diagnósticos previos a una cirugía u hospitalización.
- 2.- Procedimientos que no sean médicamente necesarios para el tratamiento de una afección, tales como: servicios de peluquería y barbería; Servicios de Internet, la compra o alquiler de artículos para la comodidad personal (radio, televisor, aire acondicionado, vaporizador, humidificador, equipo para hacer ejercicios o similares); prótesis, el uso de aparatos correctivos o instrumentos médicos que no sean médicamente necesarios; cualquier gasto incurrido por el acompañante del Asegurado Principal durante la hospitalización del mismo.

- 3.- Tratamiento alimenticio suplementario, salvo los indicados para el mantenimiento de la vida del enfermo grave.
- 4.- 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.
- 5.- Tratamientos dentales, curas u operaciones odontológicas, que no sean a consecuencia de un accidente sufrido dentro de la vigencia de la póliza.

En caso de fractura por trauma accidental de diente sano, la Compañía no considerará la reclamación sin:

- a) Radiografías periapicales del área afectada antes y después del tratamiento (para una mejor evaluación, también serán necesarias fotografías antes y después de la restauración de las piezas afectadas).

- b) Informe del Asegurado respecto a un Accidente y el Formulario de Reclamación que la Compañía le proporcionará, debidamente completado por el Asegurado Principal y por el Odontólogo tratante.

La atención en Cuarto de Urgencias en un hospital será considerada como una consulta inicial y se cubrirá según los costos usuales, razonables y acostumbrados en concepto de honorarios profesionales. Dicha atención deberá efectuarse dentro de las primeras veinticuatro (24) horas siguientes al accidente y sólo se cubrirán los gastos señalados a continuación, ocasionados por el accidente, hasta un período máximo de ciento ochenta (180) días después del accidente. Cualquiera complicación o secuela de dicho accidente posterior a los ciento ochenta (180) días no estará cubierta por esta póliza.

Sólo se cubrirá la reconstrucción de los incisivos, caninos y premolares sanos fracturados por un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza. La reconstrucción podrá consistir en uno o varios de los siguientes tratamientos:

- a) Ferulización de piezas luxadas y/o avulsionadas.
- b) Endodoncia comprobada por examen radiográfico.
- c) Corona con o sin perno.
- d) Puente fijo con pódicos sustituyendo piezas que hayan sido perdidas en dicho accidente, según comprobación de radiografías. Las radiografías iniciales deberán ser tomadas en un plazo máximo de treinta (30) días calendario después del accidente.

Los costos de esta reconstrucción serán reembolsados al ochenta y cinco por ciento (85%) de los costos usuales, razonables y acostumbrados por dicho servicio, luego de aplicar el deducible anual correspondiente.

Los implantes dentales no están cubiertos. Sin embargo, la restauración (prótesis) sobre dichos implantes sí tendrá cobertura.

Los tratamientos de Ortodoncia, así como los tratamientos por malposiciones dentales a consecuencia de un accidente, no tienen cobertura.

- 6.- Cuidado de enfermeras Especiales y Honorarios por Asistencia Quirúrgica.

- 7.- 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.

- 8.- Controles periódicos o exámenes generales o rutinarios, vacunaciones, certificaciones médicas; exámenes de la vista y del oído, servicios optométricos, cirugía por refracción de la visión, la compra de lentes regulares, exámenes de la vista (Cartilla de Snellen) y del oído (Audiometría) y de aparatos para mejorar la audición, implantes cocleares, así como sus pruebas de ajuste.

- 9.- Cualquier tratamiento resultante de enfermedad o lesión por participación en actos de guerra, revolución, conmoción civil, conspiración, tumultos, motín, perturbación del orden público; cualquier acto delictivo, incluyendo duelos o riñas.

- 10.- Cualquier tratamiento resultante de enfermedad o lesión causada por el mismo Asegurado Principal o Familiar Asegurado; suicidio o cualquier intento del mismo; mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental; enfermedades o tratamientos producto del alcoholismo; cualquier tratamiento, complicación o efecto secundario resultante de la ingestión de alcohol, de drogas o similares. Síndrome de abstinencia, sobredosis de medicamentos, efectuados con fines autolíticos.

- 11.- Tratamientos Ambulatorios y de Hospitalización por trastornos mentales o por desórdenes nerviosos funcionales.

- 12.- Enfermedades y defectos físicos congénitos o adquiridos, secuelas de accidentes, de intervención quirúrgica o de enfermedad, que a juicio de la Junta Médica de la Compañía, debió ser sintomática antes de la fecha de vigencia de esta Póliza o del ingreso de algún Familiar Asegurado en la misma. Estas Condiciones, las cuales deberán ser declaradas en la Solicitud del Seguro, estarán cubiertas después de haber transcurrido un período de espera de doce (12) meses contados a partir de la fecha de vigencia de esta póliza o de la inclusión de algún Familiar Asegurado en la misma, salvo aquellas condiciones que por estipulación de la Compañía queden excluidas permanentemente de la cobertura de esta Póliza. Enfermedades

- y defectos físicos congénitos en hijos adoptados, debidamente inscritos en la póliza, quedan excluidos permanentemente.
- 13.- Servicios prestados por institutos o sanatorios no registrados ni autorizados como instituciones hospitalarias, donde se brinden servicios de cuidados de larga duración, tales como curas de reposo, geriatría o similares, spas o hidroclínicas.
 - 14.- 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.
 - 15.- Tratamientos e intervenciones quirúrgicas por infertilidad, inseminación, impotencia, frigidez o cambio de sexo, así como los tratamientos con anticonceptivos y sus consecuencias; tratamientos por disfunción o insuficiencia sexual. Abortos provocados criminalmente. Tratamientos o cirugía por Gigantomastia.
 - 16.- Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, como son la ligadura o extirpación de trompas y la vasectomía, ni su restitución funcional o consecuencias.
 - 17.- La práctica de deportes profesionales, así como la de cualquier deporte peligroso que exponga, por irresponsabilidad, desconocimiento o por circunstancias agravantes, la vida o la salud del Asegurado Principal o Familiar Asegurado, tales como: pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos 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. Viajes aéreos salvo que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado se encuentre viajando como pasajero.
 - 18.- Medicinas sin prescripción facultativa y/o gastos a consecuencia de evaluación y/o tratamientos relacionados por una persona no médico idóneo; no se cubrirán sustancias sin registro de medicamento.
 - 19.- Tratamientos a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o por infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sus consecuencias y/o controles periódicos. Enfermedades de transmisión sexual.
 - 20.- 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.
 - 21.- Complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, tratamientos o intervenciones no amparadas bajo la presente póliza, así como los gastos incurridos después de la fecha de terminación de la póliza, aun aquellos derivados de secuelas de accidentes o enfermedades conocidas o diagnosticadas durante la vigencia de la misma.
 - 22.- 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" Dedo en gatillo y/o deformidad en los pies a menos que sean a consecuencia de un accidente y cualquier tipo de pieza para insertar en los zapatos.
 - 23.- Tratamientos o intervenciones de la articulación temporomandibular y otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura ni sus consecuencias.
 - 24.- Servicios recibidos en alguna institución del Estado o cualquier otro servicio médico por los cuales no se exija pago alguno al Asegurado Principal o Familiar Asegurado.
 - 25.- Transplante de órganos ni sus consecuencias, salvo aquellos procedimientos específicos establecidos en la Cláusula Tercera de esta póliza. En caso de que nuestro Asegurado Principal o Familiar Asegurado sea el receptor de un donante vivo, se excluyen todos los gastos pre y post quirúrgicos del donante ocasionados por dicha donación, así como cualquiera gratificación o remuneración que el donante reciba.
 - 26.- 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.
 - 27.- Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje, el lenguaje, déficit atencional. Síndrome de Fatiga

Crónica a consecuencia del Tabaquismo, Alcoholismo, Obesidad o a consecuencia de cualquiera enfermedad excluida en esta póliza.

- 28.- Las hijas registradas como Familiar Asegurado no tienen derecho al Beneficio de Maternidad.
- 29.- Monto en exceso de lo usual, razonable y acostumbrado en concepto de servicios médicos prestados en la zona donde fueron efectuados.
- 30.- Tratamientos experimentales o para investigación.
- 31.- Cualquier servicio o suministro que no estuviere específicamente declarado como un beneficio bajo el presente contrato.
- 32.- Terapias recreativas, terapias educacionales y Terapias del lenguaje.

LIMITACIONES:

Esta póliza cubrirá, a partir del segundo año de antigüedad del Asegurado Principal o Familiar Asegurado afectado, los gastos resultantes de las

siguientes condiciones y/o procedimientos quirúrgicos:

- AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA.
- HERNIA Y EVENTRACIONES CUALESQUIERA QUE SEAN SUS CAUSAS (INCLUYENDO HERNIA HIATAL Y HERNIA DE DISCO INTERVERTEBRAL).
- HISTERECTOMÍA.
- CATARATAS, GLAUCOMA O PTERIGION.
- LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA.
- ENDOMETRIOSIS Y/O DOLOR PÉLVICO CRÓNICO.
- INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE VESÍCULA Y VÍAS BILIARES.
- LITOTRIPSIA DE VÍAS URINARIAS Y DE VÍAS BILIARES.
- SEPTUMPLASTÍA.
- VARICOCELECTOMÍA.
- LESIONES PIGMENTARIAS DE LA PIEL CONOCIDAS COMO LUNARES O NEVUS.
- CONDICIONES PREEXISTENTES DECLARADAS, NO EXCLUIDAS PERMANENTEMENTE.

Una vez transcurrido el período de espera de doce (12) meses, esta cobertura estará sujeta a todas las demás condiciones generales establecidas en esta póliza.

CLÁUSULA QUINTA

PAGO DE RECLAMACIONES

1. En caso de hospitalización, en cualquiera de los hospitales participantes (véase Anexo), la Compañía cancelará la cuenta directamente al Hospital, de acuerdo con los beneficios establecidos en esta póliza. El Asegurado Principal o Familiar Asegurado solamente tendrá que pagar los gastos no cubiertos, así como el deducible y el coaseguro correspondiente.
2. Los gastos a los cuales se aplicará el sistema de reembolso son los que surjan de:
 - Hospitales No Participantes.
 - Gastos médicos incurridos ambulatoriamente.

Para efectuar el reembolso de estos gastos, el Asegurado Principal deberá enviar o entregar directamente a la Compañía, la siguiente documentación:

- Formulario de Reclamación de la Compañía debidamente completado y firmado por el Asegurado y por el Médico Tratante.

- Original de todos los comprobantes de pago respectivos con su debido detalle de gastos.

3. PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

Una vez terminada la hospitalización o efectuado el gasto, el Asegurado Principal deberá presentar a la Compañía el Formulario de Reclamación junto con los originales de las cuentas detalladas del hospital y del médico, así como los demás comprobantes relacionados con los gastos ocasionados cubiertos por la póliza. Se recibirán los reclamos para su debido trámite, una vez que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado complete su deducible anual establecido en las Condiciones Particulares de esta póliza. Al momento de completar dicho deducible anual, se concede un plazo máximo de noventa (90) días después de la salida del hospital o de efectuado cada gasto para presentar la reclamación. Este plazo también aplica para cualquier reclamación posterior. **Si el Asegurado Principal o Familiar Asegurado incumpliere este plazo, la Compañía quedará relevada de toda obligación con respecto a la reclamación.**

4. PAGO DE RECLAMACIONES

Toda indemnización que la Compañía deba efectuar en virtud del presente contrato, será pagadera al Asegurado Principal, a la persona que él designe o a los herederos legalmente acreditados, 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, según el Acápito 2 de la Cláusula Quinta.

5. PÉRDIDA DEL DERECHO DE LOS BENEFICIOS

En caso de que se llegare a comprobar que para la presentación de una reclamación se utilizaron, en cualquier forma, informes médicos, facturas, cuentas o certificados fraudulentos, la Compañía quedará completamente libre de toda obligación y el Asegurado Principal o Familiar Asegurado perderá todo derecho a indemnización. Además, la Compañía queda facultada para rescindir el Contrato.

6. SEGUROS COEXISTENTES

El Asegurado Principal queda obligado a informar a la Compañía, en el momento de presentar la reclamación, los seguros coexistentes, con indicaciones del Asegurado Principal, Familiares Asegurados y de la Suma Asegurada. **La inobservancia de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada.**

Existiendo varios seguros, la indemnización será proporcional a la responsabilidad de cada contrato. En todo caso, el reembolso de beneficios será hecho primero así:

Si el Asegurado Principal ha celebrado de buena fe otros contratos de seguro, donde el primero cubre el valor íntegro de la póliza, los siguientes contratos se considerarán contingentes o secundarios. Pero si el contrato de seguro no cubre el valor total, la Compañía sólo responderá en orden de fecha, únicamente por el resto, hasta el valor completo de la suma reclamada, sin exceder la suma asegurada ni los términos ni condiciones de la presente póliza.

En ningún caso, el pago de ambas compañías podrá exceder del monto total incurrido por el Asegurado.

7. SUBROGACIÓN

Por subrogación se entenderá el derecho de la Compañía de recuperar de cualesquiera fuente, los pagos hechos basándose en la póliza de Salud por lesiones recibidas por el Asegurado Principal o sus Familiares Asegurados, ya sean causadas por terceras

personas o mientras la persona asegurada utiliza o maneja vehículos o equipos propios o de terceras personas que tienen cobertura 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 Contratantes de éstos. En igual forma lo podrá hacer el Asegurado Principal o sus dependientes, si han recuperado ellos 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 Principal y/o sus Familiares Asegurados:

- Firmen el finiquito respectivo y subroguen a 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 los derechos subrogados; y
- 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.

8. PRUEBAS ADICIONALES

La Compañía se reserva el derecho de comprobar la ocurrencia de toda lesión, enfermedad o siniestro, y el Asegurado Principal autoriza a la Compañía para solicitar informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades.

9. SEGUNDA OPINIÓN

El Asegurado Principal o Familiar Asegurado deberá someterse al requisito de Segunda Opinión por parte del Médico o Médicos señalados por la Compañía para las siguientes intervenciones quirúrgicas: SEPTUMPLASTÍAS, CATARATAS, GLAUCOMAS, CIRUGÍA LÁSER, HERNIORRAFÍAS, HISTERECTOMÍAS, IMPLANTES DE PRÓTESIS ORTOPÉDICAS. La Compañía pagará el costo de la Segunda Opinión Médica. **El incumplimiento de este requisito causará una reducción del cincuenta por ciento (50%) en todos los Beneficios que, de haber cumplido con este requisito, hubiera podido recibir el Asegurado Principal o Familiar Asegurado por dicha intervención quirúrgica.**

La Compañía se reserva el derecho de solicitar una Segunda Opinión Médica para cualquier otro tipo de procedimiento quirúrgico cuando lo estime necesario.

10. PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

El Asegurado Principal o Familiar Asegurado, antes de someterse a un examen de Resonancia Magnética o a cualquier otro procedimiento especial para diagnóstico

que no sea de uso común tales como CATETERISMO CARDIACO, MIBI, TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA, AMNIOCENTESIS, entre otros, deberá presentar a la Compañía un informe del médico tratante en el que se detalle el cuadro clínico, la

sospecha o diagnóstico inicial y una relación de los exámenes efectuados hasta el momento en concepto de preautorización para tener cobertura de dichos exámenes.

CLÁUSULA SEXTA

DISPOSICIONES PARTICULARES

1. CAMBIOS

Los cambios de plan que desee hacer el Asegurado Principal y que implique mayores coberturas, **sólo podrán solicitarse con treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación anual y éstos se considerarán vigentes cuando la Compañía lo haya informado por escrito al Asegurado Principal.**

2. TARIFAS

La Compañía se reserva el derecho de modificar la tarifa o prima a cobrar por este Seguro. No obstante, dicha modificación no será efectiva sino treinta (30) días después de enviada la notificación al Asegurado Principal.

Queda acordado que las tarifas están establecidas por rangos de edades por lo que las mismas están sujetas a cambios a medida que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado avancen de un rango de edad a otro.

3. NACIMIENTOS

Si la madre cumplió con el período de espera para el Beneficio de Maternidad que establece la Cláusula Tercera, a partir del décimo 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 todas 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 basándose en ellas, dejará constancia por escrito de posibles exclusiones, limitaciones o declinación de la Solicitud de Inclusión en esta póliza.

4. 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.

5. RETIROS E INCLUSIONES

El retiro de familiares de la póliza tendrá efecto únicamente a partir del mes de Seguro inmediatamente siguiente al aviso correspondiente a la Oficina Principal de la Compañía.

Los familiares que no se incluyan en la póliza desde el momento en que son asegurables sólo podrán hacer la solicitud de inclusión treinta (30) días anteriores a 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 basándose en ellas, dejará constancia de posibles exclusiones o limitaciones al Seguro.

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

6. RENOVACIÓN

Esta póliza será renovada por períodos anuales y permanecerá vigente siempre que se acredite mediante recibo oficial de la Compañía el pago oportuno de las primas, según el sistema de pago que aparece en las Condiciones Particulares de la misma.

7. TERMINACIÓN DE CONTRATO

El presente Contrato podrá ser rescindido unilateralmente por cualquiera de las partes. Por la

Compañía, mediante nota escrita al Asegurado Principal enviada a su última dirección registrada en los archivos, con no menos de quince (15) días de aviso contados a partir de la fecha de envío; por el Asegurado Principal, en cualquier momento mediante aviso escrito a la Compañía. La Compañía se reserva el derecho a cancelar este contrato por incumplimiento del pago de las primas, o por fraudes o estafa.

Cuando se pierde la condición de familiar asegurable, de acuerdo a su definición y edades, o el Asegurado Principal o Familiar Asegurado deja de ser residente permanente en Panamá, los beneficios del presente seguro terminarán automáticamente para la persona que pierda tal calidad o sobrepase los límites de edades señaladas.

La mala fe del Asegurado Principal o de sus Familiares Asegurados en reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho y conlleva la cancelación de esta póliza.

8. RESCISIÓN DEL 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 este Seguro, la Compañía indemnizará los gastos ocasionados por la misma pero sólo por dicho Período de Incapacidad. **No se reconocerá ningún otro beneficio.**

9. DECLARACIÓN INEXACTA U OCULTAMIENTO

El Asegurado Principal 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 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 producen igual efecto si el Asegurado Principal ha encubierto hechos o circunstancias que implique agravación objetiva del riesgo.

10. PRESCRIPCIÓN

La Prescripción de las acciones derivadas de este Contrato y de las disposiciones que lo rigen será la señalada por la Ley, es decir, prescribirán en un (1) año,

contado en los términos del artículo 1651 del Código de Comercio, desde el día en que la obligación sea exigible.

11. 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 arbitramiento si lo consideran conveniente a sus intereses.

12. NOTIFICACIÓN

Cualquiera 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 de 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 a la Compañía conforme a esta póliza, deberá constar por escrito y ser entregado personalmente o remitido por correo por el Contratante y/o Asegurado Principal.

El Contratante y/o Asegurado, por este medio, autoriza a la Compañía a recibir o 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.

13. NORMA SUPLETORIA

En lo no previsto en las presentes condiciones generales o particulares, este Contrato se regirá por las disposiciones legales que rigen la materia.

14. DOMICILIO

Para los efectos de esta póliza y los beneficios que ésta ofrece, el Contratante o Asegurado Principal deberá al momento de contratar este seguro y posteriormente, residir de forma habitual y permanentemente dentro de la República de Panamá. **La falta de cumplimiento de esta condición acarreará la cancelación de la póliza sin derecho a que el asegurado tenga reclamación alguna contra la Compañía.**

Se fija como domicilio de las partes, la República de Panamá.

15. MODIFICACIONES

Todas las modificaciones o Endosos a esta póliza deberán ser firmados por un funcionario autorizado de la Compañía. Cualquier cambio a las Condiciones Generales debe ser autorizado previo por la Superintendencia de Seguros.

16. 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.

ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS:

Se hace constar que el Contratante y/o Asegurado Principal y la Compañía han acordado que la prima total, la cual forma parte de esta póliza con los gastos incluidos, si los hubiera, será pagada en la frecuencia,

montos y forma de pagos indicados en las Condiciones Particulares.

Conforme a la legislación vigente, se le notificará por escrito al Asegurado Nombrado el incumplimiento de cualesquiera de los pagos aquí acordados, concediéndole diez (10) días hábiles para que se paguen directamente a la Compañía.

Transcurridos los diez (10) días hábiles sin que el pago haya sido efectuado, esta póliza quedará automáticamente cancelada.

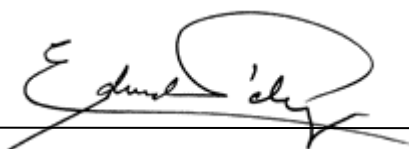
17. REHABILITACIÓN

Esta póliza podrá rehabilitarse bajo las siguientes condiciones:

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

En fe 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

68M00032