

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO DE SALUD
METROBLUE ULTRA PLUS (BMA) – INDIVIDUAL / FAMILIAR
CONDICIONES GENERALES

ACUERDO DE SEGURO

Mediante esta Póliza y en consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima estipulada dentro del período convenido y fundándose en la veracidad y exactitud de las Declaraciones del Asegurado, o de quien por él contrate este seguro, cuales Declaraciones forman parte integrante de esta Póliza - ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A. (denominada en adelante “la Compañía”) conviene con el Contratante nombrado en la Condiciones Particulares (denominado en adelante “el Contratante” y/o “el Asegurado” en la medida que la figura de Contratante y Asegurado concurren en la misma persona) en celebrar un Contrato de Seguro, sujeto a los términos, condiciones, límites de responsabilidad y demás estipulaciones contenidos en la Póliza o adheridos a ella mediante Endoso con el fin de trasladar el(los) riesgo(s) de el(los) Asegurado(s) nombrado(s) en las Condiciones Particulares (denominado en adelante “el Asegurado”) a la Compañía. El derecho a gozar de las prestaciones que se puedan suministrar mediante esta Póliza depende del correcto cumplimiento de parte del Asegurado con todos dichos términos, condiciones y demás estipulaciones. En la medida que la figura de Contratante y Asegurado no concurren en la misma persona, será obligación del Contratante cumplir, o hacer que el Asegurado cumpla, con las obligaciones que la ley y/o el presente Contrato de Seguro atribuyan al Asegurado.

CLAUSULA I – DEFINICIONES

AMBULANCIA AÉREA: Aeronave con licencia para operar como Ambulancia Aérea. Este servicio lo presta una entidad autorizada por la Autoridad Competente para dicho propósito.

AMBULANCIA TERRESTRE: Transporte de emergencia debidamente autorizado por la Autoridad Competente.

AÑO PÓLIZA: Es el periodo de doce meses consecutivos que comienza con la fecha efectiva de la Póliza.

ASEGURADO: Es la persona natural sobre quien recae el riesgo que se ha cedido a una Aseguradora, por medio de la celebración de un Contrato de Seguro.

ASEGURADORA / COMPAÑÍA DE SEGUROS: Persona jurídica constituida o inscrita de acuerdo con las Leyes de la República de Panamá y autorizada por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros, que tenga por objeto operaciones de seguros y/o de fianzas. Para efectos de este contrato, denominada indistintamente “la Compañía” o “la Aseguradora”.

AUTORIDAD COMPETENTE: Cualquier Autoridad estatal que deba conocer de la materia o caso en particular, atendiendo la competencia legal asignada o conferida.

BENEFICIO(S): El término "Beneficio" significa las sumas pagaderas por la Compañía de acuerdo a las condiciones del presente Contrato.

BENEFICIO MÁXIMO VITALICIO: La Compañía reconocerá todos los gastos médicos expresamente cubiertos de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares establecidas en esta Póliza. Corresponde al monto máximo por Asegurado que pagará la Compañía en concepto de una o varias coberturas o beneficios durante la vida del Asegurado.

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL: La Compañía reconocerá todos los gastos médicos expresamente cubiertos de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares establecidas en esta Póliza. Corresponde al monto máximo por Asegurado que pagará la Compañía en concepto de una o varias coberturas o beneficios durante el Año Póliza.

CANCELACIÓN: Es la terminación de los efectos de la Póliza o de una Cobertura.

CARNET DE ASEGURADO: Documento de identificación otorgado por la Compañía al Asegurado Principal y Dependiente / Familiar Asegurado(s) bajo esta Póliza.

COASEGURO: Es la porción de los gastos cubiertos que serán asumidos por el Asegurado Principal o Dependiente / Familiar Asegurado conforme a las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza.

COBERTURA(S) BÁSICA(S): Se refiere a lo(s) Beneficio(s) mínimo(s) que la Compañía ofrece con la adquisición de la Póliza.

COBERTURA(S) ADICIONAL(ES) / COBERTURA(S) OPCIONAL(ES): Se refiere a lo(s) Beneficio(s) adicional(es) a la(s) mínimo(s) que la Compañía ofrece con la adquisición de la Póliza, previo el pago de la prima adicional por parte del Contratante.

CONDICIONES ESPECIALES: Es el conjunto de cláusulas que son incluidas por la Aseguradora en las Condiciones Generales, o mediante Endoso, por razones de orden técnico de la Póliza o para modificar alguna circunstancia contenida en las Condiciones Generales o en cualquier parte del Contrato de Seguro. Se incluyen dentro de las Condiciones Especiales cualquier garantía específica que solicite la Aseguradora al Contratante o Asegurado(s) a fin de aceptar el aseguramiento de los riesgos objeto del Contrato de Seguro.

CONDICIONES GENERALES: Es el conjunto de cláusulas que recoge, de manera general, los términos, condiciones y principios básicos que regulan los contratos de seguro, como son los derechos, obligaciones, coberturas, limitaciones y exclusiones que adquieren o a las que se someten las partes contratantes.

CONDICIONES PARTICULARES: Es el conjunto de cláusulas que particularizan un Contrato de Seguro, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Contratante, Asegurado, Dirección(es), Beneficio Máximo Anual, Deducibles Año Póliza, Coaseguro, Desembolso Máximo Año Póliza, Vigencia de la Póliza, Primas, y demás características.

CONDICIÓN PREEXISTENTE: Es aquella enfermedad, embarazo, condición física o mental del Asegurado, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de la Póliza, que es conocida por el Asegurado, que ha sido diagnosticada por un médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por el Asegurado o por terceros.

CONDUCTO DE PAGO / METODO DE PAGO: Los pagos se deben realizar en la Dirección de la Compañía; sin embargo, el Contratante, por su cuenta y riesgo, podrá optar, para su facilidad, realizar el(los) pago(s) mediante vías alternas como transferencia bancaria, pago al Corredor de Seguros, deducción automática a tarjeta de crédito, descuento directo a la cuenta de ahorro y/o cuenta corriente o cualquier otro método que el Contratante expresamente solicite y sea aceptado por la Compañía, según se muestra en las Condiciones Particulares. Sin embargo, el método o forma seleccionado por el Contratante no le exime de su responsabilidad de que el(los) pago(s) llegue(n) a la Dirección de la Compañía.

CONTRATANTE: Es la persona natural o jurídica que acepta las obligaciones debidas de la Compañía y se compromete al pago de la prima convenida aún cuando la haya delegado administrativamente en otra persona.

CONTRATO DE SEGURO / PÓLIZA DE SEGURO / PÓLIZA: El Contrato de Seguro se constituye por escrito en la Póliza de Seguro compuesta por las Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Condiciones Generales, Solicitud de Seguro, Declaraciones contenidas en ellas, las manifestaciones que se le hagan al Médico Examinador y resultados de Laboratorios, y las excepciones o exclusiones que se hagan en el Contrato de Seguro. Es el contrato mediante el cual la Aseguradora se obliga a aceptar, a cambio del pago por parte del Contratante de la prima convenida y del cumplimiento por parte de éste de las obligaciones que según el contrato le competen y se obliga contractualmente, a indemnizar con relación a la(s) Cobertura(s) por los servicios prestados y gastos médicos incurridos.

CONTRATO DE ADHESIÓN: Aquel cuyas cláusulas han sido redactadas por la Aseguradora sin la participación del Contratante pero con la aprobación de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros. En los contratos de seguro de adhesión, se considerarán nulas las estipulaciones que impliquen renuncia o disminución de un derecho reconocido en la Ley de Seguros y las normas que la desarrollan.

COSTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS (URA): 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.

CUARTO DE URGENCIAS: Unidad de Cuidados de Emergencia preparada específicamente con el personal técnico médico para proporcionar atención rápida y de amplio espectro ante una emergencia médica.

DECLARACIONES DEL ASEGURADO: Manifestación del Asegurado, o tutores en caso de Asegurados menores de edad, mediante la cual se comunica a la Aseguradora la situación que constituyen la base para la aceptación de un riesgo en particular (ver Cláusula IV - Disposiciones Generales - "NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO").

DEDUCIBLE POR AÑO PÓLIZA Esta cantidad es acumulable por cada Asegurado Principal y Dependiente / 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.

DESEMBOLSO MAXIMO AÑO PÓLIZA: Se refiere al límite máximo pagado en concepto de coaseguro por parte del Asegurado Principal o Dependiente / Familiar Asegurado estipulado en las Condiciones Particulares a través del año póliza. Se determina según el lugar de prestación del servicio, ya sea en la República de Panamá o en el Extranjero.

DÍA DE COBRO: Día en el que el Asegurado debe realizar el pago de la prima en la Dirección de la Compañía de Seguros según la frecuencia y monto establecidos en las Condiciones Particulares.

DIENTE SANO: Órgano duro, mineralizado que se encuentra en los procesos alveolares de los huesos maxilar y mandibular, cuya estructura no ha sido modificada ni alterada en ninguno de sus tejidos. Este comprende: esmalte, dentina, cemento y pulpa. El diente está sujeto al alveolo a través de la estructura de soporte encía, ligamento periodontal y hueso.

DIRECCIÓN: Se refiere a la dirección de la Compañía, Contratante, Asegurado e Intermediario de Seguros establecida en las Condiciones Particulares que será utilizada para el envío de las notificaciones que por cualquier concepto deban hacerse las partes. Se incluye dentro del término Dirección, el domicilio físico empresarial o residencial, el apartado postal y/o la dirección de correo electrónico que aparezca en las Condiciones Particulares.

DONANTE: Persona de la cual se ha obtenido uno o varios órganos, tejidos o células para ser trasplantados en un Asegurado de esta Póliza.

ENDOSO: Documento escrito que modifica parte de las Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Condiciones Generales, ya sea que se emitan coetáneamente o con posterioridad a la emisión de la Póliza, ya sea por solicitud del Contratante o como garantía o requerimiento de la Compañía para la aceptación del contrato. El(los) Endoso(s) se redactará(n) mediante documento(s) separado(s) y constituye(n) parte integral del Contrato de Seguro.

EMBARAZO CUBIERTO: Embarazos de la Asegurada Principal o de la Cónyuge o en su defecto, la persona que, viviendo en calidad de compañera permanente del Asegurado Principal, en los que el embarazo se inicie ciento ochenta días (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.

EMERGENCIA: Una condición médica repentina, seria, aguda e inesperada, que requiere tratamiento médico inmediato. Esta condición médica puede poner en riesgo la vida del Asegurado o su integridad física.

ENFERMEDAD: La alteración de la salud de una persona, la cual afecta los funcionamientos normales del cuerpo humano y se manifiesta a través de signos y síntomas, así como a través de los resultados anormales de los exámenes médicos que permiten llegar a un diagnóstico.

PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES CONGÉNITAS O HEREDITARIOS: Alteración del estado de la salud fisiológica y/o morfológica en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento, o bien posteriormente a varios años.

ENFERMERO(A): Persona idónea para prestar servicios de enfermería en el país donde se está prestando el tratamiento médico.

EXCLUSIÓN(ES): Condición(es) o evento(s) por el(los) cual(es) la Compañía de Seguros no será responsable aún cuando el evento sea considerado fortuito, accidental o imprevisto. En este(os) caso(s), la Compañía no estará obligada a pagar indemnizaciones.

FECHA EFECTIVA: Es la fecha en la que inicia la cobertura de esta Póliza para cada uno de sus Asegurados.

FECHA DE INCURRENCIA: Es la fecha en la cual se ha realizado el tratamiento, o recibido atención o servicio médico o cuando se generó el gasto médico.

FECHA DE RENOVACIÓN: Es el primer día del aniversario, contado a partir de la fecha efectiva.

FECHA DE OCURRENCIA: Es la fecha en la cual se ha diagnosticado la enfermedad, condición médica, lesión o accidente.

FORMA DE PAGO / FRECUENCIA DE PAGO / PERIODICIDAD DE PAGO / PLAZO DE PAGO: Frecuencia con el que el Contratante se obliga a realizar los pagos de la prima en la Dirección de la Compañía, según se indica en las Condiciones

Particulares.

FORTUITO: Acontecimiento inesperado que no haya podido ser previsto, como un naufragio, un terremoto, una conflagración y otros de igual o parecida índole.

HABITACIÓN : Corresponde a la habitación de un Hospital o Clínica privada o semiprivada (no una suite), el cual incluye los gastos de habitación, alimentos y cuidados generales de enfermería recibidos durante la hospitalización.

HONORARIOS DEL ANESTESIOLOGO: Son los cargos de la administración de anestesia durante un procedimiento quirúrgico o los servicios requeridos para el control del dolor.

HONORARIOS DEL CIRUJANO Y DEL MÉDICO ASISTENTE: Son los cargos del Médico Cirujano y del Médico que asiste al cirujano principal para efectuar un procedimiento quirúrgico complejo.

HONORARIOS DEL MEDICO PRINCIPAL: Son los cargos del Médico tratante para efectuar un servicio médico.

HORA OFICIAL / HORA CONTRACTUAL: Hora del día en la cual inicia y expira la Vigencia de la Póliza según se muestra en las Condiciones Particulares.

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.

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

HOSPITALIZACIÓN: Es el ingreso de un paciente ordenado por un médico a una habitación de un Hospital para fines diagnósticos y /o terapéuticos durante al menos una noche.

INTERÉS ASEGURABLE: Es el objeto del Contrato de Seguro y constituye la relación económica, amenazada en su integridad por uno o varios riesgos, en que una persona se halla consigo misma o con otra persona, o derechos tomados en sentido general o particular.

INTERMEDIARIO DE SEGUROS: Son los agentes de seguros, las sociedades agencias de seguros (en adelante “Agente de Seguros”); las sociedades corredoras o productoras de seguros, los corredores o productores de seguros (en adelante “Corredor de Seguros”), y las Empresas del Canal Alternativo de Comercialización. Es el mediador en la contratación del seguro entre el Contratante o Asegurado y la Compañía. El Corredor de Seguros es el representante del Contratante en la celebración del Contrato de Seguros (ver Cláusula IV - Disposiciones Generales - “INTERMEDIARIOS DE SEGUROS - EFECTOS Y RESPONSABILIDADES”).

LESIÓN: Daño infringido al cuerpo humano por una causa externa.

LÍMITE DE RESPONSABILIDAD: Es la cantidad máxima que pagará la Compañía en concepto de una Cobertura o Beneficio particular según se muestra en las Condiciones Particulares; sin embargo, el Sublímite de Responsabilidad no incrementará el Beneficio Máximo Anual. Cualquier Límite de Responsabilidad que no se encuentre definido dentro de alguna Cobertura o Beneficio se entenderá como un Límite de Responsabilidad dentro de la Cobertura Básica.

MALFORMACIONES O DEFECTOS AL NACIMIENTO: Son los desórdenes o malformaciones adquiridas o desarrolladas durante el proceso de nacimiento y que son conocidos en ese momento.

MÉDICAMENTE NECESARIO: Servicios o suministros ordenados y proporcionados por un hospital, un médico u otro proveedor que la Compañía acepte:

1. Que sean apropiados al diagnóstico, al tratamiento de la enfermedad o accidente del Asegurado Principal o Familiar Asegurado;
2. 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;
3. 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.

MEDICAMENTOS: Fármaco, principio activo o conjunto de ellos, integrado en forma farmacéutica, utilizado en seres humanos con el fin de 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.

MÉDICOS: El término “Médico” significa la persona que ha obtenido un título universitario para ejercer la profesión en la República de Panamá y/o en el país donde se preste el servicio médico, 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 o la Autoridad Competente del país, 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.

PAÍS DE RESIDENCIA: Es el país donde el Asegurado está autorizado legalmente a residir, debiendo presentar a la Compañía los documentos que lo acrediten como residente legal del país.

PASATIEMPOS RIESGOSOS Y DEPORTE PELIGROSO AFICIONADO: Actividades que aumentan el riesgo de muerte, de enfermedad o lesión de las personas que las practican.

PERÍODO DE ESPERA: Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua de la Póliza para cada Asegurado, para que se puedan cubrir las enfermedades.

PERIODO DE COBERTURA: El seguro sólo cubrirá reclamos por servicios prestados y gastos incurridos dentro de la Vigencia de la Póliza. El aviso de siniestro siempre debe ser presentado conforme a la Cláusula IV – Disposiciones Generales – “AVISO DE SINIESTRO Y FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO” y siempre aplicará lo contenido en la Cláusula IV – Disposiciones Generales – “PLAZO DE PRESCRIPCIÓN”.

PERIODO DE GRACIA: Plazo durante el cual, aunque la Compañía no haya recibido el(los) pago(s) de la(s) prima(s) acordada(s), con excepción del primer pago o pago único convenido, surten efecto las coberturas de la Póliza en caso de siniestro. Tiene como justificación no sólo facilitar al Contratante el pago de las primas, sino, fundamentalmente, evitar las situaciones de injusticia que se producirían cuando un Contratante y/o Asegurado no hubiese podido cumplir con su obligación de pago de primas en la Dirección de la Compañía por causas imputables a retrasos o deficiencias administrativas de la Compañía o Intermediario de Seguros.

PREMATURIDAD: Prematuridad significa todo parto cuyo producto no ha completado un mínimo de treinta y siete (37) semanas de gestación.

PRIMA: Es el precio del seguro o contraprestación que el Contratante paga a la Compañía por la transferencia de los riesgos Objeto del Seguro.

PRIMA DEVENGADA: Porción de la prima que la Compañía tiene derecho a ganar durante la Vigencia de la Póliza.

PROPUESTO ASEGURADO: La persona que con diligencia completa una Solicitud de Seguro de Salud para obtener cobertura médica. Sin embargo, no tiene derecho a los beneficios de la Póliza hasta que sea incluido como Asegurado en la Póliza.

PÚBLICO CONSUMIDOR: Se refiere a personas naturales o jurídicas quienes se adhieren a los Contratos de Seguro con cláusulas redactadas por la Aseguradora, con lo cual se limitan a aceptar o rechazar el contrato en su integridad. Dentro del “Público Consumidor” no se incluyen a las personas que negocian el contenido y cláusulas del Contrato de Seguro.

RECEPTOR: Persona que recibe uno o más órganos, tejidos o células donados por un humano.

RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES: Incluye a Hospitales, Centros Diagnósticos, Instituciones para el Cuidado de la Salud, Médicos, Grupos de Médicos y Laboratorios los cuales han sido seleccionados por la Compañía para brindar las coberturas y servicios de este Contrato de Seguro.

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: La renovación contendrá los términos y condiciones que las partes acuerden para el nuevo período de vigencia. En la Cláusula IV – Disposiciones Generales – “RENOVACION” se expresa si el Contrato de Seguro corresponde a un caso de renovación, o si el Contrato de Seguro corresponde a un caso en donde la renovación no es una obligación contractual de la Compañía ni tampoco del Contratante o Asegurado.

REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES: Traslado de los restos mortales, físicos o cremados, de un Asegurado si éste falleciere fuera de su país de residencia y la causa de su muerte es debido a una condición cubierta por la Póliza.

RESPONSABLE DE PAGO: Lo es el Contratante o la persona natural o jurídica en la cual el Contratante ha delegado de forma contractual o administrativa la función de pagar las primas, sin que esto constituya un cambio en la obligación

contractual que tiene el Contratante de pagar las primas convenidas a la Compañía en la Dirección de ésta. Cualquier recibo de pago y/o devolución de prima será generada a favor de la persona que realizó dicho pago. El Responsable de Pago no es parte del Contrato de Seguro, ya que esta persona y la Compañía no mantienen obligaciones entre sí.

SECCIÓN(ES): Conjunto de Coberturas que son aplicables a una persona dentro de un mismo Beneficio Máximo Anual.

SINIESTRO: Constituye una lesión, enfermedad o condición médica amparada bajo alguna de las Coberturas de la Póliza.

SOLICITUD DE SEGURO / SOLICITUD DE CONTRATO DE SEGURO: Formulario o Cuestionario que recoge Declaraciones del Contratante y/o Asegurado que contiene información mínima para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la Póliza o Cobertura. La Solicitud de Seguro no limita la responsabilidad del Contratante o Asegurado de declarar cualquier lesión, enfermedad, padecimiento o incapacidad que sean de su conocimiento y que no sean expresamente solicitados en el Formulario o Cuestionario.

SUBROGACIÓN: Son (i) los derechos que corresponden al Asegurado afectado contra los autores responsables del siniestro que, en razón del siniestro, se transfieren a la Compañía hasta el monto de la indemnización pagada; y (ii) los derechos que corresponden a la Compañía con motivo de recuperar de cualesquiera fuente, los pagos hechos basándonos en la Póliza de Salud por lesiones recibidas por el Asegurado Principal o Dependiente / Familiar Asegurado ya sea 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.

SUSPENSIÓN DE COBERTURA: Plazo posterior al Período de Gracia que se produce cuando el Contratante incumple con el pago de las primas según se detalla en la Cláusula IV – Disposiciones Generales – “ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS Y EFECTOS DEL PAGO DE LA PRIMA”. **La Compañía tendrá derecho a declinar cualquier indemnización sobre servicios prestados y gastos incurridos durante el periodo de Suspensión de Cobertura.**

TERRORISMO: Se entenderá terrorismo como todo acto, incluyendo pero no limitado al empleo de fuerza o violencia y/o intento de ello, de cualquier persona o grupo(s) de personas, si actúa sola o de parte de o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), comprometido para propósitos políticos, religiosos, ideológicos, o similares propósitos, incluyendo la intención de influir en cualquier gobierno y/o poner al público, o cualquier sector del público, bajo temor (NMA 2921).

TRASPLANTE DE ÓRGANOS: Procedimiento en el que un órgano, tejido o las células de un donante humano son implantados en un receptor humano. En el caso de los auto trasplantes, el mismo individuo funciona como donante y como receptor.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: Área del hospital designada y autorizada por las autoridades competentes para atender pacientes en estado crítico, la cual cuenta con equipo permanente y los suministros necesarios para el cuidado y tratamiento de estos pacientes.

VARIABLES FINANCIERAS: Son aquellos componentes o características de la Póliza que podrán cambiarse o modificarse a la Renovación de la Póliza tales como Prima, Deducible Año Póliza Local, Deducible Año Póliza Extranjero, Porcentaje de Coaseguro, Co-Pago, Porcentaje de Participación por Proveedor Participante o No Participante, Desembolso Máximo Año Póliza Local, Desembolso Máximo Año Póliza Extranjero, Límite de Responsabilidad de los Beneficios, Coberturas, Servicios, Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados de los servicios de la Póliza.

VENCIMIENTO: Es la fecha en que se da por terminado el Contrato de Seguro.

VIAJE DE RECREO: El principal objetivo del viaje o traslado es de vacaciones, placer o diversión.

VIAJE DE NEGOCIO: El principal objetivo del viaje o traslado es para atender un asunto relacionado al trabajo u ocupación actual. El traslado de la residencia a su lugar de trabajo no se considera un viaje de negocios.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Es el período durante el cual la Compañía se compromete, mediante el pago de una prima, a cubrir un bien o una persona según se detalla en las Condiciones Particulares.

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) / SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA): El Sida consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos.

CONDICIONES ESPECIALES

El término ilimitado "Asegurado" incluye al Asegurado Principal, Cónyuge o en su defecto, la persona que, viviendo en calidad de compañera permanente del Asegurado Principal y, los hijos elegibles.

ASEGURADO PRINCIPAL: Es la persona natural en cuya cabeza recae el seguro y quien aparece como Asegurado en las Condiciones Particulares de esta póliza y el cual deberá cumplir con la edad límite estipulada en la Cláusula IV – Disposiciones Generales – "ELEGIBILIDAD". Una vez emitida la Póliza, no existe límite de edad para continuar como Asegurado Principal, salvo lo dispuesto en la Cláusula IV – Disposiciones Generales - "RENOVACION".

ASEGURADO DEPENDIENTE / FAMILIAR ASEGURADO: Persona(s) registrada(s) como tal(es) en las Condiciones Particulares de la Póliza. Se consideran como Asegurados Dependientes / Familiares Asegurados elegibles:

1. El Cónyuge o, en su defecto, la persona que, viviendo en calidad de compañera permanente del Asegurado Principal; y el cual deberá cumplir con la edad límite estipulada en la Cláusula IV – Disposiciones Generales – "ELEGIBILIDAD";
2. Los hijos mayores de nueve (9) días nacidos de un embarazo cubierto siempre que residan en la República de Panamá.

Se consideran hijos dependientes del Asegurado Principal aquellos donde el Asegurado Principal ha sido designado como Tutor Legal o sobre los cuales tiene la patria potestad.

CLAUSULA II – OBJETO, COBERTURAS Y EXCLUSIONES

SECCION UNICA – GASTOS DE HOSPITAL, URGENCIAS Y GASTOS MEDICOS MAYORES

OBJETO DEL SEGURO DE LA SECCION UNICA

El Seguro de Salud corresponde al Ramo de Personas bajo la categoría de Salud, y es un producto que cubre Gasto de Hospitalización, Urgencias y Gastos Médicos Mayores como resultado de una condición médica, enfermedad o lesión. El Periodo de Cobertura corresponde a servicios prestados y gastos incurridos durante la Vigencia de la Póliza y presentados conforme a la Cláusula IV – Disposiciones Generales – "AVISO DE SINIESTRO Y FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO" y es un Contrato de Adhesión.

BASES DE ASEGURAMIENTO

Para efectos del presente Contrato de Seguro, los servicios cubiertos serán detallados para cada cobertura y serán los contratados por el Contratante y/o Asegurado, los cuales serán indicados en las Condiciones Particulares.

La responsabilidad de la Compañía en ningún Año Póliza será superior al Beneficio Máximo Anual y/o Límites de Responsabilidad de la Póliza.

BASES DE INDEMNIZACIÓN

La Compañía en ningún momento será responsable por una suma superior a los indicados por los servicios cubiertos. El pago se realizará de acuerdo a lo contenido en la Cláusula IV - Disposiciones Generales - "AJUSTE Y LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS" para servicios prestados y gastos que hayan incurrido dentro de la Vigencia de la Póliza.

COBERTURA(S) BASICA(S)

En consideración del pago de la prima estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Contratante y la Compañía con la celebración del presente Contrato de Seguro, se adquiere(n) la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Básica(s) y Beneficio(s) según se detalla(n) en las Condiciones Particulares y Tabla de Resumen de Beneficios:

A. COBERTURA DE HOSPITAL

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 Año Póliza.
En los Hospitales No Participantes.....	70%	de los gastos elegibles luego de haberse aplicado el Deducible Año Póliza.

Los gastos cubiertos en la Cobertura de Hospital, serán cubiertos al ochenta y cinco por ciento (85%) luego que la Compañía aplique el Deducible Año Póliza Local y/o Extranjero indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Los gastos cubiertos son los siguientes:

- Costo de habitación de Hospital o Clínica privada o semi-privada (no una suite) 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 del Cirujano Principal, Asistente y del Anestesiólogo.
- Honorarios por consultas y tratamientos médicos efectuados en el Hospital.
- Anatomía Patológica (todo órgano o tejido extirpado, para ser cubierto, requerirá estudio histopatológico y resultado de dicho estudio).
- Medicamentos por prescripción facultativa. Serán cubiertos si son indicados por un Médico para tratar una condición cubierta por la Póliza.
- Tratamientos especiales tales como Quimioterapia, Radioterapia y tratamientos por insuficiencia renal (Diálisis), siempre que sea por una indicación médica.
- Tratamientos de Terapia respiratoria y fisioterapia.
- Prótesis, equipos y aparatos especiales que se requieran por indicación médica.

La efectividad del medicamento recetado para tratar una condición determinada debe haber sido probada científicamente y aprobada por la Oficina de Farmacia y Drogas del Ministerio de Salud de Panamá, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA), por las Agencias Reguladoras de Medicamentos y Productos de Salud Europeas y/o de otros países.

B. COBERTURA DE URGENCIA

Las atenciones en una Sala de Urgencias dentro y fuera de la República de Panamá se cubrirán así:

- a) **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. El excedente de este máximo será indemnizado al ochenta y cinco por ciento (85%) de los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados, después de aplicado el Deducible Año Póliza Local que establece esta Póliza.
- b) **URGENCIA POR ENFERMEDAD:** Los costos del Cuarto de Urgencia por enfermedades detalladas 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 Año Póliza Local que establece esta Póliza.

Se consideran como Urgencias por Enfermedad, las siguientes condiciones detalladas a continuación:

1. Cuadros clínicos severos que afecten los sistemas respiratorio, circulatorio, urológico o gastrointestinal;
2. Convulsiones;
3. Deshidratación moderada a severa;
4. Hemorragias;

5. Reacciones alérgicas agudas;
6. Intoxicación severa.
7. Enfermedad vascular cerebral;
8. Asma en crisis
9. Cefaleas intensas
10. Crisis y/o emergencias hipertensivas
11. Choque (shock) o estado de coma de cualquier clase excepto por alcohol o drogas ilícitas
12. Dolor abdominal (incluye cólico renal, biliar)
13. Embolismo pulmonar, Trombosis venosa profunda
14. Síndrome Coronario agudo (angina de pecho, infarto agudo del miocardio).
15. Gastroenteritis aguda severa.
16. Hemorragia (digestiva, urinaria, pulmonar, otorrinolaringológica)
17. Insuficiencia respiratoria.
18. Neumonía, neumotórax. Otagia severa.
19. Pérdida de conocimiento
20. Retención aguda de orina.

Cualquiera otra atención médica diferente a las mencionadas anteriormente, será considerada como una consulta médica y gastos ambulatorios.

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 y gastos ambulatorios.

C. ASISTENCIA MEDICA POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE DURANTE VIAJE DE RECREO O NEGOCIO

Si el Asegurado Principal o el Familiar Asegurado se encuentra realizando un viaje de recreo o de negocio y sufre un accidente o una enfermedad súbita y aguda, se cubrirán las atenciones médicas y gastos intra-hospitalarios al ochenta y cinco por ciento (85%) en base a los costos a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados, hasta un máximo de **CINCUENTA MIL BALBOAS (B/.50,000.00)** por accidente o enfermedad para estabilizar la condición crítica del Asegurado.

Se considerará una condición pre-existente, aquella enfermedad o lesión que se originó antes del viaje y cuyas causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de un tratamiento médico se manifiesten durante éste.

No se aplicará el Deducible Año Póliza en el Extranjero en esta Cobertura hasta el máximo establecido.

Se consideran como enfermedades detalladas a ser amparadas bajo esta Cobertura a continuación:

1. Cuadros clínicos severos que afecten los sistemas respiratorio, circulatorio, urológico o gastrointestinal;
2. Convulsiones;
3. Deshidratación moderada a severa;
4. Hemorragias;
5. Reacciones alérgicas agudas; o
6. Intoxicación severa;
7. Enfermedad vascular cerebral;
8. Asma en crisis;
9. Cefaleas intensas;
10. Crisis y/o emergencias hipertensivas;
11. Choque (shock) o estado de coma de cualquier clase excepto por alcohol o drogas ilícitas;
12. Dolor abdominal (incluye cólico renal, biliar);
13. Embolismo pulmonar, Trombosis venosa profunda;
14. Síndrome Coronario agudo (angina de pecho, infarto agudo del miocardio);
15. Gastroenteritis aguda severa;
16. Hemorragia (digestiva, urinaria, pulmonar, otorrinolaringológica);
17. Insuficiencia respiratoria;
18. Neumonía, neumotórax. Otagia severa;
19. Pérdida de conocimiento;
20. Retención aguda de orina.

D. TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

Al igual que los gastos cubiertos en la Cobertura de Hospital, los Tratamientos Ambulatorios, serán cubiertos al ochenta y cinco por ciento (85%) luego que la Compañía aplique el Deducible Año Póliza Local y / o Extranjero indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, hasta el límite del Beneficio Máximo Anual establecido por Asegurado.

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%).

- Honorarios del Cirujano Principal, Asistencia y del Anestesiólogo.
- Honorarios por consultas y tratamientos médicos, ya sean efectuados en el Hospital o el consultorio;
- Análisis de laboratorios, rayos X y estudios especiales requeridos con fines de diagnóstico.
- Anatomía Patológica (todo órgano o tejido extirpado, para ser cubierto, requerirá estudio histopatológico y resultado de dicho estudio).
- Los medicamentos serán cubiertos si son indicados por un Médico para tratar una condición cubierta por la Póliza. La efectividad del medicamento recetado para tratar una condición determinada debe haber sido probada científicamente y aprobada por la Oficina de Farmacia y Drogas del Ministerio de Salud de Panamá, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA) y por las Agencias Reguladoras de Medicamentos y Productos de Salud Europeas
- Tratamientos especiales tales como Quimioterapia, Radioterapia y tratamientos por insuficiencia renal (Diálisis).
- Pruebas de sensibilidad de alergias y sus tratamientos de inmunización.
- Servicio de Ambulancia Terrestre y/o Aérea local.
- Tratamientos de Terapia respiratoria y fisioterapia.
- Prótesis, equipos y aparatos especiales que se requieran por prescripción médica, para el uso del Asegurado Principal o del Familiar Asegurado (la compra o alquiler del mismo será cubierto por la Compañía en base a su justificación). Dichos equipos deberán ser justificados por el médico tratante por escrito separado a la receta.
- Tratamientos por trastornos nerviosos o mentales. La Compañía cubrirá los servicios prestados y gastos incurridos por esta condición al cincuenta por ciento (50%), después del Deducible Año Póliza, de los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados incurridos, hasta un máximo de **CINCO MIL BALBOAS (B/.5,000.00)** por Año Póliza y **CINCUENTA MIL BALBOAS (B/.50,000.00)** vitalicio. Este beneficio se ofrecerá únicamente por tratamientos ambulatorios.

E. AMBULANCIA (AÉREA O TERRESTRE) EN EL EXTRANJERO

Se pagará el ochenta y cinco por ciento (85%) hasta un máximo de **VEINTICINCO MIL BALBOAS (B/.25,000.00)** contra reembolso y no aplica Deducible Año Póliza en el Extranjero, por el traslado aéreo o terrestre de emergencia en el extranjero cuando:

- El diagnóstico del Asegurado esté relacionado con una condición cubierta por esta Póliza.
- Las necesidades técnico científicas y complejidad del tratamiento requerido exceden la capacidad técnico científica del sitio donde se encuentre el Asegurado en el momento que se requiera el beneficio.
- El transporte por cualquier otro medio puede poner en riesgo la vida o la integridad física del Asegurado.
- El transporte lo presta una entidad autorizada por la Autoridad Competente para dicho propósito a través de una unidad móvil que cuente con equipo médico de primeros auxilios, material biomédico, fármacos y tripulación conformada por especialistas en la atención de emergencias médicas.
- El Asegurado es transportado a la instalación médica más cercana donde se pueda proporcionar el tratamiento adecuado para su condición médica.

Toda transportación vía ambulancia aérea debe ser aprobada con anterioridad por la Compañía. Cuando un Asegurado ha sido originalmente transportado fuera de su país de residencia por medio de una ambulancia aérea pagada por la Compañía, esta última, a su juicio, y sólo cuando sea médicamente necesario, podrá aprobar el retorno del Asegurado a su país de residencia vía ambulancia aérea.

El Asegurado o familiar Asegurado, Contratante, o su representante deberán escoger el proveedor de servicios médicos que brinde el servicio de traslado por vía ambulancia aérea o terrestre, previa autorización de la Compañía. La responsabilidad de la Compañía quedara limitada al pago del costo del servicio prestado hasta el máximo establecido de VEINTICINCO MIL BALBOAS (B/.25,000.00) y no a la calidad o disponibilidad del servicio prestado.

La Compañía no pagará indemnizaciones por Ambulancia (aérea o terrestre) cuando el Servicio no haya sido previamente autorizado por ésta.

La Compañía no es responsable por complicaciones que resulten de la negligencia de los proveedores de servicios de transporte o afiliados, incluyendo retrasos o restricciones de vuelo.

F. TRASPLANTES

Los Trasplantes serán cubiertos al ochenta y cinco por ciento (85%) luego que la Compañía aplique el Deducible Año Póliza Local y / o Extranjero indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, hasta el límite del Beneficio Máximo Vitalicio por Asegurado establecido en esta Cobertura.

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%).

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 Homocigote (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.

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.

Los trasplantes de órganos se cubrirán únicamente cuando sean prestados en instalaciones dentro de la Red de Trasplantes de la Compañía. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía, quien puede solicitar una segunda opinión médica, una vez que un médico ha determinado y documentado la necesidad de trasplantar un órgano o tejido humano.

La cobertura para trasplantes de cualquier tipo (órganos o médula ósea) queda limitada a dos (2) trasplantes de por vida y hasta un máximo acumulado de por vida de los servicios prestados y gastos incurridos de SETECIENTOS CINCUENTA MIL BALBOAS (B/.750,000.00), mientras la Póliza se encuentre vigente.

G. COBERTURA DE MATERNIDAD

Se reconoce la Maternidad como cualquier otra enfermedad y se cubrirá al ochenta y cinco por ciento (85%) después del Deducible Año Póliza Local y/o Extranjero de esta Póliza.

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%).

Solamente tendrá derecho al beneficio de maternidad la Asegurada Principal, Cónyuge o, en su defecto, la persona que, vive en calidad de compañera permanente del Asegurado Principal 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 Externos:** Se cubrirán al ochenta y cinco por ciento (85%), después del Deducible Año Póliza de esta Póliza, todos los gastos prenatales incurridos a consecuencia del embarazo, siempre y cuando dichos gastos sean médicamente necesarios.
- b) **Gastos Prenatales - Paciente Interna:** Aquellas complicaciones del embarazo que requieran tratamiento médico en el hospital, tales como Amenaza de Aborto, Hiperemesis Gravidica o Amenaza de Parto Prematuro, estarán cubiertos así:
 - Gastos elegibles de hospital al ochenta y cinco por ciento (85%) después del Deducible Año Póliza
 - Honorarios del Ginecólogo-Obstetra al ochenta y cinco por ciento (85%) después del Deducible Año Póliza
- c) **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%), después del Deducible Año Póliza, 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 Año Póliza, correspondientes al Ginecólogo-Obstetra, Asistente y al Anestesiólogo. Estos honorarios se basarán en las tarifas establecidas para estos servicios en la Tabla de Honorarios Máximos de la Compañía.
- d) **Gastos del Recién Nacido:** Siempre y cuando esta Póliza esté en vigor y la madre esté amparada por el Beneficio de Maternidad, los hijos que le nazcan estarán cubiertos durante los primeros nueve (9) días de nacido así:
 - o Gastos elegibles del Hospital al ochenta y cinco por ciento (85%) hasta un máximo de **CINCO MIL BALBOAS (B/5,000.00)**.
 - o Honorarios Médicos al ochenta y cinco por ciento (85%), hasta un máximo de **TRES MIL BALBOAS (B/3,000.00)**.

H. COBERTURA DENTAL

Solo se cubrirán los tratamientos dentales, curas u operaciones odontológicas, que 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 requiere la siguiente información:

- 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 cuarenta y ocho (48) 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 cubrirán los servicios prestados o gastos incurridos en 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 pñnticos 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 Año Póliza Local y/o Extranjero correspondiente.

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

I. COBERTURA DE GASTOS DE REPATRIACIÓN

Si el Asegurado Principal o Familiar Asegurado fallece fuera de su país de residencia y la causa de muerte es debido a una condición cubierta por la Póliza, la Compañía reembolsará los servicios prestados y gastos incurridos en el **trámite, certificaciones y traslado** del Asegurado fallecido a la República de Panamá ya sea de los restos mortales o de sus restos mortales cremados, de acuerdo a lo que requieran las Autoridades Competentes. **Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.**

La cobertura otorgada comprende los gastos de traslado desde cualquier lugar del mundo hasta el lugar del sepelio en la República de Panamá.

El pago correspondiente se hará a aquel que presente primero a la Compañía el certificado médico de defunción y los comprobantes de los gastos de repatriación incurridos por el fallecimiento del Asegurado.

La suma máxima a indemnizar en concepto de esta cobertura será de DIEZ MIL BALBOAS (B/.10,000.00) al 100%. La cobertura aplica contra reembolso y no aplica Deducible Año Póliza Local y/o Extranjero.

J. COBERTURA DE GASTOS DEL ACOMPAÑANTE

En caso de que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado se encuentre hospitalizado fuera de la República de Panamá o haya fallecido, se cubrirán los gastos en que incurra un acompañante en concepto de transporte aéreo y/o gastos de hospedaje hasta un máximo **de QUINIENTOS BALBOAS (B/.500.00) al 100%. La cobertura aplica contra reembolso y no aplica Deducible Año Póliza en el Extranjero.**

K. TABLA DE RESUMEN DE BENEFICIOS

La Tabla de Resumen de Beneficios forma parte de las Condiciones Particulares de la Póliza y la misma podrá ser modificada a la renovación de la Póliza por la Compañía dentro de los parámetros aprobados por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

Todos los Beneficios son por Asegurado, por Año Póliza y están sujetos a la aplicación del Deducible Año Póliza Local y/o Extranjero y Desembolso Máximo Local y/o Extranjero hasta el Beneficio Máximo Anual de la Póliza, a menos que existan Condiciones Especiales que modifiquen lo anterior.

Los Beneficios están limitados a los Gastos Médicos Cubiertos en esta Póliza y corresponden a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados.

Todos los beneficios están indicados en BALBOAS (B/).

TABLA DE RESUMEN DE BENEFICIOS

Coberturas / Beneficios	Límite de Responsabilidad
COBERTURA	Mundial con libre elección de Hospitales y Médicos en cualquier parte del mundo
Hospitales Participantes	85%
Hospitales No Participantes	70%
HABITACION PRIVADA Y SEMI- PRIVADA	Después del Deducible Año Póliza al 85%
CUIDADOS INTENSIVOS	Después del Deducible Año Póliza al 85%
CIRUGIA (INCLUYENDO CIRUGIA AMBULATORIA)	Después del Deducible Año Póliza al 85%
HONORARIOS DE CIRUGIAS Y ANESTESISTA	Después del Deducible Año Póliza al 85%
EXAMENES DE DIAGNOSTICO	Después del Deducible Año Póliza al 85%
TRATAMIENTOS DE CANCER	Después del Deducible Año Póliza al 85%
COBERTURA DE URGENCIA	URGENCIA POR ACCIDENTE: QUINIENOS BALBOAS (B/.500.00) al 100% por atención, excedente al 85% después del Deducible Año Póliza URGENCIA POR ENFERMEDAD: al 100%. HONORARIOS MÉDICOS: después del Deducible Año Póliza al 85%
ASISTENCIA MEDICA POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE DURANTE VIAJE DE RECREO O NEGOCIO	Hasta CINCUENTA MIL BALBOAS (B/.50,000.00) por accidente o enfermedad
TRATAMIENTOS AMBULATORIOS	Después del Deducible Año Póliza al 85%
TERAPIA FISICA AMBULATORIA, REHABILITACION	Después del Deducible Año Póliza al 85%
VISITAS A MEDICOS Y ESPECIALISTAS	Después del Deducible Año Póliza al 85%
MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA	Después del Deducible Año Póliza al 85%
TRATAMIENTO DE ALERGIAS	Después del Deducible Año Póliza al 85%
AMBULANCIA TERRESTRE EN LA REPUBLICA DE PANAMÁ	Después del Deducible Año Póliza al 85%
AMBULANCIA (AÉREA O TERRESTRE) EN EL EXTRANJERO	Hasta VEINTICINCO MIL BALBOAS (B/.25,000.00) contra reembolso y no aplica Deducible Año Póliza en el Extranjero
TRASPLANTES	Hasta SETECIENTOS CINCUENTA MIL BALBOAS (B/.750,000.00), máximo dos (2) trasplantes de por vida
COBERTURA DE MATERNIDAD Gastos Prenatales Externos, Gastos Prenatales - Paciente Interna, Alumbramiento	Después del Deducible Año Póliza al 85%
Gastos del Recién Nacido	Gastos elegibles del Hospital al ochenta y cinco por ciento (85%) hasta un máximo de CINCO MIL BALBOAS (B/.5,000.00) . Honorarios Médicos al ochenta y cinco por ciento (85%), hasta un máximo de TRES MIL BALBOAS (B/.3,000.00) .
CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O MALFORMACIONES O DEFECTOS AL NACER	Hasta CINCUENTA MIL BALBOAS (B/.50,000.00) por año y DOSCIENTOS CINCUENTA MIL BALBOAS ((B/250,000.00) vitalicio.
COBERTURA DENTAL	Después del Deducible Año Póliza al 85%
VIH / SIDA	Hasta DIEZ MIL BALBOAS (B/.10,000.00) por año y CINCUENTA MIL BALBOAS (B/.25,000.00) de por vida. Periodo de Espera 60 meses
COBERTURA DE GASTOS DE REPATRIACIÓN A LA REPUBLICA DE PANAMA	Hasta DIEZ MIL BALBOAS (B/.10,000.00) al 100%. La cobertura aplica contra reembolso y no aplica Deducible Año Póliza Local y/o Extranjero.
COBERTURA DE GASTOS DEL ACOMPAÑANTE	Hasta QUINIENOS BALBOAS (B/.500.00) al 100% contra reembolso.

El Resumen de Beneficios muestra las Coberturas / Beneficios dentro de la Red de Proveedores Participantes de la Compañía. Cualquier servicio utilizado fuera de la Red de Proveedores Participantes se indemnizará al 70% después del Deducible Año Póliza aplicable. El Beneficio Máximo Anual será indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza. La Elegibilidad es hasta edad 62 años.

CLAUSULA III – EXCLUSIONES GENERALES

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. Algún tratamiento, servicio o suministro que no esté especificado dentro de los beneficios de la Póliza, aún y

cuando haya sido recibido por el Asegurado.

2. Procedimientos que no sean médicamente necesarios para el tratamiento de una afección, tales como pero no limitados a: 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).
3. Prótesis, el uso de aparatos correctivos o instrumentos médicos que no sean médicamente necesarios.
4. Cualquier servicio prestado y gasto incurrido por el acompañante del Asegurado Principal durante la hospitalización del mismo en exceso de lo dispuesto bajo la "COBERTURA DE GASTOS DEL ACOMPAÑANTE".
5. Suplementos Alimenticios a menos que se requieran para darle sustento a un Asegurado que esté hospitalizado.
6. Regímenes de ejercicio y dietéticos, inyecciones, medicamentos, suplementos, cirugía o tratamientos relacionados con el control del peso del paciente, ya sea por obesidad, para aumentar apetito o por cualquier otro diagnóstico.
7. Tratamientos dentales, curas u operaciones odontológicas, que no sean a consecuencia de un accidente sufrido dentro de la Vigencia de la Póliza, salvo los cubiertos bajo la "COBERTURA DENTAL".
8. Cuidado de Enfermeras Especiales.
9. 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.
10. Controles periódicos o exámenes generales o rutinarios, vitaminas, minerales, vacunaciones, certificaciones médicas;
11. Exámenes de la vista y del oído, servicios optométricos, cirugía por refracción de la visión, la compra de lentes regulares, exámenes de la vista y del oído (Audiometría) y de aparatos para mejorar la audición, implantes cocleares, así como sus pruebas de ajuste.
12. 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.
13. 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;
14. Enfermedades o Accidentes que sufra el Asegurado estando bajo los efectos o la influencia producida por la ingestión de bebidas alcohólicas, tóxicos, drogas, narcóticos, estupefacientes o psicotrópicos. Igualmente estarán excluidas las enfermedades producidas por tratamientos contra el alcoholismo y otras toxicomanías, así como sus complicaciones y otros efectos secundarios.
15. Exámenes de diagnóstico y tratamientos por Síndrome de Fatiga Crónica a consecuencia del tabaquismo, alcoholismo, obesidad o a consecuencia de cualquiera enfermedad excluida en esta Póliza.
16. Hospitalización por trastornos mentales o por desórdenes nerviosos funcionales.
17. 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.

18. Enfermedades y defectos físicos congénitos en hijos nacidos de un embarazo no cubierto por la Póliza.
19. 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.
20. Abortos y legrados uterinos punibles.
21. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas por infertilidad, impotencia, frigidez o cambio de sexo; tratamientos por disfunción o insuficiencia sexual y sus consecuencias.
22. Tratamientos o cirugía por Gigantomastia o Ginecomastia.
23. 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.
24. 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 y no limitado a: alpinismo, paracaidismo, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, 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.
25. Lesiones durante el ascenso, vuelo o descenso de cualquier aeronave; excepto si se viaja como pasajero en rutas aéreas autorizadas, sin desempeñar deberes de tripulación o servicio durante el vuelo.
26. 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 y que no hayan sido aprobadas por la Oficina de Farmacia y Drogas del Ministerio de Salud de Panamá o quien haga sus veces, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA) o por las Agencias reguladoras en Europa en caso que el servicio sea prestado en Europa.
27. Enfermedades de transmisión sexual, salvo el HIV / SIDA si es adquirido por el Asegurado Principal o Familiar Asegurado después de estar asegurado por cinco (5) años bajo la misma Póliza, siempre y cuando no haya sido adquirido al utilizar cualquier tipo de droga intravenosa ilícita.
28. Cuando el Asegurado utilice drogas, medicamentos o tratamientos experimentales.
29. Tratamiento médico o quirúrgico contra la calvicie, 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.
30. Complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, tratamientos, intervenciones, lesiones o afecciones no amparadas bajo la presente Póliza, así como los servicios prestados y 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.
31. 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. Cualquier tipo de pieza para insertar en los zapatos y en ningún caso se cubrirán la renta o compra de zapatos y plantillas ortopédicas.
32. 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, excepto los cubiertos por accidente.
33. 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.
34. Trasplantes de órganos ni sus consecuencias, salvo aquellos procedimientos específicos establecidos en esta Póliza. En caso de que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado sea el receptor de un donante vivo, se

excluyen todos los gastos pre quirúrgicos y post quirúrgicos del donante ocasionados por dicha donación, así como cualquiera gratificación o remuneración que el donante reciba.

35. Se excluye cualquier gasto efectuado al participar el Asegurado Principal o Familiar Asegurado como donante.
36. Exámenes de diagnóstico y tratamientos relacionados a trastornos del sueño. Exámenes de diagnóstico y tratamientos por Síndrome de Fatiga Crónica a consecuencia del tabaquismo, alcoholismo, obesidad o a consecuencia de cualquiera enfermedad excluida en esta Póliza.
37. Terapias recreativas, terapias educacionales, terapias de psicomotricidad y terapias del lenguaje.
38. Tratamientos y estudios para diagnosticar y/o corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje, el lenguaje y trastornos por déficit de atención.
39. Cualquier servicio prestado y gasto incurrido fuera de la Vigencia de la Póliza.
40. Tratamientos naturistas, homeopáticos y vegetarianos, así como tratamientos médicos con base a hipnotismo y tratamientos experimentales con sustancias químicas para reducir o eliminar las placas artero escleróticas y/o controlar el exceso de lípidos en la sangre por quelaciones o tratamientos similares y/o cualquier otro tratamiento de medicina alternativa, no aprobado por la medicina tradicional.
41. Servicios médicos cuando el médico sea familiar directo (padres, hermanos, hijos, cónyuge) del Asegurado o el mismo Asegurado, hasta el segundo grado de consanguinidad.
42. Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentenas que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias o pandemias.
43. Cuidados de Maternidad o del Recién Nacido y sus complicaciones, que estén relacionados con un embarazo no cubierto por esta Póliza.
44. Cualquier embarazo y sus complicaciones que inicie durante el periodo de espera de 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.
45. Equipos y aparatos portátiles o para ser usados en el hogar, a menos que la Compañía los apruebe expresamente.
46. Costos relacionados con la preservación de médula ósea, criopreservación, células madres, sangre del cordón umbilical, o cualquier otro tejido o célula. Procedimientos y/o tratamientos relacionados con implantes artificiales u órganos procedentes de animales.
47. 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.
48. Cualquier monto en exceso de los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados.
49. Tratamientos experimentales o para investigación y que estén todavía en la fase investigativa, o experimentación en seres humanos, o en el proceso de ensayo clínico.
50. Gastos de cualquier tipo relacionados con enfermedades o tratamientos, medicamentos, hospitalización, servicios médicos, uso de equipo médico y/o tecnología médica, o procedimientos que no existían y/o se encontraban en fase experimental a la fecha en que el Modelo de Póliza fue autorizado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor según registro.
51. Cualquier servicio o suministro que no estuviere específicamente declarado como un beneficio bajo el presente contrato.
52. Las Condiciones Preexistentes no declaradas en la Solicitud de Seguro no estarán cubiertas en ningún momento. Adicionalmente, la Compañía se reserva el derecho de rescindir la Póliza de acuerdo a la Cláusula IV - Disposiciones Generales - "NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO".

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.
- ENFERMEDADES ANO RECTALES.
- CIRCUNCISIÓN PARA MAYORES DE DOS (2) AÑOS
- CIRUGÍA FUNCIONAL DE NARIZ.
- PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE COLUMNA VERTEBRAL.
- ENDOMETRIOSIS Y/O DOLOR PÉLVICO.
- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, ENDOSCÓPICO Y/O LITOTRIPSIA DE CÁLCULOS RENOURTERALES Y/O VESÍCULA VÍAS BILIARES
- HERNIOPLASTÍAS Y EVENTRACIONES CUALESQUIERA QUE SEA SU CAUSA (INCLUYENDO HERNIA HIATAL Y HERNIA DE DISCO INTERVERTEBRAL).
- CIRUGÍA DE PISO PERINEAL, ÚTERO U OVARIOS.
- PADECIMIENTOS PROSTÁTICOS
- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMORACIONES BENIGNAS MAMARIAS
- TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE VÁRICES.
- PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE VESÍCULA Y VÍAS BILIARES.
- LESIONES PIGMENTARIAS DE LA PIEL, CONOCIDAS COMO LUNARES O NEVUS.
- CATARATAS, GLAUCOMA O PTERIGION.
- LAS CONDICIONES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS EN LA SOLICITUD NO EXCLUIDOS PERMANENTEMENTE POR LA COMPAÑÍA POR 12 MESES

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.

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 dicha hospitalización. No se reconocerá ningún otro beneficio.

CLAUSULA IV - DISPOSICIONES GENERALES

1. PRELACIÓN ENTRE LAS DISTINTAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA

La interpretación de la Póliza de seguro respecto de su condicionado debe seguir el siguiente orden de prelación: Las Condiciones Particulares tendrán prelación sobre Condiciones Especiales; las Condiciones Especiales tendrán prelación sobre las Condiciones Generales; y las Condiciones Generales tendrán prelación sobre la Solicitud de Seguro.

2. PERIODO DE GRACIA

Se concede un período de gracia de treinta (30) días calendarios posteriores al Día de Cobro indicado en las Condiciones Particulares en que el Contratante debió realizar alguno de los pagos fraccionados subsiguientes que no sea la inicial. Durante este período de gracia, la Póliza permanecerá en vigor.

Dentro del Período de Gracia se incluye el plazo que tiene el Corredor de Seguros, si lo hubiere, para remesar las primas a la Compañía.

3. ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS Y EFECTOS DEL PAGO DE LA PRIMA

Sobre el pago de las primas se hace constar que el Contratante y la Compañía han acordado que el pago de la prima única convenida, el primer pago fraccionado, y/o los pagos fraccionados subsiguientes serán pagados en el Día de Cobro, Forma de Pago, y en los montos indicados en las Condiciones Particulares.

Las primas deberán ser pagadas en la Dirección de la Compañía. El hecho que la Compañía permita, en una o varias ocasiones, que el pago de las primas se realice en un sitio distinto a la Dirección de la Compañía, mediante descuento directo a "TCR" (Tarjeta de Crédito), "ACH" (Automated Clearing House), o cualquier Conducto de Pago indicado en las Condiciones Particulares, y/o a una persona distinta (Responsable de Pago o Corredor de Seguros), no constituye una modificación a la obligación de pago de las primas en la Dirección de la Compañía.

Cualquiera que sea la Forma de Pago, el Contratante deberá cumplir con el pago de la prima única convenida o el primer pago fraccionado, a la emisión o renovación de la Póliza. El incumplimiento del Contratante de dicha obligación conllevará la nulidad absoluta del contrato, sin necesidad de declaración judicial alguna, por lo que se entenderá que la Póliza nunca entró en vigencia.

Cuando el Contratante haya efectuado el pago de la prima única convenida o el primer pago fraccionado y se atrase por más del término del Período de Gracia en cualquiera de los pagos subsiguientes, conforme a la Forma de Pago establecida en las Condiciones Particulares, se entenderá que el Contratante ha incurrido en incumplimiento de pago, lo que tiene el efecto jurídico inmediato de suspender la cobertura de la Póliza, hasta por sesenta (60) días calendario. La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la prima e impuestos dejados de pagar durante dicho periodo; o hasta que la Póliza sea cancelada.

El aviso de cancelación de la Póliza por incumplimiento de pago de la prima deberá enviarse por escrito a la última dirección física, postal o electrónica, con una anticipación de quince (15) días hábiles, al Contratante a la última Dirección de éste indicada en las Condiciones Particulares. Copia del aviso de cancelación deberá ser enviada al Corredor de Seguros. Por tratarse de un seguro de salud, la Compañía no podrá cancelar el Contrato de Seguros hasta el vencimiento del periodo de suspensión de sesenta (60) días calendario.

Para efectos del pago de la prima; ya sea el pago de la prima única convenida, el primer pago fraccionado, o cualquiera de los pagos subsiguientes, cuando en las Condiciones Particulares se haya pactado algún Conducto de Pago que garantice el cobro de la prima por parte de la Compañía, tales como "TCR" (Tarjeta de Crédito) o "ACH" (Automated Clearing House), la Compañía considerará que el Contratante ha cumplido con la obligación del pago de la prima única convenida, el primer pago fraccionado o cualquiera de los pagos subsiguientes. **Sin embargo, cuando por cualquier causa la Compañía no pueda realizar los cargos automáticos correspondientes durante un período superior al Período de Gracia procederá la suspensión de cobertura según se indica en el párrafo anterior.**

Cuando el Contrato de Seguros se haya celebrado con la intermediación de un Agente de Seguros o una Empresa de Canal Alternativo de Comercialización, y así lo indiquen las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Seguro correspondiente, la Compañía tendrá la obligación de considerar los pagos realizados a éstas en su Dirección como pagados a la Compañía en su Dirección.

4. REHABILITACIÓN

Toda Póliza que tenga su cobertura suspendida por incumplimiento de pago se rehabilitará automáticamente, sin necesidad de completar la Solicitud de Rehabilitación, desde el momento en que la Compañía reciba el (los) pago(s) de prima(s) e impuesto(s) atrasados, siempre que la Compañía no haya enviado aviso de cancelación por causas distintas al incumplimiento de pago de prima. No obstante, la Compañía se reserva el derecho de declinar dicha Rehabilitación de la Póliza cuando dentro del periodo de suspensión de cobertura haya incurrido en gastos y servicios prestados o los riesgos asegurados en esta Póliza cambiaran o variaran de tal forma que corresponda la aplicación de lo contenido la Cláusula IV – Disposiciones Generales – "TERMINACION DEL CONTRATO" o "CAMBIOS O MODIFICACIONES".

Si la Compañía ha cancelado la Póliza debido al incumplimiento de pago de primas, una vez vencido el periodo de suspensión de sesenta (60) días, la Póliza podrá ser rehabilitada 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 del vencimiento del Periodo de Suspensión;
- c) La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar dicha Solicitud de Rehabilitación.

5. RENOVACIÓN

El presente Contrato de Seguro es de Vigencia Anual y corresponde a un caso de renovación; por tanto, la Compañía podrá emitir la renovación de la Póliza antes de haber recibido la prima correspondiente al nuevo periodo de cobertura, siempre que

hubiere recibido la totalidad de la prima correspondiente al periodo anterior. El Contratante, o su Corredor de Seguros, deberá recibir la renovación con un mínimo de treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha de inicio de vigencia. **En todo caso, la falta de pago de la prima o primera fracción de prima, según lo pactado en la Póliza, conlleva la nulidad absoluta del Contrato de Seguros desde el inicio del nuevo periodo de vigencia, sin necesidad de declaración judicial alguna.**

Durante la Vigencia de la Póliza, salvo en los casos de incremento de tarifas por cambio de rango de edad, la Compañía no podrá modificar los términos y condiciones del Contrato de Seguros en detrimento del Asegurado; sin embargo, a la renovación de la Póliza la Compañía podrá modificar las Variables Financieras con el objeto de no arriesgar la suficiencia del producto. La Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá podrá revisar en todo momento que dichas modificaciones no violen los principios de equidad, suficiencia y no sean injustamente discriminatorias. Sin perjuicio de lo anterior las modificaciones globales de las Variables Financieras en las Pólizas de salud individual deberán ser sustentadas ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su debida aprobación antes de ser implementados a los Asegurados.

Si durante la vigencia de la póliza se reduce la suma del Beneficio Máximo Anual, en la fecha de renovación se reinstalará el Beneficio Máximo Anual contratado sujeto a las estipulaciones de esta cláusula.

6. REDUCCIÓN AUTOMÁTICA DEL BENEFICIO MÁXIMO ANUAL

Todo pago efectuado por la Compañía reducirá el correspondiente Beneficio Máximo Anual, y Beneficio Máximo Vitalicio donde aplique, sin derecho a ninguna devolución de prima.

La responsabilidad de la Compañía en ningún Año Póliza será superior al Beneficio Máximo Anual y/o Límites de Responsabilidad de la Póliza.

7. DEDUCIBLE AÑO PÓLIZA

Es la cantidad predeterminada de dinero que asume el Asegurado por las prestaciones médicas y que debe cancelar directamente al proveedor médico ó que será reducida de la indemnización por la Compañía, en caso de reembolso. El Deducible está indicado en las Condiciones Particulares y su monto dependerá del lugar de la prestación del reclamo. Una vez acumulado el Deducible Año Póliza correspondiente, entonces se aplicarán las Coberturas y Servicios de la Póliza.

Esta Póliza establece dos (2) 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 la Cobertura de Hospital y Urgencia como en los Tratamientos Ambulatorios por concepto de servicios prestados **e incurridos en otros países, fuera de la República de Panamá** se indemnizarán luego de completado el Deducible Año Póliza establecido en las Condiciones Particulares.

Todos aquellos gastos médicos elegibles aplicables al Deducible Año Póliza, se recibirán para su debida tramitación, una vez sea completado el Deducible Año Póliza que establece esta Póliza y no antes.

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.

Los gastos no amparados no son acumulables al Deducible Año Póliza.

8. DESEMBOLSO MÁXIMO AÑO PÓLIZA

El porcentaje de coaseguro asumido por el Asegurado y / o Familiar Asegurado es acumulado hasta la cantidad máxima por año póliza indicada en las Condiciones Particulares, que como participación pagará cada Asegurado sobre el gasto total después de haber cubierto el Deducible Año Póliza:

Esta Póliza establece dos (2) Desembolsos Máximos Anuales año póliza distintos:

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

Los Desembolsos Máximos Anuales son acumulables por separado y no podrán ser catalogados como uno solo al momento de acumularse. El Desembolso Máximo Año Póliza se aplicará para cada Asegurado Principal y/o Familiar Asegurado.

Los gastos no amparados no son acumulables en el Desembolso Máximo Año Póliza.

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

9. PARTICIPACION DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y/O FAMILIAR ASEGURADO

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 en concepto de servicios prestados, no excederán de:

- a) El monto del Deducible Año Póliza Local señalado en las Condiciones Particulares;
- b) El monto del Deducible Año Póliza en el Extranjero señalado en las Condiciones Particulares;
- c) El monto del 15% (Hospital Participante) o del 30% (Hospital no Participante) en concepto de Coaseguro de las Coberturas de HOSPITALIZACIÓN, URGENCIA, ASISTENCIA MEDICA POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE DURANTE VIAJE DE RECREO O NEGOCIO, AMBULANCIA (AÉREA O TERRESTRE) EN EL EXTRANJERO, TRASPLANTES, MATERNIDAD, Y DENTAL señalado en las Condiciones Particulares hasta el Desembolso Máximo Año Póliza en el Local y en aquellos servicios que aplique;
- d) El monto del 15% (Hospital Participante) o del 30% (Hospital no Participante) en concepto de Coaseguro de las Coberturas de HOSPITALIZACIÓN, URGENCIA, ASISTENCIA MEDICA POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE DURANTE VIAJE DE RECREO O NEGOCIO, AMBULANCIA (AÉREA O TERRESTRE) EN EL EXTRANJERO, TRASPLANTES, MATERNIDAD, Y DENTAL señalado en las Condiciones Particulares hasta el Desembolso Máximo Año Póliza en el Extranjero y en aquellos servicios que aplique;

La Compañía asumirá el pago del cien por ciento (100%) de todos los gastos adicionales incurridos en concepto de servicios prestados durante el resto de ese año Póliza, que excedan la cantidad indicada de Desembolso Máximo Local y Extranjero en las Condiciones Particulares.

10. BENEFICIO MÁXIMO ANUAL

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, **hasta la suma máxima anual indicada en las Condiciones Particulares por Asegurado Principal o Familiar Asegurado.**

11. LIMITES DE RESPONSABILIDAD

La Compañía reconocerá todos los gastos médicos expresamente cubiertos de acuerdo a los siguientes límites de Responsabilidad según las Condiciones Generales y Particulares establecidas en esta Póliza:

BENEFICIO MÁXIMO VITALICIO VIH / SIDA: Se cubrirán los 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 **hasta la suma máxima de DIEZ MIL BALBOAS (B/.10,000.00) por año y CINCUENTA MIL BALBOAS (B/.50,000.00) de por vida.**

BENEFICIO MÁXIMO DE TRASPLANTE: La cobertura para trasplantes de cualquier tipo (órganos o médula ósea) queda limitada a dos (2) trasplantes de por vida y **hasta un máximo acumulado incurrido de por vida de servicios prestados de SETECIENTOS CINCUENTA MIL BALBOAS (B/.750,000.00)**, mientras la Póliza se encuentre vigente.

BENEFICIO DE TRATAMIENTOS POR TRASTORNOS NERVIOSOS O MENTALES: La Compañía cubrirá los servicios prestados y los gastos incurridos por esta condición, diagnosticado por un médico psiquiatra, al cincuenta por ciento (50%), después del Deducible Año Póliza, de los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados incurridos, **hasta un máximo de CINCO MIL BALBOAS (B/5,000.00) por año póliza y CINCUENTA MIL BALBOAS (B/50,000.00) vitalicio. Este beneficio se ofrecerá únicamente por tratamientos ambulatorios.**

BENEFICIO MÁXIMO PARA ENFERMEDADES CONGENITAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS AL NACIMIENTO Y PARTO PREMATURO: La Compañía reconocerá en esta Póliza, con relación a tales enfermedades congénitas y/o prematuridad y/o malformaciones o defectos al nacimiento, al ochenta y cinco (85%) después del Deducible Año Póliza hasta **un máximo de CINCUENTA MIL BALBOAS (B/50,000.00) por año póliza y DOSCIENTOS CINCUENTA MIL BALBOAS (B/250,000.00) vitalicio un máximo acumulado de por vida de los servicios prestados y gastos incurridos.**

12. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN DEL FAMILIAR ASEGURADO

El Familiar Asegurado o Familiares Asegurados, pueden optar por el Privilegio de Conversión a otra Póliza de Seguro de Salud con iguales o inferiores beneficios, sin presentar pruebas de asegurabilidad, de acuerdo a lo siguiente:

- 1) Que la solicitud y el primer pago de la prima correspondiente a la conversión se haga dentro de un período no mayor de treinta (30) días después de terminada su cobertura bajo la Póliza;
- 2) Las Variables Financieras, con excepción de la Prima, deben ser similares a la Póliza anterior al momento de la conversión y el Beneficio Máximo Anual de la Póliza nueva debe ser igual al Beneficio Máximo Anual no consumido anterior al momento de la conversión;
- 3) Se mantendrán las mismas exclusiones temporales o permanentes provenientes de la Póliza anterior al momento de la conversión;
- 4) La prima a pagar será basada en la Prima aplicable a la clase de riesgo a la cual pertenezca el Asegurado y a la edad que tenga en la fecha efectiva de la Póliza nueva de seguro de salud individual;
- 5) La nueva Póliza tendrá como fecha de emisión la fecha de la conversión.

Se deberá completar la Solicitud de Póliza, y pagarse la prima única convenida o el primer pago fraccionado, a la emisión de la Póliza, antes de transcurridos treinta (30) días.

13. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN DE UNA POLIZA COLECTIVA A POLIZA INDIVIDUAL

Tanto el Asegurado Principal como Familiares Asegurados, siempre y cuando tengan sesenta y cinco (65) años o menos de edad cumplida, pueden optar por el Privilegio de Conversión de la Póliza de Seguro Colectiva del Asegurado Principal, a otra Póliza de Seguro de Salud Individual con iguales o inferiores beneficios, sin presentar pruebas de asegurabilidad.

- 1) El Asegurado debe tener cobertura bajo una Póliza de Seguro de Salud durante un periodo ininterrumpido de doce (12) meses antes de acogerse al Privilegio de Conversión;
- 2) Que la solicitud y el primer pago de la prima correspondiente a la conversión se haga dentro de un período no mayor de treinta (30) días después de terminada su cobertura bajo la Póliza;
- 3) Las Variables Financieras, con excepción de la Prima, deben ser similares a la Póliza anterior al momento de la conversión y el Beneficio Máximo Anual de la Póliza nueva debe ser igual al Beneficio Máximo Anual no consumido anterior al momento de la conversión;
- 4) Se mantendrán las mismas exclusiones temporales y/o permanentes provenientes de la Póliza Colectiva anterior al momento de la conversión;

- 5) La prima a pagar será basada en la Prima aplicable a la clase de riesgo a la cual pertenezca el asegurado y a la edad que tenga en la fecha efectiva de la Póliza nueva de seguro de salud individual;
- 6) La nueva Póliza tendrá como fecha de emisión la fecha de la conversión.

Se deberá completar la Solicitud de Póliza, y pagarse la prima única convenida o el primer pago fraccionado, a la emisión de la Póliza, antes de transcurridos treinta (30) días después de la salida o exclusión de la Póliza Colectiva.

14. PERIODO DE ESPERA

Existirá un periodo de espera de doce (12) meses para aquellas condiciones médicas y/o procedimientos quirúrgicos y/o rehabilitación declarados y no excluidos mediante un Endoso de Exclusión Permanente a partir de la contratación de la Póliza.

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.

También, existe un periodo de espera de doce (12) meses para aquellas condiciones y/o procedimientos quirúrgicos y/o rehabilitación según el listado indicado en la Cláusula III – Exclusiones Generales – “LIMITACIONES”.

PERIODO DE ESPERA PARA MATERNIDAD Y CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO: Existe un periodo de ciento ochenta (180) días para este amparo, contados desde la fecha efectiva de la cobertura de la Asegurada Principal o Cónyuge asegurada bajo esta Póliza.

PERIODO DE ESPERA POR VIH / SIDA: No se cubrirá VIH / SIDA durante un período de 60 meses, contados a partir del momento de la fecha efectiva inicial de la cobertura. Este período de espera nunca será exonerado.

15. CONDICIONES PREEXISTENTES

Se considera una enfermedad, embarazo, condición física o mental del Asegurado, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de la Póliza, que es conocida por el Asegurado, que ha sido diagnosticada por un médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por el Asegurado o por terceros.

Las Condiciones Preexistentes se clasifican de la siguiente manera:

- 1) **Condiciones Preexistentes declaradas en la Solicitud de Seguro y sin Exclusión Permanente:** Aquellas enfermedades y/o procedimientos quirúrgicos y/o rehabilitación declaradas en la Solicitud de Seguro y donde la Compañía de Seguros luego de la evaluación médica haya considerado que no generaron una exclusión permanente tendrán un periodo de espera de doce (12) meses y luego de transcurrido este periodo de espera tendrán cobertura.
- 2) **Condiciones Preexistentes declaradas en la Solicitud de Seguro y con Exclusión Permanente:** Aquellas enfermedades y/o procedimientos quirúrgicos y/o rehabilitación declaradas en la Solicitud de Seguro y donde la Compañía de Seguros luego de la evaluación médica haya considerado que generaron una exclusión permanente no tendrán cobertura durante la vigencia de la Póliza.
- 3) **Condiciones Preexistentes no declaradas en la Solicitud de Seguro:** Las Condiciones Preexistentes no declaradas en la Solicitud de Seguro no estarán cubiertas en ningún momento. Adicionalmente, la Compañía se reserva el derecho de rescindir la Póliza de acuerdo a la Cláusula IV - Disposiciones Generales - “NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO”.

16. CAMBIOS O MODIFICACIONES

Durante la Vigencia de la Póliza se podrán cambiar los términos y condiciones solamente mediante un Endoso debidamente aceptado y firmado por el Contratante y un representante autorizado de la Compañía.

La Compañía comunicará la modificación al Contratante, según lo contenido en la Cláusula IV - Disposiciones Generales - “NOTIFICACIONES”, y otorgará treinta (30) días calendario para que el Contratante manifieste si acepta o no las nuevas

condiciones. Si dicho plazo transcurriera sin que el Contratante se manifieste, se tendrán por aceptadas las nuevas condiciones desde la fecha de comunicación y se procederá al cobro del ajuste de prima que corresponda (si la hubiere) o se variarán los términos y condiciones para adecuarlos a la situación del riesgo vigente al momento de dichos cambios.

Cuando el Contratante acepte expresamente las nuevas condiciones, los cambios o modificaciones en el contrato se incorporarán y serán efectivos a partir del día en que se haya pagado la prima correspondiente (si la hubiere).

Si el Contratante no aceptara las nuevas condiciones en virtud de los cambios o variaciones en el riesgo procederá la Terminación del Contrato según la Cláusula IV - Disposiciones Generales - "TERMINACION DEL CONTRATO".

17. ELEGIBILIDAD

1) Elegibilidad del 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 y dos (62) 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 Cláusula II – Disposiciones Generales – "RENOVACION".

2) Elegibilidad del 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 sesenta y dos (62) años en la fecha de su inscripción en el Seguro.
- b) Los hijos mayores de nueve (9) días nacidos de un embarazo cubierto siempre que residan en la República de Panamá.

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.

NACIMIENTOS

Si la madre cumplió con el período de espera para la Cobertura 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 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.

MATRIMONIOS

El Asegurado Principal que contraiga matrimonio dentro de la Vigencia de la Póliza podrá solicitar la inclusión de su cónyuge, siempre y cuando éste sea elegible y mediante la Solicitud de Inclusión de Dependiente / Familiar Asegurado que provee la Compañía y los requisitos médicos correspondiente, dentro de los sesenta (60) días siguientes al acontecimiento o una vez transcurridos esos sesenta (60) días solo se podrá solicitar su inclusión a la renovación de la Póliza. La cobertura la confirmará la Compañía por escrito.

18. RETIRO E INCLUSIONES

El retiro de cualquier Dependiente / Familiar Asegurado de la Póliza será efectivo a partir del mes inmediatamente siguiente al aviso enviado a 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 a la Póliza.

La aceptación o rechazo de la inclusión de nuevos dependientes o cambios o modificaciones 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.

19. AVISO DEL SINIESTRO Y FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO

- a) Se requiere completar por el médico tratante el Formulario de Pre-autorización para las hospitalizaciones programadas, procedimientos quirúrgicos programados y/o tratamientos programados. Este Formulario deberá ser enviado a la Compañía para su aprobación e indicación del monto a reconocer en concepto de los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados de cuidado de salud prevalecientes en el lugar donde se realizará el servicio médico. Este Formulario de Pre-autorización debe ser entregado a la Compañía con cinco (5) días previos a recibir el servicio médico o tratamiento.
- b) En caso de hospitalizaciones no programadas, el Hospital deberá notificar a la Compañía en un periodo menor de veinticuatro (24) horas por medio del Formulario de Beneficios para Hospital.
- c) Si el Deducible indicado en las Condiciones Particulares es igual o inferior a **MIL BALBOAS (B/.1,000.00)** la Compañía no recibirá los reclamos para su trámite hasta tanto el Asegurado Principal o Familiar Asegurado complete su Deducible Año Póliza establecido en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Al momento de completar dicho Deducible Año Póliza se concede un plazo máximo de noventa (90) días después del último servicio prestado y gasto incurrido con el cual se completa o se excede el Deducible indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Este plazo también aplica para cualquier reclamación posterior.
- d) Si el Deducible indicado en las Condiciones Particulares es superior a **MIL BALBOAS (B/.1,000.00)** la Compañía no recibirá los reclamos para su trámite hasta tanto el Asegurado Principal o Familiar Asegurado complete la suma de **MIL BALBOAS (B/.1,000.00)**. Al momento de completar dicha suma de **MIL BALBOAS (B/.1,000.00)** se concede un plazo máximo de noventa (90) días después del último servicio prestado y gasto incurrido con el cual se completa o se excede la suma de **MIL BALBOAS (B/.1,000.00)**. Este plazo también aplica para cualquier reclamación posterior.
- e) El Asegurado facilitará toda información y documentación, si así lo exigiera la Compañía;

Si el Asegurado o Familiar Asegurado no cumple con estas obligaciones, o si el reclamo no es presentado dentro del plazo indicado, la Compañía tendrá derecho a declinar cualquier posible indemnización.

El Asegurado debe enviar a la Compañía la reclamación formal y deberá aportar la siguiente información:

- a. Ordenes, recetas médicas, recibos y/o facturas originales de todos los comprobantes de pago respectivos con su debido detalle de gastos, en caso de reembolso de estos gastos al Asegurado.
- b. Detalle de otros seguros que cubran el servicio prestado y gasto incurrido.
- c. Formulario de Reclamación de la Compañía debidamente firmada por el Asegurado Principal y por el médico tratante, debidamente completado y firmado.
- d. **Pruebas Adicionales solicitadas por la Compañía:** 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.
- e. **Documentación de 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; siempre y cuando la misma era médicamente necesaria y cubierta bajo las Condiciones Generales de la Póliza.

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

- f. **Procedimientos o Equipos Especiales:** El Asegurado Principal o Familiar Asegurado, antes de someterse a un examen de Resonancia Magnética o a cualquier otro procedimiento especial para diagnóstico o adquisición de equipos especiales que no sea de uso común tales como CATETERISMO CARDIACO, MIBI, TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA, AMNIOCENTESIS, PROTESIS, SILLA DE RUEDAS, 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 pre-autorización para tener cobertura de dichos exámenes.

La presentación de los documentos e intercambio de correspondencia entre el Asegurado y la Compañía no implica responsabilidad o aplicabilidad de cobertura bajo la Póliza, ya que los documentos son requeridos precisamente para evaluar la procedencia de la indemnización.

Si el Asegurado o Familiar Asegurado no cumple con estas obligaciones, o si el aviso de siniestro no es presentado dentro del plazo indicado, la Compañía tendrá derecho a declinar cualquier posible indemnización.

20. COLABORACIÓN DEL ASEGURADO

El Asegurado prestará toda la ayuda que esté a su alcance para facilitar la investigación y el ajuste de cualquier reclamación, obligándose a presentar para su examen todos los documentos, facturas y comprobantes que en cualquier forma estén relacionados con la reclamación presentada. La Compañía podrá requerir al Asegurado que colabore en todas las investigaciones y procesos, a través de cualquier documento, información o declaración que sean reconocidos en derecho como válidos.

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.

La falta de cumplimiento de estas obligaciones o negligencia de terceros en la salud y bienestar del Asegurado, o su resistencia al cumplimiento, relevará a la Compañía de la obligación de cubrir la indemnización correspondiente.

21. AJUSTE Y LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

- a) Toda reclamación ya ajustada, será pagada al Asegurado, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha en que:
- i. no exista ninguna acción judicial o investigación oficial con relación al siniestro ocurrido o a la responsabilidad del Asegurado sobre la ocurrencia del siniestro.
 - ii. la Compañía haya recibido de forma oportuna y aceptado las pruebas de interés y de pérdida en las oficinas de esta Compañía de acuerdo con la Cláusulas de "AVISO DE SINIESTRO Y FORMALIZACION DEL RECLAMO".
- b) La Compañía puede indemnizar de manera directa al Proveedor:
- 1) Se consideran servicios médicos a indemnizar de manera directa al Proveedor a las Hospitalizaciones, Cirugías Ambulatorias y/o tratamientos de quimioterapias, radioterapias, diálisis, entre otros.
 - 2) El Asegurado Principal o Familiar Asegurado solamente tendrá que pagar los gastos no cubiertos, así como el Deducible y el coaseguro correspondiente.
 - 3) Si se utilizaron los servicios médicos de un Proveedor Participante de la Red Médica de la Compañía y que los mismos se encuentren amparados bajo las coberturas de la presente Póliza; además que hayan sido pre-autorizados a la Compañía.
 - 4) No obstante, el Asegurado cuenta con libre elección médica, por lo que puede optar por recibir los servicios médicos en un Proveedor No Participante de la Red de la Compañía y luego presentar a la Compañía los gastos para su debido reembolso.

- c) La Compañía reembolsará al Asegurado Principal cuando éste haya efectuado el pago de acuerdo a las Condiciones Generales de la Póliza.
- d) Los gastos a los cuales se aplicará el sistema de reembolso son los que surjan de:
 - 1) Hospitales No Participantes.
 - 2) Servicios prestados y gastos médicos incurridos ambulatoriamente.
 - 3) Aquellos beneficios o servicios indicados contra reembolso en la Póliza.

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.

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.

22. DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

La Compañía no se hará responsable por la calidad del servicio profesional o técnico recibido de cualquier institución o individuo y objeto de cobertura. Tampoco tendrá responsabilidad en reclamaciones basadas en actos de omisión, negligencia o impericia de un hospital, laboratorios, enfermera, médico o proveedor. La Compañía es responsable, únicamente, por el pago de los beneficios elegibles bajo las estipulaciones de esta Póliza.

De igual manera, el Asegurado exonera de responsabilidad a la Compañía por las complicaciones resultantes de cualquier negligencia en los servicios recibidos de la entidad que provee la traspotación aérea o terrestre de pacientes, incluyendo retrasos o restricciones del vuelo.

23. 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.

Como consecuencia del pago de la indemnización, la Compañía de pleno derecho se subrogará automáticamente en los derechos que el Asegurado puede tener así como en sus correspondientes acciones contra los autores responsables del siniestro, pérdida, daño o gasto, por cualquier carácter o título que sea por el solo hecho del pago de la indemnización y hasta el monto de ella.

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 del Asegurado Principal o Familiar Asegurado, si han recuperado ellos los pagos en violación del derecho de subrogación.

Si por cualquier circunstancia la Compañía necesitare exhibir algún documento en que el Asegurado hiciera a favor de ella a la subrogación de todos sus derechos y acciones surgieran a consecuencia del siniestro, el Asegurado quedaría obligado a reiterar la subrogación en escritura ante un Notario Público.

Tanto antes como después de cobrar la indemnización, el Asegurado queda obligado a presentar las denuncias correspondientes ante los tribunales competentes, con el objeto de que la Compañía pueda ejercer los derechos, recursos y acciones derivados o procedentes de la subrogación aquí prevista.

En caso de que el siniestro esté amparado bajo la Póliza y la Compañía deba proceder con indemnización con motivo del mismo, la responsabilidad de la Compañía quedará limitada a las mismas limitaciones que el Asegurado haya pactado con los responsables del siniestro. Si pagada la indemnización y cedidos los derechos, no se pudiere ejercer la subrogación por algún acto imputable al Asegurado, la Compañía podrá requerirle al Asegurado el reintegro de la suma indemnizada.

24. OTRO U OTROS SEGUROS

- a) En caso que el Contratante no declare la existencia de otro u otros seguros que cubran el ciento por ciento del monto reclamado, por el mismo tiempo y los mismos riesgos, antes de la incurrencia de una reclamación, la Compañía podrá dar por cancelada la Póliza.
- b) En caso de reclamo bajo esta Póliza, el Asegurado quedará obligado a declarar a la Compañía cualquiera otro seguro o seguros de Salud o Gastos Médicos. En caso de no declarar la existencia de otro u otros seguros que cubran el ciento por ciento del reclamo, la inobservancia de esta obligación, le acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada.
- c) Existiendo varios seguros, la indemnización será proporcional a la responsabilidad de cada contrato. En todo caso, el reembolso de beneficios será hecho primero así:
 - 1) Si el Asegurado Principal ha celebrado de buena fe otros contratos de seguros, donde el primero cubre el valor íntegro del reclamo, los siguientes contratos de seguros se considerarán contingentes o secundarios.
 - 2) 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.
 - 3) En ningún caso, el pago de ambas compañías podrá exceder del monto total de servicios prestados y gastos incurridos por el Asegurado.

25. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

Este contrato terminará y la Compañía quedará liberada de sus obligaciones contractuales cuando, con fundamento en las pruebas analizadas, determine que el Contratante, el Asegurado, o sus representantes han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, por la Compañía o por los representantes de uno u otro que hubieren podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato. Si la falsedad o inexactitud proviniera del Asegurado o de quien lo represente, la Compañía tiene derecho a las primas pagadas; si proviniera de la Compañía o su representante, el Asegurado puede exigir la devolución de lo pagado por primas, más un diez por ciento en calidad de perjuicios.

26. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

El seguro otorgado por esta Póliza bajo condiciones normales (no habiéndose cancelado de forma previa sea por mutuo acuerdo, falta de pago de las primas, o decisión unilateral), vencerá automáticamente en la fecha y Hora Oficial expresadas en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Podrá ser prorrogado a petición del Asegurado y aceptación de parte de la Compañía, pero la prórroga deberá hacerse constar en documento firmado por la Compañía y se regirá por las condiciones consignadas en el mismo.

Este contrato podrá ser cancelado de forma anticipada por:

- a) **Mutuo Acuerdo.**
- b) **Finalización del interés asegurable o económico del Asegurado en los bienes asegurados.**
- c) **Falta de pago de primas siempre que Compañía cumpla con lo estipulado en la Cláusula IV - Disposiciones Generales - "ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS Y EFECTOS DEL PAGO DE LA PRIMA".**
- d) **Automáticamente cuando aplique la Cláusula IV - Disposiciones Generales - "NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO".**
- e) **Por el Contratante: Unilateralmente cuando el Contratante decida no mantener el seguro o termine la cobertura para algún Familiar Asegurado. En este caso el Contratante deberá dar aviso por escrito a la Compañía según la Cláusula IV - Disposiciones Generales - "NOTIFICACIONES". En tal caso la Compañía cancelará el contrato a partir de la fecha en que se recibe el aviso o bien a partir de la fecha señalada expresamente por el Contratante, que no podrá ser anterior a la fecha en que recibe el aviso. Sin derecho a devolución de prima del mes corriente.**

- f) **Por la Compañía: Unilateralmente cuando el Contratante y/o Asegurado se encuentre en incumplimiento de sus obligaciones bajo el contrato de Seguros o la legislación aplicable. En tal caso la Compañía enviará el aviso de cancelación de la Póliza por escrito, con una anticipación de quince (15) días hábiles, al Contratante a la última Dirección de éste indicada en las Condiciones Particulares. Copia del aviso de cancelación deberá ser enviada al Corredor de Seguros.**
- g) **Automáticamente y sin derecho a reclamación alguna contra la Compañía, si el Asegurado Principal o Familiar Asegurado cambia su lugar de residencia fuera de la república de Panamá.**
- h) **Automáticamente cuando no se cuenta con los requisitos para aplicar como familiar asegurable.**

En caso de nulidad proveniente de la Cláusula IV - Disposiciones Generales - “NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO” si la falsedad o inexactitud proviniera del Contratante, Asegurado o de quien lo represente, la Compañía tiene derecho a las primas pagadas; si proviniera de la Compañía o su representante, el Asegurado puede exigir la devolución de lo pagado por concepto de primas, más un diez por ciento.

Una vez cancelada o anulada la Póliza, cualquier saldo adeudado por cualquiera de las partes deberá ser reintegrado en un plazo no mayor de quince (15) días calendario. Una vez transcurrido este plazo, se considerará en una mora para la parte que adeuda.

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 sólo por dicho Período de Incapacidad. No se reconocerá ningún otro beneficio. Se exceptúan de este numeral cualquier situación para la cual la Ley vigente establezca un tratamiento o manejo especial.

27. NOTIFICACIONES

Las notificaciones o comunicaciones relacionadas con este contrato, serán remitidas por la Compañía directamente al Contratante a la Dirección del Contratante según se muestra en las Condiciones Particulares. El Contratante deberá reportar por escrito a la Compañía el cambio de Dirección y solicitar la modificación de la Dirección del Contratante mediante Endoso, de lo contrario, se tendrá por correcto para todos los efectos, la última Dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la Póliza.

Todo aviso o comunicación que deba hacer el Contratante, o el Asegurado, a la Compañía conforme a esta Póliza, deberá constar por escrito y ser entregado personalmente o remitido por correo por el Contratante, o el Asegurado, o por el Corredor de Seguros que aparece en las Condiciones Particulares que haya mediado en la contratación del seguro.

El Contratante por este medio autoriza a la Compañía a recibir y acatar cualesquiera instrucciones que reciba con relación a esta Póliza por parte del Corredor de Seguros designado en las Condiciones Particulares, como si hubiesen sido enviadas directamente por el Contratante. Sin embargo, el Contratante en todo momento podrá gestionar cualquier trámite con relación al Contrato de Seguro de forma directa con la Compañía.

28. LEGITIMACIÓN DE CAPITALS

El Contratante y/o Asegurado se obliga(n) a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado “Conozca a su Cliente”, así mismo se obliga(n) a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Compañía se lo solicite. **La Compañía se reserva el derecho de no renovar o terminar el Contrato de Seguro, en caso que el Asegurado incumpla con esta obligación.**

29. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información que sea suministrada en virtud de la suscripción de la presente Póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito del Asegurado en que se indique lo contrario o por requerimiento de la Autoridad Competente.

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

El Asegurado debe notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de su país de residencia dentro de los treinta (30) días calendarios antes del cambio. Los cambios de residencia podrían resultar en un cambio en las Variables Financieras según el área geográfica. 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.

31. LÍMITES GEOGRÁFICOS

A menos que se estipule de manera expresa en esta Póliza, este seguro se aplica solamente a Asegurados que residan dentro de la República de Panamá.

32. PLAZO DE PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato de seguro prescribirán en un año como lo establece la Ley de Seguros y el Código de Comercio. Cuando se inicie oportunamente la acción administrativa, el término de prescripción de la acción derivada del contrato de seguro, cualquiera que sea su naturaleza, se contará a partir de la ejecutoria de la resolución administrativa que decida el asunto.

33. INTERMEDIARIOS DE SEGUROS - EFECTOS Y RESPONSABILIDADES

Cuando el intermediario sea un Agente de Seguros o una Empresa de Canal Alternativo la Compañía asumirá la responsabilidad derivada de las infracciones, errores u omisiones en que incurran, en el desempeño de sus respectivas actividades. Sin embargo, los Agentes de Seguros y las Empresas de Canal Alternativo responderán a la Compañía por los costos e indemnizaciones que la Compañía deba realizar en virtud su responsabilidad.

El Corredor de Seguros es considerado el representante del Contratante y/o del Asegurado; por tanto, sus infracciones, errores, omisiones, comunicaciones, solicitudes, y declaraciones para todos los efectos serán consideradas como propias del Contratante y/o Asegurado.

34. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS

El Contratante y la Compañía se someten a la jurisdicción de los tribunales de la Ciudad de Panamá, República de Panamá, con prescindencia de cualquier otro tribunal, para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato de Seguro.

35. LEGISLACIÓN APLICABLE

Además de las estipulaciones contractuales establecidas en esta Póliza, las partes se someten a las Leyes vigentes de la República de Panamá. En testimonio de lo cual se firma esta Póliza en la República de Panamá.

Contratante

ASSA Compañía de Seguros, S. A.

Representante Autorizado

Representante Autorizado

Como Contratante de la Póliza de Seguro declaro conocer y entender el contenido de la documentación contractual que conforma la Póliza: Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Condiciones Generales, Endosos y Solicitud de Seguro; y el orden legal de prelación que se define en las Condiciones Generales. Desde el momento en que se incorpore a las Condiciones Generales o Condiciones Especiales una modificación producto de negociación del Contratante, o su representante, el presente Contrato de Seguro dejará de ser un Contrato de Adhesión con relación de las Cláusulas o modificaciones que haya solicitado el Contratante, o su representante; y dejará de ser un Contrato de Adhesión en su totalidad en la medida en que dichas Cláusulas o modificaciones tengan un efecto en la interpretación de la totalidad del Contrato de Seguro.