ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO DE SALUD
ASSA SALUD INTEGRAL OPCIÓN B
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 COMPAÑIA 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 concurran en la misma persona) encelebrar un Contrato de Seguro, sujeto a los términos, condiciones, límites de responsabilidad y demás estipulaciones contenidos en esta Póliza o adheridos a ella mediante Endoso con el fin de trasladar el(los) riesgo(s) del(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 concurra 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 atribuya al Asegurado.

INDICE

ACUERDO DE SEGURO 1
INDICE 1
CLAUSULA I – DEFINICIONES 2
CONDICIONES ESPECIALES 8
1. ASEGURADO PRINCIPAL 8
2. ASEGURADO DEPENDIENTE / FAMILIAR ASEGURADO 8
CLAUSULA II – OBJETO, COBERTURAS Y EXCLUSIONES 9
SECCION UNICA – GASTOS DE HOSPITAL, URGENCIAS Y TRATAMIENTOS AMBULATORIOS 9
OBJETO DEL SEGURO DE LA SECCION UNICA 9
BASES DE ASEGURAMIENTO 9
BASES DE INDEMNIZACIÓN 9
COBERTURA(S) BASICA(S) 9
CLAUSULA III – EXCLUSIONES GENERALES 14
CLAUSULA IV - DISPOSICIONES GENERALES 17
1. PRELACIÓN ENTRE LAS DISTINTAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA 17
2. PERIODO DE GRACIA 18
3. ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS Y EFECTOS DEL PAGO DE LA PRIMA 18
4. REHABILITACIÓN 18
5. RENOVACIÓN 19
6. REDUCCIÓN AUTOMÁTICA DEL BENEFICIO MÁXIMO ANUAL 19
7. DEDUCIBLE AÑO PÓLIZA 19
8. DESEMBOLSO MÁXIMO AÑO PÓLIZA 19
9. PARTICIPACION DEL ASEGURADO PRINCIPAL Y/O FAMILIAR ASEGURADO 20
10. LIMITES DE RESPONSABILIDAD 20
11. PRIVILEGIO DE CAMBIO DE FAMILIAR ASEGURADO A ASEGURADO PRINCIPAL 20
12. CONDICIONES ESPECIALES PARA ASEGURADOS QUE EJERCEN EL DERECHO DE CONVERSIÓN DE UNA POLIZA COLECTIVA A POLIZA INDIVIDUAL 21
13. PERIODO DE ESPERA 21
14. CONDICIONES PREEXISTENTES 21
15. ELEGIBILIDAD 22
16. RETIRO E INCLUSIONES 22
17. AVISO DEL SINIESTRO Y FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO 23
18. COLABORACIÓN DEL ASEGURADO 24
19. AJUSTE Y LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS 24
20. DESCARGO DE RESPONSABILIDAD 25
21. SUBROGACIÓN 25
22. SEGUROS CONCURRENTES 25
23. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO 26

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

24. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO 26
25. TERMINACIÓN DEL CONTRATO 27
26. NOTIFICACIONES 28
27. ACCESO A LA INFORMACION 28
28. AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR EXPEDIENTE CLÍNICO 28
29. AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN DE CRÉDITO 28
30. CONOZCA A SU CLIENTE 29
31. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN 29
32. PAÍS DE RESIDENCIA 29
33. LÍMITES GEOGRÁFICOS 29
34. PLAZO DE PRESCRIPCIÓN 29
38. CONTROVERSIAS Y CONFLICTOS 30
39. CLAUSULA DE LIMITACION POR SANCIONES 30
40. LEGISLACIÓN APLICABLE 31

CLAUSULA I – DEFINICIONES

ACCIDENTE(S): Es la acción o hecho súbito, inesperado y violento proveniente de una causa repentina y externa al Contratante o Asegurado, que se origina de modo independiente de la voluntad y de las acciones del Asegurado o de terceras personas y produce daños al bien asegurado, daños materiales a terceros o, que cause una lesión a la integridad física de una persona que pueda determinarse por un Médico.

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 (12) meses consecutivos que comienza con la Fecha Efectiva de esta 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 entidad, pública o privada, con competencia reconocida, a nivel local o internacional, que conoce de la materia o caso en particular, atendiendo la competencia asignada legalmente.

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

BENEFICIO MÁXIMO ANUAL: Corresponde al monto máximo por Asegurado que pagará la Compañía en concepto de una o varias coberturas o Beneficios durante el Año Póliza.

BENEFICIO MÁXIMO VITALICIO: Corresponde al monto máximo por Asegurado que pagará la Compañía en concepto de una o varias coberturas o Beneficios durante la vida del Asegurado.

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

CARNET DE ASEGURADO: La Compañía podrá otorgar un carnet de identificación físico o digital para que el (los) Asegurado(s) se identifiquen como Asegurado(s) frente a los Proveedores Participantes; sin embargo, el mismo no es necesario, ya que el (los) Asegurados puede identificarse, de forma preferente, utilizando su cedula de identidad personal para ser validados en la base de datos compartida con los Proveedores Participantes.

CIRUGIA AMBULATORIA: Se refiere a la cirugía o procedimiento ordenado por un Médico para fines diagnósticos y/o terapéuticos sin que sea necesario pasar la noche hospitalizado.

CLASE DE RIESGO: Se refiere a la clasificación establecida por la Compañía para evaluar el riesgo de salud de una persona, basada en los Datos Relevantes para la Apreciación del Riesgo. Estos datos se utilizan para clasificar el riesgo de forma tal que la Compañía pueda determinar recargos o descuentos a la Prima para un Asegurado al tiempo de contratarse la Póliza por primera vez o al tiempo de ejercer el derecho de conversión de una póliza colectiva a una póliza individual.

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 Condiciones Particulares de esta Póliza.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

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 Contrato(s) 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(ES) PREEXISTENTE(S): Es aquella Enfermedad, embarazo, lesión, limitación y/o condición física y/o mental del Asegurado, que se manifiesta, que ha revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por el Asegurado o por terceros, o que ha sido documentada en el Expediente Clínico del Asegurado, o que ha sido diagnosticada por un Médico antes del inicio de cualquier cobertura de esta Póliza.

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 Intermediario de Seguros, deducción automática a tarjeta de crédito, descuento directo a la cuentade 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 con lo cual la Aseguradora realiza el proceso de comercialización que culmina en la celebración de un Contrato de Seguro. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Es la persona natural o jurídica que tiene la responsabilidad contractual de cumplir con el pago de la Prima aun 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 el(los) Contrato(s) 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.

CONTRATO PRIMARIO: Se refiere al contrato de seguro de salud elegido por el Asegurado al momento de la prestación de un servicio, beneficio o atención médica para el pago de los gastos médicos incurridos por el Asegurado, cuando el mismo cuente con dos o más contratos de seguros de salud.

CONTRATO(S) SECUNDARIO(S) / CONTRATO(S) SUBSIGUIENTE(S): Se refiere a el(los) contrato(s) de seguro de salud elegido por el Asegurado para brindar cobertura de gastos médicos incurridos por el Asegurado, en caso que los mismos no hayan sido cubiertos o pagados por el Contrato Primario.

COSTOS DE RED (CDR) / COSTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS (URA): Son los costos que reconocerá la Compañía para todos los Beneficios de cuidado de salud de acuerdo con el lugar donde se presta el servicio. Los URA o CDR son el reflejo de los costos acordados con la Red de Proveedores Participantes, y de las estadísticas corrientes en poder de la Compañía.

CO-PAGO: Cantidad previamente establecida que el Asegurado Principal o Dependiente / Familiar Asegurado deberá pagar por un servicio específico que reciba. El Asegurado Principal o Dependiente / Familiar Asegurado deberá cubrir este pago al momento de recibir la atención o servicio. Un listado específico y detallado de los Co-Pagos a cubrir por el Asegurado, aparece en la Tabla de Beneficios que forma parte de las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de esta Póliza.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

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.

DATOS RELEVANTES PARA LA APRECIACIÓN DEL RIESGO: Son las declaraciones brindadas por el Contratante, el Asegurado o sus representantes, que constituyen la base para la aceptación del riesgo por parte de la Compañía y la existencia del Contrato de Seguro. Son datos relevantes para la apreciación del riesgo la siguiente información del Asegurado: nombre, apellido, cédula o pasaporte, peso, fecha de nacimiento, estatura, estado de salud, historial médico, Expediente Clínico, Condición Preexistente, ocupación, estilo de vida, País de Residencia, información financiera, información sobre la existencia y/o declinación previa de otros seguros de vida, accidentes o salud por parte de la Compañía u otras aseguradoras, cualquier otro aspecto relacionado con la expectativa de vida del Asegurado y/o su capacidad de generar ingresos para poder cubrir necesidades de seguridad, protección y fisiológicas del ser humano.

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. Representa la participación económica del Asegurado Principal y dependiente o familiar asegurado en el siniestro.

DEPORTE(S) PELIGROSO(S) / ACTIVIDAD(ES) PELIGROSA(S): Actividades deportivas o pasatiempos con mayor exposición a la muerte, a Enfermedad o Lesión de las personas que las practican.

DEPORTE(S) PROFESIONAL(ES): Disciplina deportiva en que la persona recibe compensación económica. Para efectos de este contrato, se considera práctica de un Deporte Profesional cuando el Asegurado se encuentre activo como profesional, ya sea que la Enfermedad o Lesión se produzca en un momento en el cual el Asegurado percibe o no compensación económica.

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 en la República de Panamá.

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 en los que el embarazo se inicie doce (12) meses después de la fecha de inclusión de la madre en la Póliza. Se tomará como fecha de inicio del embarazo, la fecha de la última menstruaciónde 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(ES): 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.

ENFERMEDADES CONGÉNITAS: Padecimiento, enfermedad hereditaria, 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.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

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

EVIDENCIAS DE ASEGURABILIDAD / REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD: Son los exámenes médicos, clínicos o de laboratorio requeridos por la Compañía al Asegurado para comprobar su buen estado de salud; éstos son solicitados en calidad de pruebas o evidencia de asegurabilidad adicionales a las declaraciones del Asegurado y como condición previa para la evaluación y selección del riesgo antes de otorgar la cobertura.

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

EXPEDIENTE CLINICO: Conjunto de documentos de valor médico legal, que contiene los datos, valoración, historial clínico, informes médicos, pruebas de laboratorio, cualquier registro e información de cualquier índole sobre la evolución clínica de un paciente, así como cualquier documento relativo al proceso asistencial de cada paciente, identificando a los Médicos y demás profesionales asistenciales que han intervenido en el mismo, procurando la máxima integración posible de la documentación.

EXPERIMENTAL(ES): Se refiere a un tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología que (i) no ha sido aprobado por la Autoridad Competente *(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 sus siglas en inglés), o su equivalente en la Comunidad Europea*) como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de una condición médica, Enfermedad o Lesión; o que (ii) se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

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.

FIRMA(S): Conjunto de rasgos, sonidos, símbolos o datos que es utilizado por una persona con la intención de identificarse a efectos de aceptar, prestar declaraciones y dar autenticidad a un documento. La firma podrá ser ológrafa (manuscrita), escaneada, digital o electrónica simple o calificada. En caso de firma electrónica simple se utilizará como medio de firma la dirección de correo electrónico o número de celular.

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.

GASTOS ELEGIBLES: Los gastos Médicamente Necesarios que se encuentren amparados bajo los Beneficios y coberturas de la Póliza, de acuerdo a los términos y condiciones contratados.

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 ANESTESIÓLOGO: 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 MÉDICO 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 Proveedores Participantes.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

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 Intermediario de Seguros es el representante del Contratante en la celebración del Contrato de Seguro (ver Cláusula IV - Disposiciones Generales - "INTERMEDIARIOS DE SEGUROS - EFECTOS Y RESPONSABILIDADES").

LESIÓN(ES): 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 y/o Tabla de Beneficios; sin embargo, el Límite 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 del Beneficio Máximo Anual.

LÍMITE GEOGRAFICO: Es la región geográfica en la que se aplican los Beneficios de la Póliza, detallado en la Tabla de Beneficios.

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.

MEDICINA TRADICIONAL: Se refiere a la medicina basada en la evidencia en base a la investigación científica rigurosa y en estudios clínicos controlados para validar su eficiencia y seguridad.

MÉDICAMENTE NECESARIO(S): 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;
3. Que no sean primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado Principal, de su familia, de su Médico u otro proveedor;
4. 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.

MEDICAMENTO(S): 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.

MÉDICO(S): 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 tabajar 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.

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".

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

PERIODO DE GRACIA: Plazo durante el cual, aunque la Compañía no haya recibido alguno de los pago(s) fraccionados subsiguientes, 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 Individual 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 Contrato(s) 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.

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**.**

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 a la Compañía en la Dirección de ésta. **El pago de la Prima por parte de una persona distinta al Contratante está sujeto a la autorización de la Compañía; por tanto, la Compañía, en cualquier momento podrá rechazar que el pago de la Prima sea efectuado por una persona distinta al Contratante**.

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

SEGUROS CONCURRENTES: Se refiere a los contratos de seguros de salud, individuales o colectivos, que se encuentren vigentes al tiempo de incurrirse en un gasto médico cubierto para el mismo Asegurado, ya sea en la Compañía o en otra(s) aseguradoras.

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 o, contra cualquier contrato o póliza que cubra o pueda cubrir los gastos médicos del Asegurado, exceptuando los Seguros Concurrentes, 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 realizados bajo la Póliza del Asegurado.

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.**

TECNOLOGÍA MÉDICA DE APLICACIÓN RECIENTE: Se refiere a técnicas quirúrgicas, equipos médicos y suministros utilizados de forma no Experimental en la República de Panamá para dar tratamiento médico o quirúrgico de una condición

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

médica, Enfermedad o Lesión, que se ha utilizado por un tiempo no menor a cinco (5) años a partir de su aprobación por la Autoridad Competente *(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 sus siglas en inglés), o su equivalente en la Comunidad Europea*).

TECNOLOGÍA MÉDICA DE USO TRADICIONAL: Se refiere a técnicas quirúrgicas, equipos médicos y suministros utilizados de forma no Experimental en la República de Panamá para dar tratamiento médico o quirúrgico de una condición médica, Enfermedad o Lesión, que se ha utilizado por un tiempo mayor a cinco (5) años a partir de su aprobación por la Autoridad Competente *(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 sus siglas en inglés), o su equivalente en la Comunidad Europea)*.

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(S): 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 la Autoridad Competente 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, Tabla de Rango de Edades, Deducible Año Póliza, Porcentaje de Coaseguro, Co-Pago, Porcentaje de Participación por Proveedor Participante o No Participantes, Desembolso Máximo Año Póliza, Límite de Responsabilidad de los Beneficios, coberturas, servicios, Límite Geográfico y Costos de Red 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 compañero(a) permanente del Asegurado Principal y, los hijos elegibles.

1. 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”.

2. ASEGURADO DEPENDIENTE / FAMILIAR ASEGURADO

Persona(s) registrada(s) como tal(es) en las Condiciones Particulares de esta 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.

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.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

CLAUSULA II – OBJETO, COBERTURAS Y EXCLUSIONES

SECCION UNICA – GASTOS DE HOSPITAL, URGENCIAS Y TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

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 Tratamientos Ambulatorios como resultado de una condición médica, Enfermedad o Lesión. El Periodo de Cobertura corresponde a servicios prestados y gastos incurridos durante la Vigencia de esta Póliza y presentados conforme a la Cláusula IV – Disposiciones Generales – "AVISO DE SINIESTRO Y FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO" de conformidad con las Condiciones Generales. Es decir, se cubren los gastos sobre la base de Fecha de Incurrencia del Gasto de Hospitalización, Urgencias o Tratamientos Ambulatorios.

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 y/o en la Tabla de Beneficios que forma parte de esta Póliza.

La responsabilidad de la Compañía en ningún Año Póliza será superior al Beneficio Máximo Anual y/o Límites de Responsabilidad de la Póliza según lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios.

BASES DE INDEMNIZACIÓN

La Compañía reconocerá todos los gastos médicos de acuerdo con las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios establecidos en esta Póliza.

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 y dentro del Límite Geográfico. La Compañía reconocerá para todos los Beneficios los Costos de Red. **La Compañía en ningún momento será responsable por una suma superior a los Costos de Red.**

La responsabilidad de la Compañía en ningún Año Póliza será superior:

- **Al Límite de Responsabilidad establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios para una cobertura o Beneficio en particular.**
- **Al Beneficio Máximo Anual establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios para una o varias coberturas o Beneficios.**
- **Al Beneficio Máximo Vitalicio establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios durante la vida del Asegurado.**

En cualquiera de los supuestos anteriores, la responsabilidad de la Compañía no excederá el Beneficio Máximo Anual.

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 Beneficios:

A. COBERTURA DE HOSPITAL

Los Gastos Elegibles incurridos por concepto de servicios prestados por Clínicas u Hospitales serán indemnizados según lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios.

Los Gastos Elegibles serán los siguientes:

- Costo de habitación de Hospital o Clínica privada o semi-privada **(no una suite)** en la República de Panamá, y alimentación del paciente. En caso de que el Asegurado solicite habitación distinta a una habitación privada o semi-privada, la diferencia en el costo será por su propia cuenta.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

- 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 curación.
- 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, Médico Asistente y del Anestesiólogo. Los honorarios del Médico Asistente están sujetos a aprobación por parte de la Compañía.
- Honorarios por visitas médicas durante la Hospitalización.
- 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 de un Médico durante la Hospitalización únicamente. La efectividad del Medicamento para 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 sus siglas en inglés), por las Agencias Reguladoras de Medicamentos y Productos de Salud Europeas y/o de otros países.
- Tratamientos especiales tales como Quimioterapia, Radioterapia y tratamientos por insuficiencia renal (Diálisis), siempre que sea por una indicación médica, durante una Hospitalización.
- Tratamientos de Terapia respiratoria y fisioterapia siempre que sea por una indicación médica, durante una Hospitalización.
- Prótesis, equipos y aparatos especiales que sean Medicamente Necesarios que se requieran durante la Hospitalización, conforme indicación médica.
- Gastos de Enfermero(a) provisto por el Hospital.

B. COBERTURA DE URGENCIA

Los gastos incurridos por atenciones en Sala de Urgencias se cubrirán así:

a) URGENCIA POR ACCIDENTE: Los costos del Cuarto de Urgencia y los honorarios del Médico Especialista se cubrirán según lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios.

b) URGENCIA POR ENFERMEDAD DETALLADA: Los costos del Cuarto de Urgencia y los honorarios del Médico Especialista por enfermedades detalladas de esta Póliza se cubrirán según lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios.

Se consideran como Urgencias por Enfermedad Detallada, 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 de miocardio);
15. Gastroenteritis aguda severa;
16. Hemorragia (digestiva, urinaria, pulmonar, otorrinolaringológica);
17. Insuficiencia respiratoria;
18. Neumonía, neumotórax. Otalgia severa;
19. Pérdida de conocimiento;
20. Retención aguda de orina.

c) URGENCIA POR ENFERMEDAD NO DETALLADA: Los costos del Cuarto de Urgencia y los honorarios del Médico Especialista por Enfermedades No Detalladas se cubrirán según lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

Se consideran como Enfermedad No Detallada, cualquier enfermedad que no se encuentre dentro de la lista de Urgencias por Enfermedad Detallada, según se definió anteriormente.

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. Cualquiera otra atención médica diferente a las mencionadas anteriormente, fuera del Cuarto o Sala de Urgencias o fuera del plazo de cuarenta y ocho (48) horas señalado, será considerada como una consulta médica y gastos ambulatorios.

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

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 de las listadas a continuación, que sea súbita y aguda, se pagarán contra reembolso las atenciones médicas y gastos intra-hospitalarios por Accidente o Enfermedad para estabilizar la condición crítica del Asegurado según lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios de esta Póliza por Accidente o Enfermedad.

Se considerará una Condición Preexistente, y por lo tanto no tendrá cobertura, 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.

Se considerarán como Enfermedades a ser amparadas bajo esta Cobertura las siguientes:

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 de miocardio);
15. Gastroenteritis aguda severa;
16. Hemorragia (digestiva, urinaria, pulmonar, otorrinolaringológica);
17. Insuficiencia respiratoria;
18. Neumonía, neumotórax. Otalgia severa;
19. Pérdida de conocimiento;
20. Retención aguda de orina.

D. TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

Los Gastos Elegibles incurridos por tratamientos ambulatorios serán indemnizados según lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios de esta Póliza.

Los Gastos Elegibles son los siguientes:

- Honorarios del Cirujano Principal, Médico Asistente y del Anestesiólogo. Los honorarios del Médico Asistente están sujetos a aprobación por parte de la Compañía.
- 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 esta 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, por sus siglas en inglés) 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.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

- Prótesis, equipos y aparatos especiales que sean Medicamente Necesarios.
- Tratamientos por trastornos nerviosos o mentales. Este beneficio se ofrecerá únicamente por tratamientos ambulatorios.

E. TRASPLANTES

Los Gastos Elegibles en concepto de Trasplantes serán cubiertos según lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios de esta Póliza, hasta el límite del Beneficio Máximo Vitalicio por Asegurado establecido en esta Cobertura. Los gastos del Donante se encuentran incluidos dentro del Beneficio Máximo Vitalicio del Asegurado para la cobertura de Trasplantes.

En el evento de que el Asegurado utilice los servicios de proveedores que no formen parte de la Red de Proveedores Participantes, se aplicará el Coaseguro establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios.

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, Síndromede Wiskott-Aldrich, Osteopetrosis Infantil Maligna (Enfermedad de Albers-Schönberg u Osteopetrosis generalizada), Leucemia Mieloide Crónica, Neuroblastoma Estadio III A o B en niños mayores de un (1) año, Beta Talasemia Homozigote (talasemia mayor), Linfoma de Hodgkin, Estadio III o Estadio IV, Linfoma de No-Hodgkin, Estadio III o Estadio IV.

Los gastos cubiertos del Asegurado Principal o Familiar Asegurado son los siguientes:

- Exámenes y estudios para investigar posibles Donantes.
- Evaluación y preparación del Asegurado que va a recibir el Trasplante.
- Recolección y almacenamiento de los órganos, tejidos o células donadas.
- Procedimientos médicos y quirúrgicos realizados durante el Trasplante.
- Procedimientos de seguimiento médico o quirúrgico posteriores, incluyendo los procedimientos debido a complicaciones relacionadas con el Trasplante.
- Medicamentos necesarios para mantener el buen funcionamiento del órgano tejido o célula trasplantada.

En caso de que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado requiera de un Donante vivo, se incluyen los siguientes gastos del Donante:

- Gastos hospitalarios y quirúrgicos del Donante.
- Procedimientos de seguimiento quirúrgico posteriores a la 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.

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.

F. COBERTURA DE MATERNIDAD

Se cubrirán los Gastos Elegibles del Beneficio de Maternidad según lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios de esta Póliza.

El Beneficio de Maternidad aplicará siempre y cuando el embarazo se inicie doce (12) meses después de la fecha de inclusión de la Asegurada en la Póliza. Se tomará como fecha de inicio del embarazo, la fecha de la última menstruación de la madre.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

El Beneficio de Maternidad se limita así:

a) Gastos Prenatales – Paciente Externo: Se cubrirán todos los Gastos Elegibles prenatales incurridos a consecuencia del embarazo, según lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios de esta Póliza, las consultas, laboratorios, exámenes de ultrasonido, Medicamentos con prescripción médica.

b) Gastos Prenatales – Paciente Interna: Se cubrirán las Complicaciones del Embarazo que requieran tratamiento médico en el Hospital, tales como Amenaza de Aborto, Hiperemesis Gravídica o Amenaza de Parto Prematuro, según lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios de esta Póliza.

c) Alumbramiento / Hospitalización: Se cubrirán los Gastos Elegibles según lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios de esta Póliza sujetos a pre-autorización, los gastos de Hospital y honorarios médicos correspondientes a la madre durante el alumbramiento. Se incluye parto normal, cesárea, pérdida, óbito fetal o aborto legal, las complicaciones que surjan a la madre durante y después del alumbramiento siempre y cuando dicha complicación sea derivada del parto o cesárea. **Los honorarios médicos del Ginecólogo-Obstetra y del Médico Asistente están sujetos a pre-autorización por parte de la Compañía. Los honorarios médicos del Anestesiólogo quedarán sujetos de pre-autorización por parte de la Compañía y solo se cubrirán en los casos de cesáreas Medicamente Necesarias o aborto legal.**

d) Gastos del Recién Nacido: Siempre y cuando esta Póliza esté en vigor y la madre esté amparada por el Beneficio de Maternidad, los Gastos Elegibles del Hospital y los Honorarios Médicos que surjan durante la hospitalización de los hijos que le nazcan, estarán cubiertos durante los primeros nueve (9) días de nacidos según lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios de esta Póliza. **En caso de nacimientos múltiples, este límite será único independientemente la cantidad de bebés nacidos bajo el mismo parto.**

G. COBERTURA DENTAL POR ACCIDENTE

Solo se cubrirán los tratamientos dentales, curas u operaciones odontológicas, que sean a consecuencia de un Accidente sufrido dentro de la Vigencia de esta Póliza según lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios.

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. 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 pónticos 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 según lo establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios de esta Póliza.

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

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

H. EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS

En caso de fallecimiento del Contratante y/o Asegurado Principal, ya sea por Accidente o Enfermedad cubierta por la Póliza, la Compañía otorgará la continuidad de cobertura al Familiar Asegurado o Familiares Asegurados inscritos en la Póliza, luego de optar por el Privilegio de Conversión, a una nueva Póliza con iguales o inferiores Beneficios a los de esta Póliza.

Adicionalmente, la Compañía exonerará del pago de la Prima de la nueva Póliza al Familiar o Familiares Asegurados por el período máximo de tiempo establecido en la Tabla de Beneficios, a partir de la fecha del fallecimiento del Contratante y/o Asegurado Principal.

Este Beneficio se pagará hasta el límite y por el período máximo de tiempo indicado en la Tabla de Beneficios. Este Beneficio no es aplicable si el Contratante y/o Asegurado Principal cumple la edad de setenta (70) años.

CLAUSULA III – EXCLUSIONES GENERALES

En adición a las Exclusiones Generales contenidas en la presente Cláusula, las siguientes Exclusiones y Limitaciones aplicarán para el Plan "ASSA SALUD DUAL OPCIÓN B":

a) **Se excluye cualquier cobertura o gasto incurrido en el extranjero, salvo los cubiertos bajo "Asistencia Médica por Enfermedad y Accidente durante Viaje de Recreo o Negocio en el Extranjero".**
b) **Se excluye cualquier cobertura o gasto incurrido fuera del Límite Geográfico.**
c) **Se excluyen las Coberturas GASTOS DE REPATRIACION, GASTOS DEL ACOMPAÑANTE.**
d) **Se excluye de forma general cualquier honorario o gasto médicos que no corresponda a un gasto incurrido dentro de una Hospitalización o Cirugía Ambulatoria a consecuencia de una urgencia, Enfermedad o Accidente que no sea incurrido durante la Vigencia de la Póliza y estando el Asegurado hospitalizado o en proceso de ser hospitalizado.**

Todos los gastos ocasionados directa o indirectamente por una o cualquiera de las causas detalladas a continuación quedan excluidos expresamente de esta 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 esta 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. **Servicios prestados y gastos incurridos por el acompañante del Asegurado Principal o Familiar Asegurado durante la Hospitalización.**

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 sufridas dentro de la Vigencia de la Póliza, salvo los cubiertos bajo la "COBERTURA DENTAL POR ACCIDENTE".**

8. **Servicios o gastos por el cuidado del Asegurado por un Enfermero(a), técnico de enfermería, ayudante o servicio de cuidado que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado contrate por su cuenta.**

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.**

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

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 y/o Prematuridad y/o malformaciones o defectos al nacimiento en hijos nacidos de un embarazo no cubierto por esta 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 o Actividad Peligrosa 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; *bungee jumping*; *parkour*; salto base; 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.**

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, por sus siglas en inglés) o por las Agencias reguladoras en Europa en caso de 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.**

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

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 esta 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 cualquiera gratificación o remuneración que el Donante reciba.**

35. **Gasto efectuado al participar el Asegurado Principal o Familiar Asegurado como donante de órganos.**

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 substancias químicas para reducir o eliminar las placas artero-escleróticas y/o controlar el exceso de lípidos en la sangre por quelaciones o tratamientos similares 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 como es el caso de las epidemias o pandemias que sean reconocidas por la Autoridad Competente.**

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 doce (12) meses después de la fecha de inclusión de la madre en esta 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.**

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

48. **Cualquier monto en exceso de los Costos de Red / Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA).**

49. **Cualquier monto en exceso de los Costos de Red (CDR) / Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA) que resulte de la utilización de Tecnología Médica de Aplicación Reciente al compararlos con la Tecnología Médica de Uso Tradicional, para el tratamiento de una condición médica, Enfermedad o Lesión cubierta por esta Póliza.**

50. **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.**

51. **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.**

52. **Cualquier servicio o suministro que no estuviere específicamente declarado como un Beneficio bajo el presente contrato.**

53. **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".**

54. **Gasto de Hospitalización, Urgencias, Tratamientos Ambulatorios, o cualquier otro gasto amparado normalmente bajo el Contrato de Seguro que no tenga con Fecha de Incurrencia una fecha dentro de la Vigencia de la Póliza.**

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:

1. **AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA.**
2. **ENFERMEDADES ANO RECTALES.**
3. **CIRCUNCISIÓN PARA MAYORES DE DOS (2) AÑOS.**
4. **CIRUGÍA FUNCIONAL DE NARIZ.**
5. **PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE COLUMNA VERTEBRAL.**
6. **ENDOMETRIOSIS Y/O DOLOR PÉLVICO.**
7. **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, ENDOSCÓPICO Y/O LITOTRIPSIA DE CÁLCULOS RENOURETERALES Y/O VESÍCULA VÍAS BILIARES.**
8. **HERNIOPLASTÍAS Y EVENTRACIONES CUALESQUIERA QUE SEA SU CAUSA (INCLUYENDO HERNIA HIATAL Y HERNIA DE DISCO INTERVERTEBRAL).**
9. **CIRUGÍA DE PISO PERINEAL, ÚTERO U OVARIOS.**
10. **PADECIMIENTOS PROSTÁTICOS.**
11. **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMORACIONES BENIGNAS MAMARIAS.**
12. **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE VÁRICES.**
13. **PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DE VESÍCULA Y VÍAS BILIARES.**
14. **LESIONES PIGMENTARIAS DE LA PIEL, CONOCIDAS COMO LUNARES O NEVUS.**
15. **CATARATAS, GLAUCOMA O PTERIGION.**
16. **LAS CONDICIONES O PADECIMIENTOS PREEXISTENTES DECLARADOS EN LA SOLICITUD NO EXCLUIDOS PERMANENTEMENTE POR LA COMPAÑÍA POR DOCE (12) MESES.**

Una vez transcurrido el Período de Espera de doce (12) meses, el Asegurado podrá aplicar a las coberturas sujetas a los términos y condiciones de esta Póliza.

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 Especiales tendrán prelación sobre Condiciones Particulares; y las Condiciones Particulares tendrán prelación sobre las Condiciones Generales.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

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 Intermediario de Seguros, si lo hubiere, para remesar las Primas a la Compañía.

Sin embargo, con relación el pago de la Prima o primer pago fraccionado aplicará lo contenido en la Cláusula IV – Disposiciones Generales – "ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS Y EFECTOS DEL PAGO DE LA PRIMA".

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, 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 directoa "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 Intermediario 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 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 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 establecidaen 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, enviado el aviso de cancelación dentro de dicho periodo de Suspensión de Cobertura. 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 Intermediario de Seguros. Si el aviso de cancelación no es enviado, el Contrato de Seguro seguirá vigente de conformidad con lo establecido en la legislación aplicable. Por tratarse de un Seguro de Salud Individual, la Compañía no podrá cancelar el Contrato de Seguro hasta el vencimiento del periodo de Suspensión de Cobertura de sesenta (60) días calendario.

Para efectos del pago de la Prima; ya sea el pago de la Prima, 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, 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 el Período de Gracia procederá la Suspensión de Cobertura según se indica en al párrafo anterior.**

El cálculo del Período de Gracia o la suspensión de cobertura no podrá efectuarse en perjuicio del Asegurado a favor de quien exista saldo de Prima pagada no devengada.

Cuando el Contrato de Seguro 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 de tal forma que corresponda la aplicación de lo contenido la Cláusula IV – Disposiciones Generales – "TERMINACION DEL CONTRATO".

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

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 de Cobertura;
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 Intermediario 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.

Queda acordado que los incrementos de tarifas por cambio de rango de edad se realizarán de forma automática durante la Vigencia de la Póliza a medida que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado avancen de un rango de edad a otro, de conformidad con la Tabla de Rango de Edades que se muestra en las Condiciones Particulares.

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 esta 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 o que será reducida de la indemnización por la Compañía, en caso de reembolso. El Deducible está indicado en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Una vez acumulado el Deducible Año Póliza correspondiente, entonces se aplicarán las Coberturas y Servicios de esta Póliza.

El Deducible se aplicará para cada Asegurado Principal y/o Familiar Asegurado.

Todos aquellos Gastos 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.

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.

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.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

La Compañía asumirá el pago del cien por ciento (100%) de todos los Gastos Elegibles adicionales incurridos en concepto de servicios prestados durante el resto del Año Póliza, que excedan la cantidad indicada en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios de esta Póliza.

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 señalado en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios de esta Póliza;**

b) **El monto correspondiente en concepto de Coaseguro o Co-Pago señalado en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios para las Coberturas de HOSPITAL, TRATAMIENTOS AMBULATORIOS, MATERNIDAD y TRASTORNOS NERVIOSOS O MENTALES, hasta el Desembolso Máximo Año Póliza y en aquellos servicios que aplique.**

La Compañía asumirá el pago del cien por ciento (100%) de todos los Gastos Elegibles incurridos en concepto de servicios prestados durante el resto del Año Póliza, que excedan la cantidad indicada de Desembolso Máximo en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios de esta Póliza, en base a los Costos de Red.

10. LIMITES DE RESPONSABILIDAD

La Compañía reconocerá todos los gastos médicos expresamente cubiertos de acuerdo con las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios **hasta el Límite de Responsabilidad establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios, el cual no incrementa el Beneficio Máximo Anual** indicado en las Condiciones Particulares por Asegurado Principal o Familiar Asegurado.

Las siguientes Coberturas / Beneficios serán cubiertos de acuerdo a lo siguiente:

BENEFICIO MÁXIMO 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 el Límite de Responsabilidad y Beneficio Máximo Vitalicio establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios de esta Póliza**.**

BENEFICIO MÁXIMO DE TRASPLANTE: Se cubrirán los Trasplantes de cualquier tipo (órganos o médula ósea) según lo establecido en la Cobertura de Trasplantes, hasta el Límite de Responsabilidad y Beneficio Máximo Vitalicio establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios.

BENEFICIO DE TRATAMIENTOS POR TRASTORNOS NERVIOSOS O MENTALES: Se cubrirán los servicios prestados y los gastos incurridos por esta condición, diagnosticado por un médico psiquiatra hasta el Límite de Responsabilidad y Beneficio Máximo Vitalicio establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios. **Este beneficio se ofrecerá únicamente por tratamientos ambulatorios.**

BENEFICIO MÁXIMO PARA ENFERMEDADES CONGENITAS, MALFORMACIONES O DEFECTOS AL NACIMIENTO Y PARTO PREMATURO: Se cubrirán las Enfermedades Congénitas y/o Prematuridad y/o malformaciones o defectos al nacimiento, hasta el Límite de Responsabilidad y Beneficio Máximo Vitalicio establecido en las Condiciones Particulares y/o Tabla de Beneficios de esta Póliza.

11. PRIVILEGIO DE CAMBIO DE FAMILIAR ASEGURADO A ASEGURADO PRINCIPAL

El Familiar Asegurado o Familiares Asegurados, pueden optar por el privilegio de cambio a otra póliza de seguro de salud con iguales beneficios, sin presentar Evidencias de Asegurabilidad, de acuerdo a lo siguiente:

1) Que la solicitud y el primer pago de la prima correspondiente al cambio se haga dentro de un período no mayor de treinta (30) días calendario después de terminada su cobertura bajo esta Póliza;

2) Las Variables Financieras, con excepción de la Prima, deben ser iguales a las de esta Póliza al momento del cambio y el beneficio máximo anual de la póliza nueva debe ser igual al Beneficio Máximo Anual no consumido en esta Póliza al momento del cambio;

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

3) Se mantendrán las mismas exclusiones temporales o permanentes provenientes de esta Póliza al momento del cambio;

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 del cambio.

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

12. CONDICIONES ESPECIALES PARA ASEGURADOS QUE EJERCEN EL DERECHO DE CONVERSIÓN DE UNA POLIZA COLECTIVA A POLIZA INDIVIDUAL

En caso de que el Asegurado haya adquirido esta Póliza mediante el ejercicio del derecho de conversión de póliza colectiva a este producto de salud individual la presente Póliza se regirá de conformidad con las siguientes disposiciones y limitaciones:

a) **se mantienen y transfieren automáticamente todas las exclusiones temporales y/o permanentes provenientes de la póliza colectiva al momento de la conversión sin necesidad que la Compañía deba emitir un Endoso para tal efecto;**

b) 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 de seguro de salud individual;

c) **se encuentran excluidos los gastos médicos asociados a cualquier Condición Preexistente, declarada o no, que existía al inicio de la cobertura bajo la póliza colectiva, aun cuando dichos gastos médicos hayan sido cubiertos por la Compaña bajo la póliza colectiva,** salvo que dicha Condición Preexistente fuese aceptada por la Compañía mediante Endoso debidamente firmado por un representante autorizado de la Compañía.

13. 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, el Asegurado podrá aplicar a las coberturas sujetas a los términos y condiciones de 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 doce (12) meses para esta cobertura, 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 sesenta (60) meses, contados a partir del momento de la Fecha Efectiva inicial de la cobertura. Este Período de Espera nunca será exonerado.

14. CONDICIONES PREEXISTENTES

Se considera una Enfermedad, embarazo, condición física o mental del Asegurado, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de esta 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.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

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".**

15. 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 IV –- 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.

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 Condiciones 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 calendario, 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 Requisitos 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 calendario siguientes al acontecimiento o una vez transcurridos esos sesenta (60) días calendario solo se podrá solicitar su inclusión a la Renovación de la Póliza. La cobertura la confirmará la Compañía por escrito.

16. 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 calendario anteriores a la fecha de Renovación de la Póliza, y mediante presentación de Requisitos de Asegurabilidad. Su cobertura y fecha de vigencia serán confirmadas por la Compañía por escrito.

La Compañía se reserva el derecho de exigir los Requisitos 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 calendario siguientes de presentada la solicitud.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

17. 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 de Red de cuidado de salud. 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) La Compañía no tramitará para pago 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 calendario después del último servicio prestado y gasto incurrido con el cual se completa o se excede el Deducible indicado en las Condiciones Particulares de esta Póliza, para presentar el reclamo Este plazo también aplica para cualquier reclamación posterior.

d) 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) Órdenes, 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 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 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, HERNIORRAFIAS, HISTERECTOMÍAS, IMPLANTES DE PRÓTESIS ORTOPÉDICAS Y CUALQUIER OTRA QUE SE DEFINA.

   i. 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.**

   ii. 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 esta 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.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

18. 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 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.

19. 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 Cláusula IV – Disposiciones Generales – "AVISO DE SINIESTRO Y FORMALIZACION DEL RECLAMO".

b) La Compañía puede indemnizar de manera directa al Proveedor:

   i. 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.

   ii. El Asegurado Principal o Familiar Asegurado solamente tendrá que pagar los gastos no cubiertos, así como el Deducible y el Coaseguro correspondiente.

   iii. Si se utilizaron los servicios médicos dentro de la Red de Proveedores Participantes de la Compañía y que los mismos se encuentren amparados bajo las coberturas de la presente Póliza; y además que hayan sido pre-autorizados por la Compañía.

   iv. No obstante, el Asegurado cuenta con libre elección médica, por lo que puede optar por recibir los servicios médicos en un Proveedor que no forme parte de la Red de Proveedores Participantes de la Compañía y luego presentar a la Compañía los gastos para su debido reembolso. **Sin embargo, la diferencia entre el Costo de Red y el costo del proveedor que no forme parte de la Red de Proveedores Participantes será asumido por el Asegurado.**

c) La Compañía reembolsará al Asegurado cuando éste haya efectuado el pago de acuerdo a las Condiciones Generales de esta Póliza.

d) Los gastos a los cuales se aplicará el sistema de reembolso son los que surjan de:

   i. Proveedores que no formen parte de la Red de Proveedores Participantes.

   ii. Servicios prestados y gastos médicos incurridos fuera de la República de Panamá. **La Compañía no reembolsará servicios prestados y gastos médicos incurridos fuera del Límite Geográfico.**

   iii. Servicios prestados y gastos médicos incurridos ambulatoriamente.

   iv. Aquellos Beneficios o servicios indicados contra reembolso en esta Póliza.

Toda indemnización que la Compañía deba efectuar en virtud del presente contrato, será pagadera al Asegurado, 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.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

20. DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

La Compañía no se hará responsable por las actuaciones y calidad del servicio profesional o técnico recibido de cualquier institución, establecimiento, persona natural o jurídica. Tampoco tendrá responsabilidad en reclamaciones basadas en actos de omisión, negligencia o impericia de un Hospital, laboratorios, Enfermero(a), Médico o proveedor. La Compañía es responsable, únicamente, por el pago de los Beneficios elegibles bajo las estipulaciones de esta Póliza.

De igual manera, tampoco existe responsabilidad de la Compañía por las actuaciones de la entidad que provee el transporte aéreo o terrestre de pacientes, cualquiera que sea la causa, incluyendo retrasos, restricciones o negligencia en los servicios que reciba de la misma.

21. SUBROGACIÓN

Por Subrogación se entenderá el derecho de la Compañía de recuperar de cualesquiera fuentes, los pagos realizados bajo la póliza de salud contra los autores responsables del siniestro o contra cualquier contrato o póliza que cubra o pueda cubrir los gastos médicos del Asegurado, exceptuando los Seguros Concurrentes. En consecuencia, en caso de reclamo el Asegurado colaborará con la Compañía facilitando a ésta detalles sobre la existencia de cualquier tipo de seguro o contrato que pueda cubrir los gastos médicos reclamados, tales como seguros de accidentes, responsabilidad civil de automóviles, o similares.

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 responsables del siniestro, pérdida, daño o gasto, o contra las compañías donde existan contratos o pólizas que cubran los gastos médicos del Asegurado, con excepción de Seguros Concurrentes de salud, pudiendo por cualquier carácter o título recuperar directamente el pago de la indemnización y hasta el monto de ella. En igual forma lo podrá hacer del Asegurado Principal o Asegurado Dependiente / Familiar Asegurado, si han recuperado ellos los pagos en violación del derecho de subrogación.

Queda entendido que, la Compañía podrá exigir la firma del finiquito, declaración de pérdida o documento correspondiente, en el que conste el 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 colaborar y reiterar la subrogación en escritura ante un Notario Público.

El Asegurado, incluso después de haber recibido la prestación de los servicios o cobrada la indemnización, 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 de este, 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.

22. SEGUROS CONCURRENTES

Cuando el Asegurado cuente con dos (2) o más pólizas de salud, el mismo deberá elegir la póliza que será utilizada como Contrato Primario. El Asegurado estará obligado a documentar su elección y el orden de prelación de las pólizas, de forma previa a la incurrencia del gasto o a la prestación del servicio médico, ante la Compañía o ante el proveedor de la Red de Proveedores Participantes.

En caso de Seguros Concurrentes, el pago o reembolso de beneficios se efectuará de la siguiente manera:

a) **Una vez el Asegurado haya elegido el Contrato Primario, esta elección no podrá ser modificada.** Dicho contrato deberá asumir los beneficios primero de acuerdo con los términos y condiciones acordados bajo dicho contrato. Los demás contratos se considerarán Contratos Secundarios. En caso de que el Contrato Primario no cubra la totalidad de los gastos reclamados, el (los) Contrato(s) Secundario(s) responderán, según el orden de prelación manifestado expresamente por el Asegurado, por el resto de los Gastos Elegibles bajo los beneficios y coberturas, de acuerdo a los términos y condiciones de cada contrato.

b) En caso que la(s) póliza(s) de salud que el Asegurado mantenga con la Compañía, sea elegida como Contrato Secundario, el Asegurado deberá presentar todos los sustentos, documentación y facturas de todos los gastos médicos incurridos, así como la tramitación realizada por la Compañía elegida como Contrato Primario; el Asegurado deberá contar con la pre-autorización de procedimientos, la cual se debe solicitar de forma paralela a la solicitud de pre-autorización realizada en el Contrato Primario. El pago de los beneficios se realizará sobre la base de Gastos Elegibles y Costos de Red, que no hayan sido pagados o cubiertos bajo el Contrato Primario de acuerdo con los términos y condiciones en la póliza, sin

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

exceder el monto total de servicios prestados y gastos incurridos por el Asegurado y el beneficio máximo, suma asegurada o límites de responsabilidad establecidos en la póliza.

c) En todo caso, ya sea que se haya seleccionado a la Compañía como Contrato Primario o Contrato Secundario, el Asegurado deberá cumplir con los términos y condiciones de cada contrato, incluyendo cumplir con la pre-autorización en los procedimientos que establezca el contrato de seguro, así como asumir el pago del Deducible y demás participaciones que correspondan al Asegurado en virtud del contrato de seguro que mantenga con la Compañía.

d) En virtud de la elección de uso voluntario de las pólizas de salud realizadas por el Asegurado, en ningún caso existirá subrogación por aquellos gastos médicos amparados o cubiertos por otras pólizas de salud que mantenga el Asegurado en cualquier compañía. Lo anterior es aplicable indistintamente a la fecha en que inicia la cobertura en las pólizas que mantenga el Asegurado.

e) Lo contenido en esta Cláusula no implica renuncia del derecho de Subrogación de la Compañía de conformidad con la Cláusula IV – Disposiciones Generales - "SUBROGACIÓN".

f) Cuando el Asegurado no haya documentado su elección y/o el orden de prelación de las pólizas, y la Compañía sea requerida para tramitar un gasto médico o pre-autorización, se entenderá la presente póliza como Contrato Primario y que no existen Seguros Concurrentes. **No obstante, si posteriormente se determinara que existen Seguros Concurrentes y el Asegurado haya hecho uso de Seguros Concurrentes para cubrir o solicitar reembolso de los mismos gastos o conceptos, el Asegurado estará sujeto a las sanciones penales respectivas de conformidad con el Artículo 220 del Código Penal y demás disposiciones legales.**

La Compañía queda autorizada para recopilar, de cualquier persona natural o jurídica, la información que se requiera para determinar la existencia de otros seguros que cubran los gastos reclamados, sin que esto sea considerado una obligación de la Compañía.

23. 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 proviniere del Asegurado o de quien lo represente, la Compañía tiene derecho a las Primas pagadas; si proviniere de la Compañía o su representante, el Asegurado puede exigir la devolución de lo pagado por primas, más un diez por ciento (10%) en calidad de perjuicios.

24. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

a) Pagar la Prima en la Dirección de la Compañía de acuerdo a la Forma de Pago o calendario de pago detallado en las Condiciones Particulares.

b) Presentar declaraciones exactas y verdaderas con relación a los hechos o circunstancias conocidas como tales por el Contratante y/o el Asegurado que de algún modo hubieren podido influir en la existencia o condiciones de la Póliza y/o sus renovaciones. Lo anterior incluye no ocultar hechos o circunstancias que de algún modo hubieren podido influir en la existencia o condiciones de la Póliza y/o sus renovaciones. Esto aun cuando dichos hechos o circunstancias no hayan sido cuestionadas por la Compañía y/o el Intermediario de Seguros, o aún cuando no existan preguntas directas relacionadas con dichos hechos o circunstancias en la Solicitud de Seguro.

c) Revisar que la Póliza contenga al Intermediario de Seguro seleccionado por el Contratante y/o Asegurado, y que la Póliza se encuentre libre de errores con relación a las declaraciones prestadas para la contratación de la Póliza.

d) Notificar a la Compañía sobre la actualización de su Dirección y/o País de Residencia.

e) Colaborar a la Compañía en el proceso de investigación y ajuste de cualquier reclamación o Siniestro.

f) En los casos que corresponda, el Contratante y/o Asegurado debe asumir el (los) deducible(s), o cualquier otra forma de participación del Contratante y/o Asegurado indicada en la Póliza, de tal forma que no se interrumpa o retrase el proceso de ajuste de cualquier reclamación o Siniestro.

g) Colaborar a la Compañía en el proceso de subrogación y no cobrar o aceptar otro arreglo de terceros que sean responsables del Siniestro o gasto, sin el conocimiento previo y aceptación por parte de la Compañía.

h) Antes de contratar el seguro y/o al momento de dar Aviso de Siniestro y/o formalizar el reclamo el Contratante y/o Asegurado deberá comunicar a la Compañía sobre la existencia de otros seguros que cubran los mismos riesgos o gastos reclamados.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

i) Dar Aviso de Siniestro y formalizar el reclamo dentro de los plazos y condiciones definidos en la Cláusula IV – Disposiciones Generales – “AVISO DE SINIESTRO Y FORMALIZACION DEL RECLAMO”.

j) Cumplir con lo establecido en la Cláusula IV – Disposiciones Generales – “CONOZCA A SU CLIENTE”.

k) No ser sujeto de lo establecido en la Cláusula IV – Disposiciones Generales – “CLÁUSULA DE LIMITACIÓN POR SANCIONES”.

Cuando el Contratante y/o Asegurado incumpla(n) alguna de las obligaciones aquí listadas, y/o cualquier otra obligación dimanante de la Póliza o la legislación vigente, la Compañía quedará facultada para rescindir unilateralmente el contrato, modificar sus condiciones, suspender su ejecución, declinar la reclamación presentada, y revocar o limitar cualquier derecho del Contratante y/o Asegurado derivado del contrato.

25. 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.

c) Falta de pago de primas siempre que la Compañía cumpla con lo estipulado en la Cláusula IV - Disposiciones Generales - “ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS Y EFECTOS DEL PAGO DE LA PRIMA”.

d) 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.

e) Por la Compañía: Unilateralmente cuando el Contratante y/o Asegurado se encuentre en incumplimiento de sus obligaciones bajo el Contrato de Seguro o la legislación aplicable, Cláusula IV – Disposiciones Generales – “OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO”. 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 Intermediario de Seguros.

f) Automáticamente, sin necesidad de mediar comunicación o aviso alguno por parte de la Compañía:

f.1) Cuando aplique lo establecido en la Cláusula IV – Disposiciones Generales – “PAÍS DE RESIDENCIA”.
f.2) Cuando no se cuenta con los requisitos para aplicar como familiar asegurable.
f.3) Cuando aplique lo establecido en la Cláusula IV – Disposiciones Generales – “CLAUSULA DE LIMITACIÓN POR SANCIONES”.

En caso de nulidad proveniente de la Cláusula IV - Disposiciones Generales - “NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO” si la falsedad o inexactitud proviniere del Contratante, Asegurado o de quien lo represente, la Compañía tiene derecho a las primas pagadas; si proviniere de la Compañía o su representante, el Asegurado puede exigir la devolución de lo pagado por concepto de primas, más un diez por ciento (10%).

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 hospitalización. 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.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

26. NOTIFICACIONES

Las notificaciones o comunicaciones relacionadas con este contrato, serán remitidas por la Compañía a la dirección de correo electrónico del Contratante según se muestra en las Condiciones Particulares, o en caso de que no exista una dirección de correo electrónico a cualquier otra Dirección que aparezca 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** debidamente firmado por un representante autorizado de la Compañía, de lo contrario, se tendrá por correcto para todos los efectos, la última Dirección física, postal o dirección de correo electrónico que conste en el expediente de esta 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 electrónico del Contratante, o el Asegurado, o por el Intermediario 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 Intermediario 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.

27. ACCESO A LA INFORMACION

Esta Póliza, así como sus documentos, Formularios, Solicitud de Seguro correspondiente, los Endosos o Designación(es) de Beneficiario(s) (si los hubiere), cualesquiera Cobertura(s) Adicional(es) o Suplementarios que hayan sido solicitados y adheridos como parte de ella, y la aceptación del Asegurado - Contratante constituyen el Contrato de Seguro completo. Por lo cual, se entiende que desde el momento en que el Contratante y/o Asegurado, o su Representante solicitan a la Compañía una oferta comercial ya sea completando una Solicitud de Seguro, Formulario, Cuestionario o documento que incluya Declaraciones del Asegurado para que la Compañía efectúe la evaluación del riesgo y eventual expedición de la Póliza, el Contratante y/o Asegurado o su Representante autorizan a la Compañía a tener acceso, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar los datos personales para los propósitos y alcances específicos relacionados con su actividad comercial y servicios financieros, incluyendo la de seguros y reaseguros producto de la gestión, negociación y/o contratación de las Pólizas de Seguros, incluyendo acceso a su Expediente Clínico en cualquier ubicación, historial de tránsito, historial de crédito y utilice sus datos personales para validar la veracidad de sus declaraciones, su estado de salud y cualquier otro tipo de información que la Compañía requiera en virtud del presente Contrato de Seguro.

La información obtenida quedará tutelada de conformidad con lo establecido en la Cláusula IV – Disposiciones Generales – “CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN”, por lo que no podrá ser compartida con terceros no autorizados, en concordancia con la Ley de Seguros y la Ley de Protección de Datos Personales y su reglamento vigente en la República de Panamá.

28. AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO PARA SUMINISTRAR DATOS Y REVELAR EXPEDIENTE CLÍNICO

De conformidad con lo establecido en la Cláusula IV – Disposiciones Generales – “ACCESO A LA INFORMACIÓN”, para los fines del presente Contrato de Seguro, el Asegurado autoriza expresamente a cualquier médico, hospital, clínica, institución de salud, compañías de seguros, incluyendo cualquier miembro del personal perteneciente a los mismos, que mantengan registro de la información de salud, historial médico o Expediente Clínico del Asegurado, para que informen, revelen o permitan el acceso a la Compañía de cualquier información que sea requerida. En virtud de lo anterior, el Asegurado renuncia, exonera y releva del deber de confidencialidad de su información de salud y de toda restricción impuesta por la ley, al médico, hospital, clínica, institución de salud, compañías de seguros, o cualquier miembro del personal perteneciente a los mismos, y, por tanto, puedan informar, revelar, mostrar o entregar cualquier registro, observación, informe o dato, incluyendo los de carácter personal y confidencial, a la Compañía.

La autorización que otorga el Asegurado para efectos de lo anterior, se documentará a través de la Solicitud de Seguro, Formulario, Cuestionario o documento que incluya declaraciones del Asegurado.

29. AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO PARA SUMINISTRAR INFORMACIÓN DE CRÉDITO

De conformidad con lo establecido en la Cláusula IV – Disposiciones Generales – “ACCESO A LA INFORMACIÓN”, para los fines del presente Contrato de Seguro, el Asegurado autoriza a la Compañía para solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadores de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre el historial de crédito del Asegurado sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comerciales que mantenga o llegue a mantener con cualquier agente económico.

La autorización que otorga el Asegurado para efectos de lo anterior, se documentará a través de la Solicitud de Seguro, Formulario, Cuestionario o documento que incluya declaraciones del Asegurado.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

30. CONOZCA A SU CLIENTE

El Contratante y/o Asegurado se obliga(n) a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplir con la Política Conozca a su Cliente y la Ley de Blanqueo de Capitales, Financiamiento del Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, por lo cual el Contratante y/o Asegurado se comprometen a realizar las actualizaciones de los documentos a solicitud de la Compañía, la cual enviará dichos documentos a la Dirección del Contratante y/o Asegurado indicada en las Condiciones Particulares, quienes deberán devolver los documentos actualizados, en un plazo no mayor a quince (15) días hábiles. **El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante y/o Asegurado facultará a la Compañía a no renovar y/o terminar el Contrato de Seguro, por lo que, en caso de terminación se aplicará lo dispuesto en la Cláusula IV – Disposiciones Generales – "TERMINACIÓN DEL CONTRATO".**

31. 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.

32. PAÍS DE RESIDENCIA

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 estará obligado a notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de su País de Residencia dentro de los treinta (30) días calendarios antes del cambio. **La falta de cumplimiento de esta condición acarreará la terminación automática de la Póliza sin derecho a que el asegurado tenga reclamación alguna contra la Compañía.**

33. 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, y sólo cubre gastos médicos y hospitalarios prestados dentro del Límite Geográfico establecido en la Tabla de Beneficios de esta Póliza.

34. PLAZO DE PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del Contrato de Seguro, cualquiera que sea su naturaleza prescribirán en un (1) año contado a partir desde el día en la obligación sea exigible. Para efectos del presente Contrato de Seguro se entenderá la Fecha de Incurrencia del Siniestro como la fecha en que la obligación se hace exigible.

En cualquier caso, el Asegurado debe poner el Siniestro en conocimiento de la Compañía y de los demás interesados en el plazo que se hubiese estipulado en esta Póliza, de acuerdo con la Cláusulas IV – Disposiciones Generales – "AVISO DE SINIESTRO Y FORMALIZACION DEL RECLAMO".

35. 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 Intermediario 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.

36. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro se perfeccionará con: (i) la Firma de la Compañía en las Condiciones Particulares; (ii) la Firma del Contratante, o su representante, que se podrá incluir de forma alternativa en las Condiciones Particulares o en la Solicitud de Seguros, Formulario o Cuestionario que recoge Declaraciones del Asegurado; y (iii) cuando sea haya cumplido lo dispuesto en la Cláusula IV – Disposiciones Generales – "ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS Y EFECTOS DEL PAGO DE LA PRIMA". Las Firmas se podrán ejecutar de forma manuscrita, electrónica, digital, o en cualquier otra forma legal mediante la cual se pueda documentar el consentimiento de las partes.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

37. FIRMA DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

La Solicitud de Seguro, así como la Póliza o Contrato de Seguro, y los documentos que lo conforman, podrán ser firmados de forma ológrafa (manuscrita), escaneada, digital o electrónica simple o calificada. En cualquier caso, el Contrato de Seguro existe bajo la presunción de que la persona que presta las declaraciones y Firma los documentos relacionados con el Contrato de Seguro, incluyendo la Solicitud de Seguro o cualquier documento o autorización que sea requerido para la aceptación del riesgo por la Compañía se encontraba bajo el control del medio utilizado para la Firma, en consecuencia, la Compañía presume la veracidad del medio utilizado para la Firma.

El Contratante y/o Asegurado entiende, reconoce y acepta que podrá utilizar como medio de Firma al tiempo de contratar la Póliza la dirección de correo electrónico o número de celular, lo cual será incluido por la Compañía en las Condiciones Particulares. No obstante, la validez del Contrato de Seguro estará sujeta al pago de la Prima.

El Contratante y/o Asegurado entiende, reconoce y acepta que la Firma tiene como propósito: i) brindar consentimiento del uso y protección de datos; ii) certificar la veracidad de los Datos Relevantes para la Apreciación del Riesgo; iii) certificar el conocimiento del Contratante y/o Asegurado sobre los términos y condiciones de la Póliza en su totalidad; y iv) autorizar a la Compañía a investigar, en cualquier momento, sobre la veracidad de cualquier declaración o información prestada a la Compañía con la cual se logró la aceptación del riesgo, así como el historial médico, Expediente Clínico, y la existencia o declinación de pólizas de seguro de forma previa a la emisión de la presente Póliza.

38. CONTROVERSIAS Y CONFLICTOS

Cuando surja cualquier controversia producto de la relación del Contratante o el Asegurado con la Compañía que derive en una inconformidad, el Contratante o el Asegurado, según sea el caso, tendrán el derecho a presentar una controversia ante el Sistema de Atención de Controversias de la Compañía antes de acudir a la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

La controversia que se interponga ante el Sistema de Atención de Controversias deberá ser resuelta por la Compañía en un plazo máximo de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha en que la controversia haya sido recibida por la Compañía.

En caso de inconformidad con la respuesta brindada por la Compañía, el Contratante o el Asegurado mantiene un plazo adicional de noventa (90) días hábiles en los cuales podrá interponer un proceso administrativo de quejas ante el Departamento de Protección al Consumidor de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá. La Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá tiene la facultad privativa de conocer y decidir en la vía administrativa las quejas y denuncias que interpongan los consumidores de seguros en contra de las aseguradoras dentro de los factores de competencia de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá de conformidad con la Ley de Seguros.

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

39. CLAUSULA DE LIMITACION POR SANCIONES

La Compañía no estará obligada a pagar reclamos sobre eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando dichos pagos pudiesen violar disposiciones internacionales o locales sobre la prevención de los delitos de blanqueo de capitales, lavado de activos, narcotráfico, financiamiento del terrorismo y prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva, así como posibles pagos que pudiesen transgredir sanciones económicas y/o comerciales establecidas en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte la República de Panamá o naciones amigaso aquellas con las que la República de Panamá mantiene relaciones diplomáticas o comerciales, incluyendo pero sin limitar la generalidad de lo anterior, los de la Organización de las Naciones Unidas incluyendo el Consejo de Seguridad; de los Estados Unidos de América, Japón, Reino Unido o de la Unión Europea.

Sin perjuicio de lo anterior, las coberturas y beneficios que ofrece la presente Póliza quedarán automáticamente suspendidas, sin necesidad de mediar comunicación o aviso alguno de parte de la Compañía, en caso que el Contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las Primas a la Compañía, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus, accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, sean incluidos, se encuentre(n) o sean mencionados en alguna de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o pertenezcan a países incluidos en dichas listas, listas emitidas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y/o en cualquier otra lista internacional que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento del Terrorismo, guerras, actividades ilícitas y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva. La suspensión de coberturas de que trata esta cláusula será de aplicación desde el momento en que la o las personas mencionadas anteriormente sean incluidas en la lista de que se trate, con independencia de la fecha en que la Compañía o la persona tenga conocimiento de la inclusión.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos o en general desembolsar sumas de dinero relacionadas con eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando el contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las Primas a la Compañía, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus, accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, se encuentre(n) sean mencionados en alguna de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o pertenezcan a países incluidos en dichas listas, listas emitidas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y/o en cualquier otra lista a nivel mundial que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento del Terrorismo, guerras, y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.

40. 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.

ASSA Compañía de Seguros, S. A.

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.

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

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA - 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.25.

Compañía de Seguros, S.A.

TABLA DE BENEFICIOS
ASSA SALUD INTEGRAL OPCIÓN B

La Tabla de Beneficios forma parte de las Condiciones Particulares de esta 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 y Desembolso Máximo Año Póliza 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 Elegibles cubiertos en esta Póliza y corresponden a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados / Costos de Red. Todos los Beneficios están indicados en BALBOAS (B/).

TABLA DE BENEFICIOS

Coberturas / Beneficios	Límite de Responsabilidad
LÍMITE GEOGRÁFICO	REPÚBLICA DE PANAMÁ, CENTROAMÉRICA Y COLOMBIA.
COBERTURA DE HOSPITAL	Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%).
HABITACION PRIVADA Y SEMI- PRIVADA	Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%).
CUIDADOS INTENSIVOS	Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%).
CIRUGIA (INCLUYENDO CIRUGIA AMBULATORIA)	Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%).
HONORARIOS DE CIRUGIAS Y ANESTESISTA	Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%).
EXAMENES DE DIAGNOSTICO DURANTE UNA HOSPITALIZACIÓN	Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%).
TRATAMIENTOS DE CANCER DURANTE UNA HOSPITALIZACIÓN	Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%).
COBERTURA DE URGENCIA	**URGENCIA POR ACCIDENTE:** - Cuarto de urgencia al cien por ciento (100%), en base a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados / Costos de Red. - Honorarios del Médico Especialista al cien por ciento (100%), en base a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados / Costos de Red. **URGENCIA POR ENFERMEDAD DETALLADA:** - Cuarto de urgencia al cien por ciento (100%), en base a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados / Costos de Red. - Honorarios del Médico Especialista al cien por ciento (100%), en base a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados / Costos de Red. **URGENCIA POR ENFERMEDAD NO DETALLADA:** - Después del Copago de CIEN BALBOAS (B/.100.00), al cien por ciento (100%), en base a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados / Costos de Red.
ASISTENCIA MÉDICA POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE DURANTE VIAJE DE RECREO O NEGOCIO EN EL EXTRANJERO	Al cien por ciento (100%), hasta **CINCUENTA MIL BALBOAS (B/. 50,000.00)** por Accidente o Enfermedad. **No aplica Deducible. Esta cobertura aplica contra reembolso.**
TRATAMIENTOS AMBULATORIOS	Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%).

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA – 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.2025.

TERAPIA FÍSICA AMBULATORIA, REHABILITACIÓN	Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%).
CONSULTA A MEDICOS Y ESPECIALISTAS	Co-pago de **VEINTICINCO BALBOAS (B/. 25.00)**, **no aplica para acumular Deducible.**
MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA	Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%).
TRATAMIENTO DE ALERGIAS	Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%).
AMBULANCIA AEREA/TERRESTRE EN LA REPUBLICA DE PANAMÁ	Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%), hasta un máximo de **TRESCIENTOS BALBOAS (B/.300.00)** Terrestre y **MIL BALBOAS (B/. 1,000.00)** Aérea. Aplica contra reembolso.
TRATAMIENTOS POR TRASTORNOS NERVIOSOS O MENTALES	Después del Deducible Año Póliza al cincuenta por ciento (50%), hasta **CINCO MIL BALBOAS (B/. 5,000.00)** por Año Póliza y **VEINTICINCO MIL BALBOAS (B/. 25,000.00)** Beneficio Máximo Vitalicio. **Aplicable solo para tratamientos ambulatorios.**
TRASPLANTES	Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%), hasta **CIEN MIL BALBOAS (B/.100,000.00)** Beneficio Máximo Vitalicio.
COBERTURA DE MATERNIDAD Gastos Prenatales Externos, Gastos Prenatales - Paciente Interna,Alumbramiento	**Gastos Prenatales – Paciente Externo** - Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%), en base a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados / Costos de Red. **Gastos Prenatales – Paciente Interna** - Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%), en base a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados / Costos de Red. **Alumbramiento** - Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%), en base a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados / Costos de Red. **Gastos del Recién Nacido**: - Gastos elegibles del Hospital al ochenta y cinco por ciento (85%), en base a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados / Costo de Red, hasta un máximo **de CINCO MIL BALBOAS (B/. 5,000.00). No aplica Deducible.** - Honorarios Médicos al ochenta y cinco por ciento (85%), en base a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados / Costo de Red, hasta un máximo de **TRES MIL BALBOAS (B/. 3,000.00)**. No aplica Deducible.
ENFERMEDADES CONGÉNITAS Y/O MALFORMACIONES ODEFECTOS AL NACER	Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%), hasta **CINCUENTA MIL BALBOAS (B/.50,000.00)** por Año Póliza y **CIEN MIL BALBOAS (B/.100,000.00)** Beneficio Máximo Vitalicio.
COBERTURA DENTAL POR ACCIDENTE	Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%)
VIH / SIDA	Después del Deducible Año Póliza al ochenta y cinco por ciento (85%), hasta **CINCO MIL BALBOAS (B/. 5,000.00)** por Año Póliza y **VEINTICINCO MIL BALBOAS (B/. 25,000.00)** Beneficio Máximo Vitalicio. Periodo de Espera sesenta (60) meses
EXONERACION DE PRIMAS En caso de fallecimiento del Contratante y/o Asegurado Principal	Por un período máximo de tres (3) meses, hasta un máximo de **MIL QUINIENTOS BALBOAS (B/.1,500.00)**

La Tabla de Beneficios muestra el resumen de las Coberturas / Beneficios dentro de la Red de Proveedores Participantes de la Compañía. Cualquier servicio utilizado fuera de la Red de Proveedores Participantes será indemnizará de acuerdo al Límite de Responsabilidad establecido en la Tabla de Beneficios, en base a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados / Costos de Red, después del Deducible Año Póliza aplicable. El Beneficio Máximo Anual será indicado en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA – 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.2025.

RED DE PROVEEDORES PARTICIPANTES
La Red de Proveedores Participantes es dinámica y se mantiene actualizada en los sitios WEB:
Médicos - https://www.assanet.com/servicio-al-cliente/encuentre-un-doctor
Clínicas y Hospitales - https://www.assanet.com/servicio-al-cliente/red-de-hospitales-locales

TABLA DE RANGO DE EDADES
ASSA SALUD INTEGRAL OPCIÓN B

La Tabla de Rango de Edades forma parte de las Condiciones Particulares de esta Póliza. Queda acordado que los incrementos de tarifas por cambio de rango de edad se realizarán de forma automática durante la Vigencia de la Póliza a medida que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado avancen de un rango de edad a otro, de conformidad con la siguiente Tabla de Rango de Edades que es una de las Variables Financieras que se utiliza para definir la Prima:

TABLA DE RANGO DE EDADES							
0-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59
60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 - 999	-

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

Estas Condiciones Generales se encuentran autorizadas por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para su comercialización entre el Público Consumidor mediante Resolución No. DRLA – 090 de 10 de septiembre de 2025, y según registro de ASSA Compañía de Seguros, S.A Código PA-CG-70-ASD OB-28.04.2025.