

COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A.

PLAN MEDICO INTERNACIONAL

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA I.- CONTRATO:

La solicitud individual del Contratante, Asegurado Principal y/o Responsable de Pago, junto con todas las manifestaciones contenidas en ella y las que se hagan al médico examinador, así como exámenes y/o informes médicos en los casos requeridos, formularios y cualquier otro documento suministrado y/o utilizado por la Compañía en la evaluación, son determinantes del consentimiento de la Compañía de otorgar el amparo y constituyen, junto con las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables y los Anexos, el contrato completo de este seguro. **En virtud de lo anterior, cualquier omisión, inexactitud, falsedad o reticencia en las manifestaciones, resultados o informes hechos y/o presentados por o en nombre de él Contratante, Asegurado y/o Responsable de Pago, eximirán a la Compañía, en cualquier tiempo, de toda obligación respecto a esta Póliza.**

La validez del contrato de seguros está sujeta al pago de la prima por parte del Contratante, Asegurado Principal, y/o Responsable de Pago conforme a lo establecido en la Cláusula XII – Primas de este contrato.

Si el contenido de este contrato no concordare con la oferta, el Contratante y/o Asegurado Principal podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días siguientes a la emisión de la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las condiciones de este seguro.

La Compañía podrá modificar esta Póliza o cualquiera de sus anexos unilateralmente en cualquier fecha, previa autorización por parte de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, así como notificación por escrito con treinta (30) días de anticipación al Contratante y/o Asegurado Principal. De no aceptar el Contratante y/o Asegurado Principal las modificaciones hechas, se aplicarán las disposiciones conforme a lo establecido en la Cláusula XV – Cancelación de la Póliza de este contrato.

Solamente los Ejecutivos autorizados por la Compañía, tienen poder para cambiar, modificar o derogar las condiciones de esta Póliza, y ello solamente por escrito. **La Compañía no quedará obligada por promesa o manifestación alguna hecha anteriormente o que en lo sucesivo se haga por algún agente, corredor u otra persona que no sea una de las arriba mencionadas.**

CLÁUSULA II. - DEFINICIONES Y GENERALIDADES:

Para todos los efectos de este contrato, las expresiones y generalidades siguientes tendrán la acepción y el alcance que a continuación se les asigna, a saber:

- 1.- ACCIDENTE: La acción externa, violenta, fortuita, repentina, imprevista e independiente de la voluntad del Asegurado que cause a estas lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico. Por extensión y aclaración se asimilan a la noción de Accidente, la intoxicación alimenticia o envenenamiento, producto del consumo de comidas o bebidas en mal estado.
- 2.- AÑO PÓLIZA: El período de doce (12) meses consecutivos, contados a partir de la fecha de vigencia o efectividad de la póliza, indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 3.- ANUAL RENOVABLE O LÍMITE ANUAL: Es el monto o límite máximo a pagar en concepto de reclamos cubiertos y pagados bajo esta Póliza o Beneficio con respecto a un Asegurado, durante cada vigencia o renovación de la Póliza, según lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

En ningún caso el Límite Anual de un Asegurado excederá el indicado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, cualquiera que sea el número de veces que la póliza haya sido rehabilitada durante una vigencia, o el Asegurado Principal y/o Familiar Dependiente Asegurado haya sido transferido de una póliza o plan a otro durante una vigencia.

El límite Anual Renovable de un Asegurado no será reducido por edad mientras se encuentre en vigencia esta Póliza.

- 4.- **ASEGURADO:** Es la persona natural a quien la Compañía ha expedido esta póliza y/o certificado de seguro. Bajo esta definición se entenderá al Asegurado Principal, así como a los familiares y/o dependientes elegibles del Asegurado Principal, debidamente registrados en la Póliza, según lo establecido en los numerales 12 y 16 de esta Cláusula.

Pólizas Individuales:

El Asegurado Principal debe ser mayor de dos (2) años de edad, menor de sesenta y tres (63) años de edad (edad alcanzada o actuarial, es decir edad de cumpleaños más próxima o en seis meses al momento de efectividad del seguro) y haber sido aceptado por la Compañía. La cobertura para el Asegurado Principal no tiene edad de terminación, con excepción de los menores de edad en cuyo caso la edad de terminación será a los dieciocho (18) años.

Pólizas Colectivas:

El Asegurado Principal debe ser mayor de dieciocho (18) años de edad, menor de sesenta (60) años de edad (edad alcanzada o actuarial, es decir edad de cumpleaños más próxima o en seis meses al momento de efectividad del seguro) y haber sido aceptado por la Compañía. La cobertura para el Asegurado Principal será hasta que cumpla los ochenta (80) años, aunque el mismo se encuentre hospitalizado y/o bajo tratamiento médico, a menos que se disponga algo diferente en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En todos los casos, el Asegurado y/o Contratante debe notificar a la Compañía las agravaciones del riesgo, causados por un hecho suyo, antes de que se produzcan. Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que, si hubiese existido al momento de la emisión de la póliza y/o inclusión de un Asegurado en la misma, hubiera llevado a la declinación del seguro o modificación de sus condiciones como lo es, pero sin estar limitado a la agravación por cambio de un Asegurado de su profesión o actividad.

Cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado se procederá a la comunicación escrita al Asegurado, según lo establecido en la Cláusula XVIII.- Notificaciones, emisión del anexo, ajuste de prima retroactiva y/o cancelación de la póliza o certificado, según sea el caso.

De comprobarse la circunstancia de la agravación del riesgo, la Compañía tendrá acción contra el Asegurado para reembolsarse por los montos pagados a este último en concepto de reclamos presentados a partir del momento en que se produjo la agravación.

- 5.- **CERTIFICADOS INDIVIDUALES:** Los certificados individuales detallan las condiciones particulares del Asegurado y proporciona, según lo indicado en el certificado, las exclusiones, limitaciones y elegibilidad de la Póliza. El certificado Individual forma parte del contrato, no obstante, las condiciones detalladas en el mismo prevalecerían sobre las condiciones generales de la póliza. En el caso de seguros colectivos, la Compañía deberá entregar al Asegurado Principal, al Contratante o al corredor de seguros el Certificado Individual, quienes tendrán la obligación de entregarlo al Asegurado y conservar constancia de tal entrega.
- 6.- **COASEGURO:** Significa el porcentaje que le corresponde asumir al Asegurado sobre los gastos cubiertos por la póliza, conforme a lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forman parte integral de este contrato.

El Asegurado es responsable ante el proveedor de asumir y pagar los montos completos en concepto de Coaseguro y demás condiciones establecidos en esta póliza y según se detalle en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables. El asegurado se puede ver favorecido en caso de obtener precio preferencial o descuentos adicionales sobre el monto global y/o bruto facturado por el

proveedor, reduciendo el monto a pagar por él y la Compañía en función de la participación correspondiente a cada una de las partes. **Queda entendido que el Asegurado no podrá negociar, ni realizar acuerdos, arreglos, exoneraciones de pago (total o parcial) con proveedores exclusivamente sobre su participación o monto a pagar, por lo que, en caso de incumplimiento por parte del asegurado, conllevaría la pérdida del derecho a indemnización, terminación de la cobertura o cancelación de la póliza, según lo indicado en las Cláusulas IX, Numeral No.2, XIV y XV.**

- 7.- **CONTRATANTE:** Es la persona, natural o jurídica, que juntamente con el Asegurado Principal suscribe este contrato y al que le corresponde las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que, por su naturaleza, deban ser cumplidas por cualquiera de los Asegurado y/o Responsable de Pago, incluyendo el pago de las primas según la frecuencia y forma de pago. Se entiende que el Asegurado Principal es la misma persona quien contrata la póliza, de no especificarse lo contrario en las Condiciones Particulares.
- 8.- **CONDICIÓN PRE-EXISTENTE:** Significa una enfermedad o lesión accidental que se manifiesta por primera vez o debido a la cual el Asegurado ha recibido consulta, diagnóstico, tratamiento médico, servicio, suministro o medicamento antes de la fecha de entrada en vigencia de la Póliza, o de la fecha de entrada del Asegurado Principal, de un familiar y/o dependiente elegible, si dicha entrada ocurre después de la fecha de emisión de la Póliza. Se considera también condición pre-existente las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tal enfermedad o lesión, aunque éstos sólo se manifiesten después de la celebración del Contrato. Una enfermedad, lesión accidental o condición que se manifiesta por primera vez cuando los síntomas y/o signos son bastante evidentes o aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos.
- 9.- **CONTINUIDAD DE COBERTURA:** El derecho del Asegurado a seguir recibiendo las coberturas de salud por condiciones médicas diagnosticadas y cubiertas durante la vigencia de una póliza y/o plan de salud contratada con anterioridad a la nueva póliza y/o plan de salud, por lo que tendrá amparadas las enfermedades en curso y las que hayan ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando:
- a) La Compañía haya aceptado al Asegurado con continuidad de cobertura en función de los requisitos establecidos por la misma.
 - b) Las preexistencias no hayan estado excluidas en el contrato previo o no hayan sido excluidas por haber realizado el Asegurado una declaración falsa o reticente.

En caso de aceptación por parte de la Compañía, la misma adicionalmente exime al Asegurado del cumplimiento de los periodos de espera para los beneficios que apliquen, con excepción del periodo de espera del Beneficio de Maternidad para hijas dependientes, el cual regirá a partir de la fecha efectiva de la nueva póliza en base a lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables de la misma. De igual forma, las coberturas bajo la nueva póliza y/o plan de salud están sujetas a los límites establecidos en la nueva póliza y/o plan de salud luego de restar todos los gastos incurridos, cubiertos y pagados al Asegurado en su póliza y/o plan de salud anterior, por lo que dichos gastos serán deducidos de los límites de la nueva póliza y/o plan de salud.

- 10.- **DEDUCIBLE:** Es la cantidad de los primeros gastos cubiertos que está obligado a pagar cada Asegurado en cada año póliza, antes que los gastos cubiertos sean pagados bajo esta Póliza para los beneficios que así lo detallan, según lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forman parte integral de este contrato.

Los montos acumulados bajo el deducible de Panamá, Centroamérica y Colombia, no aplican para completar o acumular al deducible correspondiente a otros países.

El Asegurado es responsable ante el proveedor de asumir y pagar los montos completos en concepto de Deducible y demás condiciones establecidos en esta póliza y según se detalle en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables. El asegurado se puede ver favorecido en caso de obtener precio preferencial o descuentos adicionales sobre el monto global y/o bruto facturado por el proveedor, reduciendo el monto a pagar por él y la Compañía en función de la participación

correspondiente a cada una de las partes. **Queda entendido que el Asegurado no podrá negociar, ni realizar acuerdos, arreglos, exoneraciones de pago (total o parcial) con proveedores exclusivamente sobre su participación o monto a pagar, por lo que, en caso de incumplimiento por parte del asegurado, conllevaría la pérdida del derecho a indemnización, terminación de la cobertura o cancelación de la póliza, según lo indicado en las Cláusulas IX, Numeral No.2, XIV y XV.**

11.- **DERECHO DE CONVERSIÓN:** Es el beneficio que le permite al Asegurado y sus dependientes inscritos, optar al momento de terminación de la cobertura bajo esta Póliza cambiar la misma a una nueva Póliza, sin presentar evidencia de asegurabilidad y otorgándose continuidad de cobertura, en base a lo detallado en el Numeral No.10 de esta Cláusula, siempre que:

- Hayan cumplido con el periodo mínimo de inscripción requerido, según el tipo de póliza en base a lo descrito a continuación:
 - Póliza colectiva: cinco (5) años de pertenecer a esta póliza.
 - Pólizas individuales: un (1) año de pertenecer a esta póliza.
- La póliza se encuentra vigentes y el pago de las primas se encuentra al día.
- Soliciten a la Compañía la Conversión y paguen la prima inicial dentro de los primeros treinta y un (31) días calendario siguientes a la terminación de la cobertura bajo esta Póliza.
- La nueva Póliza se encuentre dentro de la oferta de seguros de salud individual disponibles y comercializados por la Compañía y cuente con cobertura similar y por un límite máximo igual o inferior al existente bajo esta Póliza al momento de la conversión.

La fecha de inicio de la nueva Póliza individual comienza inmediatamente que la cobertura bajo esta Póliza termine y la prima a pagar será basada en la tarifa de la Compañía aplicable a la clase de riesgo a la cual pertenezca el Asegurado, la edad que tenga en la fecha efectiva de la nueva póliza de seguro de salud individual, así como a lo indicado en el párrafo anterior.

Adicionalmente, las coberturas y límites de responsabilidad de la Compañía de Seguros bajo la nueva póliza individual no excederán las coberturas y límites provistos que tenían bajo la póliza individual o colectiva y a los mismos se les restarán todos los gastos incurridos, cubiertos y pagados al Asegurado y sus dependientes asegurados en la póliza individual o colectiva, por lo que dichos gastos serán transferidos a la nueva póliza individual.

Cabe señalar que, de igual forma, los recargos y/o exclusiones por condiciones médicas (pre-existencias), limitaciones y/o períodos de espera que se encuentran vigentes bajo esta Póliza, ya sea Individual o Colectiva, bajo el Certificado Individual del Asegurado Principal o de alguno de los dependientes asegurados se mantendrán en la nueva Póliza Individual.

En adición a lo detallado y definido en la Cláusula XIV-Terminación de la Cobertura, para los efectos del Derecho de Conversión se entenderá por Terminación de Cobertura cuando se cumplan con las siguientes condiciones:

1. **El Asegurado Principal haya dejado de formar parte de la entidad que conforma el Contratante por terminación de empleo o relación laboral, dejado de formar parte, ser miembro o pertenecer a la entidad contratante, dejando así de formar parte de la colectividad.**
2. **La Póliza haya sido cancelada por el Contratante, siempre y cuando el asegurado o grupo colectivo no fuera traspasado a otra Compañía de Seguros con Continuidad de Cobertura.**
3. **El Asegurado Principal y/o Familiares Dependientes lleguen a la edad de terminación de cobertura, que establece la Póliza Colectiva.**
4. **En el caso de fallecimiento del Asegurado Principal o si el matrimonio termina por divorcio o anulación, exclusivamente para sus dependientes asegurados.**
5. **En caso de agotarse el límite máximo vitalicio del Asegurado Principal, exclusivamente para sus dependientes asegurados.**

Limitaciones y Exclusiones:

El Derecho de Conversión no será aplicable cuando:

- 1. El Contratante, Asegurado Principal y/o Responsable de Pago no tuvieran el pago de las primas al día al momento de la solicitud de la conversión.**
- 2. El Límite Máximo Vitalicio o Anual Renovable, haya sido consumido en su totalidad por el Asegurado.**

12.-ELEGIBILIDAD: Serán elegibles todas aquellas personas que tengan la calidad de Asegurado Principal y/o Familiar Dependiente, según lo establecido en los Numerales No. 4 y 16 de esta Cláusula. En el caso de pólizas colectivas los Asegurados deberán pertenecer a la Entidad que conforma el Contratante en el momento de la expedición de este seguro o que ingresen a la misma con posterioridad, según se define:

- a) Entidades empresariales, las personas elegibles para el seguro serán los empleados permanentes del Contratante que laboren en jornada completa con un mínimo de cuarenta (40) horas semanales.
- b) Otras Entidades como pero no limitados a, cooperativas, sindicatos, sociedades, asociaciones y/o agrupaciones afines, los miembros elegibles para el seguro serán aquellas personas que forman parte, sean miembros o pertenezcan a dicha entidad.

Dichas definiciones son aplicables, a menos que se disponga algo diferente en las Condiciones Particulares de la Póliza.

13.-ENFERMEDAD: Dolencia, padecimiento, malestar o desorden físico.

14.-ENFERMEDADES CONGÉNITAS, HEREDITARIAS O ADQUIRIDA: Significa enfermedad, desorden o malformaciones transmitidas, adquiridas y/o desarrolladas durante la vida del embrión o durante el proceso de nacimiento o alumbramiento y cuya manifestación puede inclusive presentarse años después del nacimiento del Asegurado.

15.-EXPERIMENTAL: Significa que un tratamiento, procedimiento, servicio, suministro, tecnología o período de hospitalización (o parte de un período de hospitalización):

- a) No ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de diagnósticos y/o enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional.
- b) Se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.
- c) No cumpla con los estándares de las guías de prácticas clínicas aceptadas en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde se lleve a cabo el servicio. Los medicamentos deben contar con la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para tratar la condición diagnosticada y la aprobación de cualquiera otra agencia o Ministerio federal o estatal requerida en los Estados Unidos de América y en la República de Panamá, independientemente del lugar donde se lleve a cabo el tratamiento médico o donde se emitan las facturas.

16.-FAMILIARES Y/O DEPENDIENTES ELEGIBLES SON: Los familiares del Asegurado Principal detallados a continuación, siempre y cuando los mismos sean aceptados por la Compañía, con base a la solicitud de seguro y cualquier otro requisito establecido:

- a) El cónyuge legítimo, o en su defecto la persona que, viviendo en el mismo domicilio en calidad de cónyuge permanente bajo el estado de unión libre o unión de hecho del Asegurado Principal, esté registrado(a) como tal en la Compañía.

Pólizas Individuales:

El cónyuge debe ser mayor de dieciocho (18) años de edad y menor de sesenta y tres (63) años de edad (edad alcanzada o actuarial en seis meses al momento de efectividad del seguro). La cobertura para el cónyuge no tiene edad de terminación.

Pólizas Colectivas:

El cónyuge debe ser mayor de dieciocho (18) años de edad y menor de sesenta (60) años de edad (edad alcanzada o actuarial en seis meses al momento de efectividad del seguro). La cobertura para el cónyuge será hasta que cumpla los ochenta (80) años, a menos que se disponga algo diferente en las Condiciones Particulares de la Póliza.

- b) Los hijos naturales, legítimos de matrimonio, legalmente adoptados o hijastros, siempre que tengan diez (10) días de nacidos y menos de dieciocho (18) años de edad. Cualquiera de los antes mencionados debe ser soltero, vivir en la misma residencia del Asegurado Principal y depender económicamente de este.

Queda entendido que los niños recién nacidos bajo esta póliza, gozarán de cobertura inmediata a partir del momento de su nacimiento por los primeros nueve (9) días, siempre y cuando la madre haya sido cubierta bajo el Beneficio de Maternidad, según lo detallado en la Cláusula IV – Beneficios Cubiertos, Numeral No.5 – Maternidad, de este contrato y en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forma parte integral del mismo.

La cobertura de los hijos solteros, mayores de dieciocho (18) años, que dependan económicamente del Asegurado Principal, se encuentren estudiando y vivan en la misma residencia del Asegurado Principal, se podrá extender hasta el día en que cumplan veintitrés (23) años de edad, sujeto a la presentación del certificado de estudios de los mismos.

Cabe señalar, que podrán acogerse al Derecho de Conversión, los Cónyuges por motivo de fallecimiento del Asegurado principal, divorcios o anulaciones de matrimonio, así como los hijos dependientes que lleguen a la edad de Terminación de cobertura, establecidos en esta Póliza.

Movimientos de Asegurados:

Las inclusiones y retiros de familiares y/o dependientes de la Póliza tendrán efecto únicamente a partir del mes de cobertura inmediatamente siguiente a la fecha de aprobación de la inclusión por parte de la Compañía y/o la notificación de exclusión respectiva por parte del Contratante y/o Asegurado Principal, con excepción de los niños recién nacidos bajo la póliza, según se detalla en la Cláusula IV – Beneficios Cubiertos, Numeral No.5 - Maternidad.

Cualquier cambio dentro de esta póliza y/o al momento de solicitud de conversión que implique mayores beneficios para los Asegurados Principales y/o Familiares Dependientes Asegurados sólo tendrá efecto para aquellos asegurados que cumplan las edades de elegibilidad establecidas en este Numeral y en Numeral No.4 - Asegurado bajo la actual Cláusula y a partir del mes de cobertura inmediatamente siguiente a la fecha de aceptación que la Compañía notifique por escrito, sin embargo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime convenientes y de aceptar o no dicho cambio en base a las políticas de suscripción que tengan vigentes en dicho momento.

Si la Compañía rehúsa aceptar la solicitud de seguro y no aprobar la cobertura, no contraerá ningún compromiso en virtud de tal solicitud. En tal caso y si aplicara, la Compañía reintegrará al Solicitante la suma pagada en concepto de pago inicial a dicha solicitud de seguro.

- 17.-GASTO MEDICO MAYOR: Corresponde a cirugía y/o hospitalizaciones por enfermedades o lesiones que se caracterizan por el alto riesgo en el que ponen la vida y la integridad de la salud de una persona y/o que involucran elevados costos de atención y tratamiento, así como un requerimiento elevado de especialización médica. Para los efectos de esta Póliza, se entenderán por Gastos Médicos Mayores las siguientes condiciones médicas:

- a. Enfermedades Neurológicas y Neuroquirúrgicas incluyendo accidentes Cerebrovasculares.
- b. Enfermedades Cardiovasculares y del Corazón.
- c. Cáncer y afecciones Hemato- Oncológicas.
- d. Trauma Mayor (Politraumatismos).
- e. Cirugías Ortopédicas Mayores y Artroscópicas.
- f. Enfermedades Renales incluyendo la Insuficiencia Renal Crónica.
- g. Otras cirugías u hospitalizaciones por enfermedades o lesiones no descritas en los puntos anteriores, para los gastos incurridos a partir del onceavo (11vo) día de estancia hospitalaria.

18.-HOSPITAL: El término hospital, llamado también centro hospitalario, significa un establecimiento que reúna las condiciones exigidas para atender pacientes y que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios.

19.-LÍMITE MÁXIMO VITALICIO: Es el monto o límite máximo a pagar en concepto de reclamos cubiertos y pagados bajo esta Póliza o Beneficio con respecto a un Asegurado, durante su vida o según lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximo Reembolsables. Esta cantidad es por todo el periodo de duración de la Póliza o por el Beneficio, lo primero que cese.

En ningún caso el Máximo Vitalicio para un Asegurado, excederá el límite indicado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, cualquiera que sea el número de veces que la Póliza haya sido rehabilitada o que el Asegurado Principal y/o Familiar Dependiente Asegurado haya sido transferido de una póliza o plan a otro.

El límite Máximo Vitalicio de un Asegurado no será reducido por edad mientras se encuentre en vigencia esta Póliza, a menos que se indique algo diferente en las Condiciones Particulares o Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables del Asegurado.

20.-MEDICAMENTO NECESARIO O NECESIDAD MÉDICA: Significa que un tratamiento, examen, prestación médica, procedimiento, suministro, medicamento o estancia en un Hospital o Centro de Trasplante, etc. (o parte de una estancia en un Hospital o Centro de Trasplante):

1. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado;
2. Fundamentado generalmente en la práctica médica actual aceptada y que no sea de naturaleza educacional o experimental;
3. No excede en alcance, duración o intensidad, el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado;
4. Ha sido prescrito por un Médico Idóneo según especialidad, siempre y cuando la misma sea certificado y aprobado por la compañía;
5. Es consistente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en Panamá; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento;
6. No pueda ser administrado fuera de un hospital o centro de trasplante sin poner en riesgo a el paciente; y
7. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia del Asegurado, de su familia, de su médico u otro proveedor.

La necesidad médica será certificada y aprobada por los médicos de la Compañía con base en la definición anterior. **El hecho de que un tratamiento, procedimiento, prestación médica, suministro, medicamento o período de hospitalización haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico no es necesariamente suficiente para considerarlo como una necesidad médica cubierta por esta Póliza.**

21.-MEDICAMENTO: Fármacos integrados en una forma farmacéutica, presentado para expendio y uso industrial o clínico y destinado para su utilización en personas o en animales, dotado de propiedades que permiten el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar el estado de salud de las personas enfermas, o para modificar estados fisiológicos y sujetos a la exoneración de impuestos.

- **Innovador o Comercial:** Hacen referencia al nombre comercial o registro de marca, definido como el nombre registrado de un producto. Este nombre es propiedad privada del fabricante o titular de registro sanitario y se utiliza para distinguir un medicamento entre los competidores del mercado.
 - **Bioequivalente o Genérico:** Es aquel que no se distribuye con un nombre comercial o de marca y posee la misma concentración y dosificación que su equivalente comercial o de marca. Producen los mismos efectos que su contraparte comercial o de marca, ya que poseen el mismo principio activo.
- 22.- **MÉDICOS:** Es la persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina. **Queda establecido que la Compañía no reembolsará honorarios médicos cuando el médico se encuentren dentro del primer grado de consanguinidad y/o segundo de afinidad con el Asegurado.**
- 23.- **NIÑO PREMATURO:** Se considera cuando el nacimiento del recién nacido, es previo a las treinta y siete (37) semanas de gestación.
- 24.- **NIÑO SANO:** Se considera cuando el nacimiento del recién nacido es después de las treinta y siete (37) semanas de gestación y su historia (familiar, materna, gestacional y perinatal), su adaptación y examen físico garanticen que no presenta ningún problema médico y solo requiere de cuidados y procedimientos rutinarios.
- 25.- **PAIS DE RESIDENCIA:** Para los efectos de este contrato, se considera que el País de residencia es la República de Panamá.
- Para gozar del beneficio que otorga ésta Póliza, se requiere que el Asegurado Principal y/o sus Dependientes Asegurados, residan permanentemente en Panamá y que permanezcan un mínimo de diez (10) meses consecutivos durante el año de vigencia del contrato en el Territorio Nacional. **En consecuencia, el cambio de país de residencia y/o el incumplimiento del expresado plazo mínimo de permanencia acarreará la Terminación de Cobertura y/o la cancelación automática del presente contrato.**
- Quedan excluidos de este requisito, los hijos dependientes que estudien en el extranjero previa aceptación de la Compañía, y casos de Asegurados Principales y Cónyuges, que por motivo de estudio deban salir de Panamá por períodos mayores a los dos (2) meses consecutivos, para lo cual estos casos deben ser notificados y aprobados mediante endoso por la Compañía, de lo contrario la Compañía no realizará reembolso alguno.
- Cambio de País de Residencia:** El Asegurado, debe notificar por escrito a la Compañía si cambia su país de residencia dentro de los primeros treinta (30) días del cambio. **El cambio de residencia del Asegurado, conllevará la Terminación de Cobertura de un Asegurado y/o cancelación automática de la Póliza, según lo indicado en las Cláusulas XIV y XV.**
- 26.- **PARTICIPACIÓN MÁXIMA DEL ASEGURADO (“Stop Loss”):** Es el monto máximo en que un Asegurado debe participar por año póliza, sobre la porción de coaseguro que le corresponde bajo los beneficios que apliquen, según lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables de esta póliza. En exceso del monto indicado, la Compañía asumirá el cien (100%) por ciento de los gastos incurridos y cubiertos durante el resto de ese año póliza para los beneficios donde aplique coaseguro.
- Bajo este concepto, no se incluyen los montos aplicados a deducibles, Copagos, excedentes de Usual, Razonables y Acostumbrados, la porción de penalización o reducción de beneficios por tratamientos, procedimientos y/o hospitalizaciones no pre-autorizados y/o no aprobados por la Compañía, así como por la utilización de proveedores médicos no pertenecientes a la Red de Proveedores de la Compañía y cualquier otra detallada.**
- 27.- **PERIODO DE GRACIA:** Lapso de treinta (30) días calendarios durante el cual la Compañía difiere en el tiempo el cumplimiento del pago de la prima correspondiente, contado a partir de la fecha de vencimiento del pago de la misma, conforme a la forma pactada y calendario de pago establecido en

las condiciones particulares de la póliza y durante el cual surten efecto las garantías de la póliza en caso de siniestro.

- 28.- RED DE PROVEEDORES: Red de médicos, hospitales, clínicas, laboratorios, centro de diagnósticos y demás proveedores de servicios de salud que reúna las condiciones exigidas para atender pacientes, que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios y que se encuentren inscritos en la lista vigente de proveedores designados por la Compañía para el Plan de Salud.

La Compañía se reserva el derecho de modificar, adicionar, sustituir, reemplazar o cancelar de tiempo en tiempo, uno o varios hospitales y participantes de la red de proveedores de salud, aunque se encuentren detallados en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, en los casos en donde exista evidencia de negligencia médica, abuso, malas prácticas, mal servicio, terminación de contrato y/o por cualquier otra causa establecida por la Compañía.

El Asegurado es responsable ante el proveedor de asumir y pagar el monto completo en concepto de Coaseguro, Deducible y demás condiciones establecidos en la póliza, según se detalle en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, para recibir los servicios que requiera bajo la póliza. El Proveedor podrá otorgar precios preferenciales o descuentos adicionales sobre el monto global y/o bruto facturado por el servicio brindado, reduciendo el monto a pagar por él Asegurado y la Compañía en función de la participación correspondiente a cada una de las partes. **Queda entendido que, el Asegurado y el proveedor no pueden negociar, ni realizar acuerdos, pactos, arreglos, o exoneraciones respecto del pago (total o parcial) exclusivamente sobre la participación que le corresponde al Asegurado por el servicio que requiere conforme el beneficio o cobertura contratada, por lo que cualquier acuerdo, pacto, arreglo o exoneración, sin la autorización previa y por escrita de la Compañía, será considerado un incumplimiento del contrato por parte de El Asegurado, lo cual conllevará la pérdida del beneficio o cobertura requerida, la declinación del reclamo, la nulidad o rechazo de la pre-autorización otorgada, y hasta la cancelación de la póliza, según lo indicado en las Cláusulas IX, Numeral No. 2, XIV y XV.**

Queda entendido que cualquier gasto incurrido por el Asegurado con proveedores de la salud que no pertenezca a la Red de Proveedores de la Compañía fuera de Panamá, por motivo de enfermedad o de lesión corporal accidental, serán reembolsados al Asegurado, en base a lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forma parte de este contrato.

- 29.- RESPONSABLE DE PAGO: Es la persona, natural o jurídica, que se obliga a responder por el pago de las primas de la póliza, según la frecuencia, forma pactada y calendario de pago, establecidas en las condiciones particulares de esta póliza.
- 30.- RIESGO: Es la esencia de cualquier póliza de seguros, ya que representa la circunstancia que se pretende cubrir en el caso de que sucediera. Es la probabilidad de ocurrencia de un evento y/o la posibilidad de que la persona sufra un suceso incierto, futuro, como una enfermedad o accidente. Implica un conjunto de circunstancias relativas al Asegurado, que son de compleja valoración para la Compañía. Son ejemplos de riesgo la moralidad del asegurado, su estado de salud, su situación económica, sus hobbies o pasatiempos, su ocupación, funciones laborales, entre otros.
- 31.- SUSPENSIÓN DE COBERTURA: Lapso de sesenta (60) días calendarios durante el cual la Compañía difiere en el tiempo el cumplimiento del pago de la prima correspondiente, contados a partir de la fecha de vencimiento del Período de Gracia, conforme a la forma pactada y calendario de pago establecido en las condiciones particulares de la póliza y durante el cual las garantías o coberturas de la póliza quedan suspendidas y la Compañía no tiene responsabilidad alguna por reclamaciones o indemnizaciones incurridas durante este período. La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la prima dejada de pagar durante dicho periodo; o hasta que la póliza sea cancelada. **Cabe señalar, que, aunque la cobertura o póliza haya sido rehabilitada, la Compañía no tiene responsabilidad alguna por reclamaciones o indemnizaciones incurridas durante el periodo de suspensión.**

32.-TRATAMIENTO ELECTIVO O PROGRAMADO: Todo tratamiento, procedimiento, servicio ambulatorio y/o cirugía que no sea de emergencia o considerada una urgencia médica y que pueda ser realizada y/o programada con el proveedor médico.

33.-URGENCIA O EMERGENCIA MEDICA: Se considera como la aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad que ponen en peligro la vida y salud del enfermo o lesionado, según se detalla a continuación:

- Emergencia Médica: existe amenaza inmediata para la vida y la salud, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que se requiere de atención médica de inmediato como ejemplo, pero no limitado a: Dolor en el pecho, Signos de accidente cerebro vascular, entumecimiento de brazos y piernas, lesión craneal, dolor abdominal, pérdida de conciencia, dificultad para respirar, envenenamiento, convulsiones, sangrados, huesos rotos, quemaduras mayores, reacciones anafilácticas, entre otros.
- Urgencia Médica: no existe el peligro o amenaza inmediata, para la vida y salud, pero de no ser atendida oportunamente se podría convertir en una emergencia, como ejemplo, pero no limitado a: fiebre, dolor en el oído, dolor de garganta, tos, asma leve, náuseas y vómito, diarrea, infección urinaria, torceduras, esguinces, dislocaciones o lesiones deportivas, heridas punzantes, laceraciones, quemaduras menores, reacciones alérgicas menores, etc.

34.- USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO (URA): Quiere decir un cargo por atención o servicio médico el cual se considerará razonable hasta el límite acostumbrado y que no exceda el nivel general de cargos hechos por otros de carácter similar en la localidad o área geográfica (o geográficamente comparable) donde el cargo es incurrido, cuando se compara con honorarios, suministros o tratamientos iguales, servicios o abastecimientos a individuos del mismo sexo y de edad e ingreso semejante, por la lesión o enfermedad similar.

Para la cuantificación del URA, se podrá utilizar el valor relativo en unidades que se le da a cada procedimiento médico, tomando en cuenta los siguientes factores: habilidad y tiempo requerido, gravedad del caso, riesgo inherente y posibilidad de error.

CLÁUSULA III. - INICIACIÓN DEL SEGURO:

- 1.- El Asegurado y/o sus familiares dependientes que ingresen al seguro en su fecha de expedición, quedarán amparados bajo el mismo, a partir de la fecha de vigencia desde indicado en las condiciones particulares; excepto por las enfermedades pre-existentes que tengan restricciones de tiempo, las limitaciones del primer año y exclusiones de esta póliza.
- 2.- Cualquier ingreso de familiares dependientes al seguro solicitado con posterioridad a la fecha de expedición de esta Póliza, tendrá efecto únicamente a partir del mes de cobertura inmediatamente siguiente a la fecha de aprobación de la inclusión por parte de la Compañía; excepto por las enfermedades pre-existentes que tengan restricciones de tiempo, las limitaciones del primer año y exclusiones de esta póliza.
- 3.- **Si en la fecha de iniciación del seguro un Asegurado Principal y/o Familiar Dependiente Asegurado se encontrare hospitalizado, la Compañía no tendrá ninguna responsabilidad por dicha hospitalización y/o su condición médica, diagnóstico o secuelas de la misma y su ingreso a la Póliza será determinada por la Compañía.**

CLÁUSULA IV.- BENEFICIOS CUBIERTOS:

Los límites y condiciones que se conceden bajo esta Póliza serán iguales para todos los Asegurados y/o dependientes, según lo estipulado en este contrato.

Para tener derecho a los beneficios bajo la Póliza, el Asegurado Principal y/o Familiares Dependientes Asegurados deberán residir en Panamá, según lo establecido en la Cláusula II – Definiciones y Generalidades, Numeral No.25 - País de Residencia y en la Cláusula XIV - Terminación de la Cobertura, Numeral No.5. Solamente serán excluidos de esta limitación de país de residencia, los

hijos dependientes del Asegurado Principal inscritos en la Póliza, que estén cursando estudios en el extranjero, así como el Asegurado Principal y demás familiares asegurados por tiempo definido, siempre y cuando sean autorizados por escrito por la Compañía.

Los beneficios cubiertos serán pagados al recibirse prueba satisfactoria de que un Asegurado ha incurrido en gastos cubiertos durante la vigencia de la cobertura del Asegurado en ésta Póliza. **Se entiende por beneficios cubiertos bajo esta Póliza, aquellos listados en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables dependiendo del plan de seguros y opción contratado**, por los cuales el Asegurado ha pagado la prima establecida por la Compañía, los cuales se pagarán conforme a lo estipulado en dicha tabla y en esta sección, quedando sujetos a todas las condiciones, exclusiones y limitaciones establecidas en este contrato.

La Compañía reconocerá para todos los beneficios los costos usuales, razonables y acostumbrados siempre y cuando sean médicamente necesarios para la enfermedad o accidente cubierto por la Póliza, y que tenga relación directa con el diagnóstico dictado por el médico tratante y aprobado por la Compañía, según lo establecido en la Cláusula II – Definiciones y Generalidades, Numeral No.20.

Cabe Señalar que, para todos los beneficios descritos en esta cláusula, el Asegurado es responsable ante el proveedor de asumir y pagar los montos completos en concepto de deducible, coaseguro, excedentes y demás condiciones establecidos en esta póliza y según se detalle en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables. El asegurado se puede ver favorecido en caso de obtener precio preferencial o descuentos adicionales sobre el monto global y/o bruto facturado por el proveedor, reduciendo el monto a pagar por él y la Compañía en función de la participación correspondiente a cada una de las partes. **Queda entendido que el Asegurado no podrá negociar, ni realizar acuerdos, arreglos, exoneraciones de pago (total o parcial) con proveedores exclusivamente sobre su participación o monto a pagar, por lo que, en caso de incumplimiento por parte del asegurado, conllevaría la pérdida del derecho a indemnización, terminación de la cobertura o cancelación de la póliza, según lo indicado en las Cláusulas IX, Numeral No. 2, XIV y XV.**

1.- RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL:

- a.- Cuarto y Alimentación Diaria: Los cargos de cuarto y alimentación hechos por el hospital en concepto de habitación privada o Semi-privada en Panamá, Centroamérica y Colombia, según lo detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, y habitación Semi-privada en los otros países. Si un hospital del extranjero (excepto Centroamérica y Colombia) no posee habitaciones Semi-privadas, el máximo pagadero por concepto de habitación y comida será el noventa (90%) por ciento de la tarifa más baja que tenga el hospital por una habitación privada.

Queda entendido que este beneficio no será pagadero en los días en que el asegurado se encuentre recluido en la Unidad de Cuidados Intensivos u en otra área como paciente hospitalizado.

Bajo este beneficio no se cubrirán los gastos del acompañante, ya sean parientes o no, durante la hospitalización.

- b.- Cuidados Intensivos o Semi-intensivo Diario: Los cargos de cuarto y alimentación hechos por el hospital en concepto de reclusión de un Asegurado en la Unidad de Cuidado Intensivo o Unidad Coronaria.

Bajo este beneficio no se cubrirán los gastos del acompañante, ya sean parientes o no durante la hospitalización.

- c.- Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos): Los cargos facturados por el hospital, tales como pero no limitados a: sala de operaciones, sala de recobro, material de cirugía, anestésicos, exámenes de laboratorio, radiografías, medicinas, drogas, transfusiones, terapias físicas y radiológicas, oxígeno y todos los demás servicios que normalmente presta un establecimiento asistencial, de acuerdo con la dolencia que se trate limitados a las cantidades médicamente requeridas durante la reclusión del Asegurado en el hospital y el listados de insumos no cubiertos. Este beneficio se pagará también en los casos de Cirugía Ambulatoria.

- d.- Cirugía: Los honorarios profesionales de un médico calificado por procedimiento quirúrgico, incluyendo las visitas de control post-operatorios y/o patología, con base a lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

Si dos (2) o más operaciones quirúrgicas se ejecutan en la misma sesión operatoria, por el mismo cirujano principal/especialista, por la misma incisión y en el mismo campo operatorio, el reembolso total para todas estas intervenciones quirúrgicas estará limitado al máximo fijado para aquel procedimiento ejecutado, cuyo costo sea el más alto.

Cuando sea necesario efectuar dos (2) o más operaciones quirúrgicas en la misma sesión operatoria, por el mismo cirujano principal/especialista y por la misma incisión, pero en diferentes campos operatorios, se aplicarán los honorarios correspondientes de la siguiente manera:

- a) **Por el procedimiento de mayor costo, se reembolsará de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables**
- b) **Por el segundo procedimiento, se reembolsará el cincuenta (50) %**
- c) **Por el tercer procedimiento, se reembolsará el veinticinco (25) %.**

Cuando sea necesario efectuar dos o más operaciones quirúrgicas en la misma sesión operatoria, por diferentes cirujanos/especialistas y por la misma o diferentes incisiones, pero en diferentes campos operatorios, se reembolsarán los honorarios correspondientes a cada cirujano/especialista por los procedimientos realizados, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

En caso de necesidad médica y previa autorización por parte de la Compañía, se podrán reconocer los honorarios médicos de un (1) un asistente cirujano durante una sesión operatorio, siempre y cuando este detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables sujeto al pago del 20% del honorario cubierto por la póliza al Cirujano Principal.

Bajo este beneficio no se reembolsarán cargos efectuados por dos (2) o más médicos de la misma especialidad, ambos en calidad de cirujano principal.

- e.- Anestesia: Los cargos por anestesia y su aplicación que se requieran en un tratamiento o cirugía causada por una lesión o enfermedad cubierta por la Póliza.

El reembolso por anestesia solamente se hará cuando el mismo sea administrado personalmente por un médico anesthesiólogo, que permanezca en presencia constante durante el procedimiento, y el reembolso corresponderá al treinta y tres, punto treinta y tres (33.33) % del monto pagado al Cirujano Principal.

En caso de necesidad médica, y previa autorización por parte de la Compañía, se podrán reconocer los honorarios médicos de un (1) un asistente anesthesiólogo durante el proceso operatorio, siempre y cuando este detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, sujeto al pago del 20% del honorario cubierto por la póliza al Anesthesiólogo Principal.

Bajo este beneficio no se reembolsarán cargos efectuados por dos (2) o más médicos de la misma especialidad, ambos en calidad de anesthesiólogo principal.

- f.- Visitas Intrahospitalarias: Los cargos por honorarios profesionales de un médico calificado para la atención facultativa y tratamiento, según lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forman parte de este contrato.

Si durante una hospitalización el paciente necesita la asistencia de un médico adicional para la atención de una condición distinta a la causa médica por la cual fue hospitalizado, estas visitas estarán sujetas a la autorización por parte de la Compañía y limitadas a una por día. En el evento que el médico adicional estime que, debido a la condición del paciente, sean necesarias más de un (1) una visita diaria, dicho médico lo deberá solicitar a la Compañía para la aprobación de las mismas; de lo contrario, no serán cubiertas por la Póliza.

2.- SERVICIOS AMBULATORIOS:

Se entiende que corresponden a atenciones médicas ambulatorias y facturaciones por: consultas médicas, medicamentos (innovador o genérico), drogas, terapias físicas y de rehabilitación, acupuntura, quiropráctica, Inhaloterapias o nebulizaciones, laboratorios, radiología, exámenes especiales o pruebas diagnósticas especializadas, tratamientos dirigidos, inmunoterapia, hormonoterapias, monoclonales, hemodiálisis, quimioterapias y radioterapias, que no requieran hospitalización, siempre y cuando hayan sido tratados, recetados o prescritos por un médico calificado, sean cubiertos por la póliza y se encuentren detallados en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

Los cargos por exámenes especiales, pruebas o estudios diagnósticos especializados, procedimientos especiales realizados de forma ambulatoria, tales como, pero no limitadas a: Ultrasonidos, Resonancia Magnética ("RMN"), Pruebas nucleares (materiales especiales incluidos), Tomografías Computarizadas ("CAT SCAN"), Electromiogramas ("EMG"), Velocidad de Conducción Nerviosa ("VCN"), Laboratorio Cardiovascular no invasivo ejemplo ("Holter, Stress Test"), Ecocardiograma, Endoscopias, Colonoscopias, Cateterismo con o sin Stent, Bloqueos, Infiltraciones, Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica ("CPRE"), Crioterapia, Cauterización, Litotripsia y cualquier otro que la Compañía considere como tal, deben realizarse previa autorización por parte de la Compañía. **El incumplimiento de este requisito causará al Asegurado que sus beneficios pagaderos o cubiertos se reduzcan al cincuenta (50) %.**

Las Terapias Físicas y de Rehabilitación, aplicaran para aquellas enfermedades o lesiones que limiten las capacidades de movilidad de una persona a realizar actividades funcionales diarias, productos de una enfermedad o accidente cubierto bajo la póliza, que sean medicamente necesarias para que un Asegurado recupere o mantenga, si es posible, el estado de salud en que se encontraba antes del padecimiento o lesión y a consecuencia del cual dicho estado se ha deteriorado. Los servicios que se requieran deberán ser solicitados a la Compañía por el médico tratante, expresando las razones y necesidad del mismo y estarán sujetos a previa autorización por parte de la Compañía. Los servicios serán pagados y estarán limitados, según lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forma parte del contrato.

Cabe señalar que, siempre y cuando se encuentren detallados en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables y hasta el máximo indicado de acuerdo al plan escogido por el Asegurado, se cubrirán los gastos médicos por:

- Equipo Médico Durable: Tales como, pero no limitados a: Bastones, muletas, andaderas, vehículos eléctricos (POV), sillas de ruedas, sillas para baño, sillas para inodoros, camas (tipo hospital), barras de trapecio, baranda para camas, máquinas para levantar al paciente y cualquier otra que la Compañía considere como tal, siempre y cuando sean aprobados por parte de la Compañía.
- Exoprotesis u Ortésis: Cubre exclusivamente brazos, manos, piernas y pies artificiales e incluye todos los costos asociados con el procedimiento, incluyendo cualquier terapia relacionada con el uso del nuevo dispositivo artificial, siempre y cuando sean aprobadas por parte de la Compañía.

Solamente serán cubiertos cuando el Asegurado es capaz de alcanzar funcionalidad o actividad ambulatoria por medio del uso de la prótesis y si el Asegurado no sufre de una condición cardiovascular, neuromuscular o del aparato locomotor que sea significativa y pueda llegar a afectar o ser afectada negativamente por el uso del dispositivo artificial (por ejemplo, una condición que impida al paciente caminar normalmente).

Las reparaciones del dispositivo artificial están cubiertas solamente cuando sean necesarias debido a cambios anatómicos o de funcionalidad o debido a desgaste por uso normal, que hagan que el dispositivo no funcione, siempre y cuando sean aprobadas por parte de la Compañía.

Todos los servicios que se detallan deben ser realizados previa Certificación y Autorización por parte de la Compañía. **El incumplimiento de este requisito causará al Asegurado que sus beneficios pagaderos o cubiertos, se reduzcan al cincuenta (50) % sobre los costos usuales, razonables y acostumbrados.**

Cabe señalar que todos los gastos indicados deben ser cancelados por el Asegurado y presentados a la Compañía en el término acordado en la Cláusula IX.- Reclamaciones, para el reembolso correspondiente según las Condiciones Generales de la Póliza y la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

Bajo este beneficio quedan expresamente excluidos todos los gastos relacionados directa o indirectamente con Maternidad y con atenciones subsecuentes a servicios o procedimientos previamente realizados por parte de un médico tratante y cuyo costo ya se encuentre incluido dentro de la atención inicial, tales como pero no limitados a: retiro de yeso, corte de puntos, controles post operatorios, etc.

3.- CUARTO DE URGENCIA:

Los cargos por atención médica ambulatoria incurridos exclusivamente dentro de un Cuarto de Urgencias, ya sea en de un centro de asistencia médica hospitalaria o ambulatoria, según se detalla a continuación:

a- Por Accidente:

Debido a una lesión corporal sufrida por un Asegurado en un accidente, que se incurran dentro de las cuarenta y ocho (48) horas subsiguientes al mismo.

Incluye el cuidado dental de emergencia para restaurar dientes naturales en buen estado, perdidos o dañados, procedimientos en la mandíbula incluyendo articulaciones temporomandibular, craneomandibular u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura por un accidente cubierto bajo esta Póliza, así como los tratamientos dentales y/o de ortodoncia fuera del Cuarto de Urgencias, que resultasen necesarios a consecuencia de dicho accidente, los cuales serán cubiertos bajo los beneficios de Reclusión en el Hospital, Cirugía Ambulatoria y/o Servicios Ambulatorios, según lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, hasta noventa (90) días después de ocurrido el accidente. El plan de tratamiento, exámenes realizados al Asegurado y el costo estimado deberán ser entregados a la Compañía y solicitar su pre-autorización antes de comenzar los tratamientos dentales. **El incumplimiento de los requisitos anteriores causará la pérdida de todo beneficio. No aplica, si dicha lesión ocurre cuando el Asegurado se encuentre realizando actividades tales como, pero no limitadas a: comer e ingerir bebidas.**

Por extensión y aclaración se asimilan a la noción de accidente: la intoxicación alimenticia o envenenamiento, producto del consumo de comidas o bebidas en mal estado.

b- Por Enfermedad Crítica Detallada:

Debido a una enfermedad cubierta y sufrida por un Asegurado dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de la aparición de los síntomas.

Solamente se reconocerán bajo esta cobertura, los gastos médicos que se originen por enfermedades que ocasionen trastornos y mal funcionamiento de órganos o de funciones vitales (críticas detalladas), tales como: Infarto del miocardio o insuficiencia coronaria, estados de pérdida de conocimiento o de obnubilación y/o desorientación súbita, reacciones alérgicas agudas o anafilácticas, hemorragia de todo tipo incluyendo obstétricas y ginecológicas, convulsiones, intoxicaciones, cólico renal, cólico vesicular o hepático, episodios de angina de pecho, embolias pulmonares, ataque agudo de asma bronquial, vómito y diarrea con o sin deshidratación, dolor abdominal agudo, estado de shock o coma de cualquier orden, retención aguda de orina, fiebre alta en la infancia y cualquier otra enfermedad que pudiera poner en peligro la vida del Asegurado, siempre y cuando sea aprobada por la Compañía.

c.- Por Enfermedad No Crítica Detallada:

Debido a una enfermedad no crítica detallada y cubierta, según lo descrito en el punto b y sufrida por un Asegurado dentro de las setenta y dos (72) horas de la aparición de los síntomas.

No se reconocerán bajo esta cobertura, los gastos médicos por exámenes especiales o pruebas diagnósticas especializadas, según lo descrito en el Numeral No. 2 – Servicios Ambulatorios, de esta Cláusula.

En caso que el asegurado requiriera de otros servicios médicos, a consecuencia de la atención en el Cuarto de Urgencias, tales como, pero no limitados a: Hospitalización, Cirugía, Exámenes Especiales, Servicios Ambulatorios u otros, los mismos serán cubiertos con base a lo indicado en esta cláusula siempre que los mismos se encuentren detallados en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, por lo que no serán cubiertos bajo el beneficio del Cuarto de Urgencias.

4.- CIRUGIA AMBULATORIA:

Los servicios hospitalarios (cargos misceláneos) y honorarios médicos (cirugía, anestesia y/o patología), según lo descrito en el Numeral No. 1 de esta cláusula, ocasionados por un Asegurado que no requiera hospitalización y que se lleven a cabo en un hospital, clínica, centro de cirugía ambulatoria o consultorio médico, según lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

a. Realizada en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria:

Cirugía y honorarios médicos, que no requieran hospitalización, y que, por la condición y seguridad del Asegurado, dicha cirugía debe ser realizada en el área del salón de operaciones de un hospital, clínica o en el centro de cirugía Ambulatoria.

b. Realizada en el Consultorio Médico:

Significa los cargos misceláneos ocasionados por cirugía y honorarios médicos, que no requieran hospitalización, y que por tratarse de un procedimiento poco complejo y de bajo riesgo puede ser realizado en el consultorio del Médico. La Compañía podrá determinar en conjunto con el médico si dicha cirugía puede ser realizada en el consultorio.

5.- MATERNIDAD:

Los gastos ocasionados por el embarazo de una Asegurada se cubrirán según lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables. El período de espera, será el establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, el cual inicia a partir de la fecha de inclusión de la Asegurada Principal o Cónyuge en la Póliza. **Durante el período de espera, los gastos incurridos por la Asegurada Principal o Cónyuge en concepto de embarazo no estarán cubiertos bajo esta Póliza.**

Para todos los efectos de este beneficio, se incluirá bajo el término embarazo: el alumbramiento, abortos no provocados criminalmente, complicaciones resultantes de estos y/o del mismo embarazo, cuidados rutinarios del recién nacido sano o con condición médica de no prematuridad, hasta el momento del egreso hospitalario y, en general, cualquier clase de atención médica que se requiera como consecuencia del embarazo incluyendo los servicios ambulatorios pre-natales requeridos en aquellos casos en que estos últimos se encuentren detallados y hasta los límites establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

Las hijas o hijastras dependientes de un Asegurado Principal se encuentran excluidas de los beneficios de Maternidad bajo esta Póliza.

La Compañía cubrirá automáticamente (desde el día del nacimiento) y sin pasar por requisitos de asegurabilidad a los niños recién nacidos cubiertos por esta Póliza, según lo detallado en este numeral. Cabe señalar que el Asegurado Principal notificará por escrito a la Compañía la inclusión del hijo dentro de los diez (10) primeros días del nacimiento y deberá pagar la prima mensual correspondiente, sin aplicación a pro-rata. Queda entendido que el o los hijos inscritos como dependientes en la póliza, gozaran de cobertura a partir de su egreso del hospital, quedan asegurados bajo las mismas condiciones y beneficios de la Póliza.

En caso de que la inclusión del hijo (s) no sea notificado a la Compañía en el término arriba estipulado, la Compañía se reserva el derecho de exigir las pruebas de asegurabilidad que estime conveniente para su aceptación o no.

Cabe señalar, que bajo este beneficio se cubrirán los gastos médicos por:

- Prueba de Amniocentesis, en que incurra la Asegurada Principal o Cónyuge embarazada bajo este beneficio, siempre y cuando la misma tenga treinta y ocho (38) años o más, y sea aprobada por la compañía, según necesidad médica.
- Almacenamiento de Células Madre, siempre y cuando este beneficio se encuentre detallados en la en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables y hasta el máximo indicado en la misma. Este beneficio reembolsará los gastos en que incurra la Asegurada Principal o Cónyuge al momento del parto, por la toma de sangre del Cordón Umbilical para la toma de Células Madre y el costo de almacenamiento.

a. Recién Nacidos Sano o con Condición Médica de no Prematuridad:

Queda entendido que se cubren los gastos relacionados del cuidado rutinario del recién nacido sano o con condición de no prematuridad bajo esta póliza, siempre y cuando la madre haya sido cubierta bajo el Beneficio de Maternidad, según lo detallado en esta cláusula y este beneficio se encuentre detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables. Se entiende que el límite máximo por evento o parto establecido en la Tabla de Beneficios Máximo Reembolsables, es independiente al límite Máximo por Embarazo y aplica para todos los gastos cubiertos e incurridos por todos los recién nacidos en el mismo evento o parto y hasta el momento del egreso hospitalario, para aquellos beneficios que se encuentren detallados en la Tabla de Beneficios Máximo Reembolsables, por lo que en estos casos no se cubrirán gastos de recién nacidos sanos o con condición médica de no prematuridad dentro del máximo por embarazo.

b. Recién Nacidos Prematuros:

Queda entendido que se cubren los gastos relacionados con el cuidado crítico neonatal del recién nacido prematuro bajo esta póliza, siempre y cuando la madre haya sido cubierta bajo el Beneficio de Maternidad, según lo detallado en esta cláusula y este beneficio se encuentre detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables. Se entiende que el límite máximo por evento o parto establecido en la Tabla de Beneficios Máximo Reembolsables, es independiente al límite Máximo por Embarazo y aplica para todos los gastos cubiertos e incurridos por todos los recién nacidos en el mismo evento o parto y mientras se encuentren hospitalizados o como paciente ambulatorio, incluso posterior al egreso hospitalario e inscripción como dependiente en la póliza a consecuencia de su condición de prematuridad, para aquellos beneficios que se encuentren detallados en la Tabla de Beneficios Máximo Reembolsables.

6.- ENFERMEDAD CONGÉNITA, HEREDITARIA O ADQUIRIDA:

a. Del Recién Nacido en Póliza:

Este beneficio cubrirá todos los gastos médicos cubiertos bajo esta Póliza, siempre y cuando esté detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, la madre haya sido cubierta bajo el Beneficio de Maternidad, según lo detallado en la Cláusula anterior y el o los recién nacidos fueron inscritos dentro de los diez (10) primeros días del nacimiento.

La cobertura es efectiva desde el momento del nacimiento y hasta el límite máximo de por vida establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, aplicable para cada uno de los recién nacidos.

Todos los gastos incurridos en concepto de este Beneficio se pagarán bajo la cobertura de cada niño, según la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, ya sea un gasto ambulatorio o por hospitalización.

b. Del No Nacido en la Póliza:

Este beneficio cubrirá todos los gastos médicos cubiertos bajo esta Póliza, siempre y cuando esté detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, en base a lo establecido en la misma y hasta el límite indicado, aplicables a cada Asegurado.

Para todos los efectos de este beneficio, se consideran como gastos médicos cubiertos, cualquier clase de atención médica que se requiera como consecuencia de la enfermedad congénita, hereditaria o adquirida, como ejemplo, pero no limitado a: Reclusión en el Hospital, Servicios Ambulatorios, Cirugías Ambulatorias, medicamentos, terapias dirigidas, inmunoterapias, Trasplantes de Órganos o Tejidos, siempre y cuando el o los beneficios se encuentren detallados en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables de esta póliza y serán cubiertos en base a las condiciones y hasta los límites establecidos de este beneficio.

7.- MEDICINA PREVENTIVA:

Cubre los gastos relacionados con el control médico general (chequeo rutinario), exámenes, laboratorios y demás gasto médicos, siempre y cuando este beneficio este detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables y hasta el límite y condiciones establecidos en la misma, la cual forman parte integral de esta Póliza.

8.- SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA):

La Compañía cubrirá todos los gastos bajo este beneficio por las enfermedades y/o accidentes que tuvieran lugar con motivo de sufrir el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siempre y cuando este beneficio esté detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables y hasta el límite establecido en la misma la cual forma parte integral de esta póliza y **cuando el virus o la enfermedad no haya sido detectado antes del período de la vigencia o fecha de inclusión de un Asegurado de la póliza.**

Para todos los efectos de este beneficio, se consideran como gastos médicos cubiertos, cualquier clase de atención médica que se requiera como consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como ejemplo, pero no limitado a: Reclusión en el Hospital, Servicios Ambulatorios, Cuarto de Urgencia, Cirugías Ambulatorias, Trasplantes de Órganos o Tejidos, siempre y cuando el o los servicios y/o procedimientos se encuentren detallados en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables de esta póliza y serán cubiertos en base a las condiciones y hasta los límites establecidos de este beneficio

9.- TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS (Tratamientos Psiquiátricos):

La Compañía cubrirá todos los gastos bajo este beneficio para tratamientos de psiquiatría por trastornos nerviosos o mentales siempre y cuando este beneficio esté detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables y hasta el límite establecido en la misma la cual forman parte integral de esta Póliza.

Para todos los efectos de este beneficio, se consideran como gastos médicos cubiertos, cualquier clase de atención médica que se requiera como consecuencia de los Trastornos Mentales y nerviosos, como ejemplo, pero no limitado a: Reclusión en el Hospital, Servicios Ambulatorios, Cuarto de Urgencia, Cirugías Ambulatorias, siempre y cuando el o los servicios y/o procedimientos se encuentren detallados en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables de esta póliza y serán cubiertos en base a las condiciones y hasta los límites establecidos de este beneficio.

10.- DENTAL:

La compañía cubrirá todos los gastos dentales de dientes naturales en buen estado, por enfermedad o accidente cubierto por la Póliza, de acuerdo a lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, hasta el límite y condiciones establecidas en la misma, la cual forma parte integral de esta Póliza. **No aplica para, consultas y/o tratamientos de control, suministros, aparatos, tratamientos de ortodoncia y/o procedimientos de carácter rutinario o con fines estéticos, a menos que se incluyan en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.**

Para todos los efectos de este beneficio, se consideran como gastos médicos cubiertos, cualquier clase de atención médica que se requiera como consecuencia de tratamiento Dental, como ejemplo, pero no limitado a: Reclusión en el Hospital, Servicios Ambulatorios, Cirugías Ambulatorias, siempre y cuando el o los beneficios se encuentren detallados en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables de esta póliza y serán cubiertos en base a las condiciones y hasta los límites establecidos de este beneficio.

11.-TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS:

Cubre los procedimientos quirúrgicos por trasplante de órganos o tejidos en el cuerpo de un Asegurado que provengan de un donante vivo o fallecido, incluyendo los gastos pre y post quirúrgicos, así como los de toda complicación ocasionada directamente o indirectamente por el procedimiento, siempre y cuando este beneficio este detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, hasta el límite establecido en la misma, la cual forman parte integral de ésta Póliza.

Además, quedan cubiertos los gastos de materiales y servicios que:

- Se incurran durante el proceso de adquisición de órgano o tejido obtenidos de un donante fallecido con el propósito de efectuar un trasplante. Se incluyen los gastos relacionados por la remoción, preservación y transporte de un órgano o tejido que se intente trasplantar a un Asegurado.
- Se incurran en un donante vivo durante el proceso de remoción de un órgano o tejido con el propósito de efectuar un trasplante de órgano o tejido a un Asegurado. Además, cubre los gastos que se incurran por:
 - o Investigación de donantes potenciales
 - o Servicios prestados al donante en un hospital o centro de trasplante, en concepto de habitación privada para Panamá y Centroamérica y habitación semiprivada en el resto del extranjero, sala o pabellón, comidas, servicio general de enfermería, servicios regulares suministrados por el personal del hospital o centro de trasplante, pruebas de laboratorio y uso de equipo y otros servicios hospitalarios (excepto artículos de uso personal que no sean de la índole médica), siempre que sean requeridos durante el proceso de remoción del órgano o tejido que se va a trasplantar y,
 - o Cirugía y servicios médicos relacionados con la remoción del órgano o tejido del donante que se intente trasplantar a un Asegurado.
- Se incurra en el cultivo de la médula ósea, en relación con un trasplante practicado a un Asegurado.

Todo trasplante se deberá realizar en un centro hospitalario especializado, que sea reconocido y aceptado como centro especializado para efectuar dichos trasplantes por el consenso de las organizaciones profesionales que estén reconocidas por la comunidad médica internacional y el Ministerio de Salud de Panamá.

El periodo de espera para la cobertura de este beneficio, será de seis (6) meses a partir de la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, siempre y cuando no exista una condición pre-existente y/o exclusión temporal o permanente del Asegurado.

Para gozar de este beneficio el Asegurado Principal o Familiar Asegurado deberá obtener aprobación expresa de la Compañía por adelantado, tanto para el procedimiento como para la facilidad médica donde el trasplante será realizado, el incumplimiento de este requisito causará al Asegurado que los beneficios pagaderos o cubiertos se reduzcan al cincuenta (50%) por ciento.

12.- SERVICIOS DE ENFERMERA PRIVADA:

Cabe señalar que, siempre y cuando se encuentren detallados en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables de acuerdo al plan escogido por el Asegurado y hasta el máximo indicado en la misma bajo este beneficio, se cubrirán los gastos suministrados por enfermeros graduados debidamente licenciados y registrados en la República de Panamá, siempre que no sean parientes cercanos del Asegurado. Los servicios de enfermería que se requieran para un Asegurado hospitalizado o en el hogar deberán ser solicitados a la Compañía por el médico tratante, expresando las razones y necesidad del mismo.

Los mismos están sujetos a previa autorización por parte de la Compañía, los servicios serán cubiertos y estarán limitados, según lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forma parte del contrato.

13.- CUIDADO EN EL HOGAR Y TERMINALES O PALEATIVOS:

Cabe señalar que, siempre y cuando se encuentren detallados en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables de acuerdo al plan escogido por el Asegurado y hasta el máximo indicado en la misma bajo este beneficio, se cubrirán los gastos por:

a) Cuidados en el Hogar:

Cuidados suministrados en el hogar a un Asegurado, siempre que sean por: condición médica cubierta por la póliza (enfermedad o accidente), prescritos por el médico tratante en reemplazo de una hospitalización, por los días requeridos para la misma y hasta el límite máximo establecido en la Tabla de Beneficios; siempre y cuando, sea médicamente necesario para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión, debidamente suministrado por proveedor médico (médico, enfermera, terapeuta, alquiler de suministros médicos) y siempre que el costo promedio de atención diaria sea igual o inferior a la de un centro médico u hospital.

Los servicios que se requieran deberán ser solicitados a la Compañía por el médico tratante, expresando las razones y evidencias médicas. **Los mismos están sujetos a previa autorización por parte de la Compañía, los servicios serán cubiertos y estarán limitados, según lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forma parte del contrato, bajo lo descrito en el beneficio 1. Reclusión en el Hospital. Cabe señalar que bajo este beneficio no aplica compra de equipo médico durable, aunque el mismo se encuentre detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.**

b) Cuidados Terminales o Paliativos:

Cuidados suministrados en el hogar a un Asegurado que se encuentre en etapa terminal con una expectativa de vida de no más de seis (6) meses, siempre que sean por condición médica cubierta por la póliza (enfermedad o accidente), prescritos por el médico tratante en lugar de una hospitalización y médicamente necesario, debidamente suministrado por proveedor médico (médico, enfermera, terapeuta, alquiler de suministros médicos) y siempre que el costo promedio de atención diaria sea igual o inferior a la de un centro médico u hospital.

Los servicios que se requieran deberán ser solicitados a la Compañía por el médico tratante, expresando las razones y evidencias médicas para los mismos, así como el plan de tratamiento. **Los mismos están sujetos a previa autorización por parte de la Compañía, los servicios serán cubiertos y estarán limitados, según lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forma parte del contrato.**

Para los efectos de estos beneficios queda entendido que no se incluyen cuidados personales, asistenciales, de auxiliares o técnicos de enfermería. Cualquier beneficio de los detallados en este punto que se utilicen sin el consentimiento y aprobación de la Compañía, no será reconocido bajo esta Póliza.

14.- SERVICIO DE AMBULANCIA:

a) Terrestre:

Los servicios de ambulancia terrestre estarán cubiertos siempre y cuando la condición médica del Asegurado lo amerite y su incapacidad y/o enfermedad se encuentre cubierta bajo la Póliza. El servicio de ambulancia estará limitado a un viaje de traslado a un hospital y a un viaje de regreso del hospital para cada Asegurado y en relación con la misma atención médica de emergencia por enfermedad o accidente, siempre y cuando este beneficio esté detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, sean para atenciones médicas cubiertas bajo la póliza y hasta el límite establecido en la misma, la cual forman parte integral de esta póliza.

b) Aérea:

Los servicios de ambulancia aérea estarán limitados a un viaje de traslado a un hospital y a un viaje de regreso del hospital para cada Asegurado y en relación con la misma enfermedad o accidente, siempre y cuando este beneficio esté detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables y hasta el límite establecido en la misma, la cual forman parte integral de esta póliza.

Para el uso de ambulancia aérea será necesaria la aprobación por parte de la Compañía y coordinación con el médico tratante del Asegurado, para el arreglo correspondiente para la transportación en una aeronave, la cual deberá llevar personal y equipo adecuados, siempre que:

- 1. El Asegurado muestre síntomas de incapacidades o enfermedades cubiertas bajo la Póliza y su condición médica no le permita viajar en una aerolínea regular de pasajeros,**
- 2. El tratamiento no esté disponible donde el Asegurado está hospitalizado, la condición médica del Asegurado lo requiera y la vida del mismo se encuentre en peligro,**
- 3. La Compañía hubiese aprobado el uso de la ambulancia aérea antes del inicio del vuelo, con excepción de aquellos casos de emergencia por enfermedad o accidente en donde la vida del Asegurado se encuentre en peligro y la Compañía no haya podido ser contactada antes del uso de la ambulancia aérea.**

Por Ambulancia aérea se entiende que:

- a. Sea un operador reconocido legalmente que preste el servicio de ambulancia aérea.
- b. La aeronave cuente con el equipo e instrumentos médicos especiales abordo.
- c. La tripulación de la aeronave sea especializada en este tipo de servicios.

Con excepción de los casos señalados, cualquier servicio de Ambulancia Aérea que se dé sin el consentimiento y aprobación de la Compañía, no será reconocido bajo esta Póliza.

15.- PASAJE AÉREO:

Cuando un Asegurado al encontrarse viajando fuera del país resultare hospitalizado por una enfermedad o accidente, la Compañía pagará los gastos de pasaje de ida y vuelta (clase económica) de un Acompañante, siempre y cuando la necesidad médica requiera la presencia de un familiar y sea aprobado por la Compañía.

Además, la Compañía pagará los gastos de pasaje de ida y vuelta (clase económica) del Asegurado y de un Acompañante, en los casos de cirugías electivas o programadas en el exterior, siempre y cuando la necesidad médica requiera la presencia de un familiar y sea aprobado por la Compañía.

Cabe señalar que bajo este beneficio no aplicara la cobertura en los casos de atenciones ambulatorias tales, pero no limitadas a compra o adquisición de medicamentos, realización de estudios diagnósticos, segundas opiniones médicas, controles médicos o seguimientos por falta de prestación del servicio o falta del insumo para su realización en Panamá.

En ambos casos, estos beneficios se cubrirán siempre y cuando se encuentren establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables y hasta el límite y condiciones establecidas en la misma, la cual forma parte integral de ésta Póliza.

Se establece que para el reembolso de cargos bajo este beneficio se deberá presentar a la Compañía las facturas originales y constancias de pago detallados.

Se entenderá que el acompañante podrá ser: su cónyuge, hijo(a), hermano(a) o padres del Asegurado.

16.- HOSPEDAJE DE UN ACOMPAÑANTE:

Cuando un Asegurado al encontrarse viajando fuera de la República de Panamá y requiera cirugías electivas o programadas en el exterior que resultare en hospitalización por una enfermedad o accidente cubierto, la Compañía pagará los gastos de hospedaje de un acompañante, siempre y cuando la necesidad médica requiera la presencia de un familiar y sea aprobado por la Compañía, solo por los días de reclusión del Asegurado en el hospital, por lo que este beneficio no será extensivo a los días de recobro o convalecencia que sean requeridos fuera del hospital.

Este beneficio se cubrirá siempre y cuando se encuentre establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, hasta el límite y condiciones establecidas en la misma, la cual forma parte integral de ésta Póliza.

Se establece que para el reembolso de cargos bajo este beneficio se deberá presentar a la Compañía las facturas originales y constancias de pago detallados.

Se entenderá que el acompañante deberá ser: su cónyuge, hijo(a), hermano(a) o padres del Asegurado.

17.- GASTOS DE REPATRIACIÓN:

En caso de que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá, la Compañía cubrirá por la repatriación de los restos mortales del Asegurado a la República de Panamá o país de nacimiento, en los casos solicitados, siempre y cuando:

- a. La muerte resultara por una condición (accidente o enfermedad), cubierta bajo los términos de la póliza.
- b. El beneficio se encuentre estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

Este beneficio cubre los gastos correspondientes a los servicios y suministros necesarios para preparar el cuerpo del Asegurado fallecido y transportarlo a la República de Panamá; además se incluye en esta cobertura un pasaje de ida y vuelta (clase económica) para el familiar o persona encargada de tramitar este proceso en los casos requeridos.

18.- BENEFICIOS ADICIONALES:

En adición a los beneficios descritos en esta Cláusula, se cubrirán los beneficios adicionales detallados en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables en las condiciones y hasta los límites detallados en la misma.

19.- INGRESO O RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN:

La Compañía cubrirá este beneficio, al recibirse la adecuada y fehaciente prueba de hospitalización del Asegurado durante el período de cobertura del mismo en esta Póliza a consecuencia de una enfermedad, accidente o emergencia médica, **cubierta bajo esta Póliza, y siempre y cuando que el motivo de la hospitalización no se encuentre dentro de las exclusiones y/o limitaciones establecidas en la Póliza y/o del Asegurado, así como por hospitalizaciones relacionadas con la maternidad o embarazo (alumbramiento o complicaciones).**

Este beneficio aplica, siempre y cuando el mismo se encuentre detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables. La cobertura se pagará por los días de hospitalización en exceso a la cantidad establecida como días deducibles y hasta el límite detallado en dicha tabla.

La cantidad a pagar en concepto de este beneficio automáticamente será reducida a cero (0) cuando el Asegurado cubierto bajo esta Póliza cumpla la edad de setenta (70) años; o cuando dicho Asegurado no sea elegible para esta cobertura como está definido en la Póliza.

20.- EXONERACIÓN DEL 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 a los dependientes inscritos en la Póliza a una nueva Póliza con iguales condiciones a las de esta Póliza. Adicionalmente, la Compañía exonerará a dichos dependientes, del pago de la prima de la nueva Póliza por el período máximo de tiempo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, a partir de la fecha del fallecimiento del Contratante y/o Asegurado Principal.

Este beneficio se pagará siempre y cuando el mismo se encuentre detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables y hasta el límite que se detalla en dicha Tabla.

La cantidad a pagar en concepto de este beneficio automáticamente será reducida a cero (0) cuando el Contratante cubierto bajo esta Póliza cumpla la edad de setenta (70) años.

21.- SEGURO DE VIDA:

La Compañía pagará las cantidades enunciadas en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, por la pérdida de la vida del Asegurado Principal, cónyuge e hijo(s), previa documentación legal que pruebe y justifique la muerte del Asegurado cubierto en ésta Póliza. Dicha cantidad o monto le será reembolsada al beneficiario designado por el Asegurado Principal de la Póliza. Dicha designación deberá ser hecha por el Asegurado Principal en el Anexo A - Declaración de Beneficiarios adjunto a la Solicitud de Seguro y cualquier cambio o adición en la persona del beneficiario deberá ser notificado previamente y por escrito a la Compañía para que surta efectos legales.

La cantidad a pagar en concepto de seguro de vida será reducida a cero (0) cuando el Asegurado cubierto bajo este beneficio cumpla la edad de setenta (70) años; o cuando dicho Asegurado no sea elegible para tal cobertura de vida en esta Póliza como está definido en la misma.

La Compañía no será responsable de ningún pago bajo esta Póliza en concepto de muerte, si no recibe por escrito notificación de la pérdida de la vida dentro de un período de un año, contado desde la fecha de la muerte, conjuntamente con la presentación de los documentos mencionados como prueba del fallecimiento.

Los recién nacidos son elegibles para el beneficio del seguro de vida a partir del décimo quinto día de nacimiento.

Si el Asegurado cometiera suicidio, bien fuera en uso de sus facultades mentales o no, dentro de los primeros dos (2) años contados a partir de la fecha de su ingreso a la póliza, la responsabilidad de la Compañía se limitará al reembolso de la prima pagada bajo esta cobertura, después de deducir cualesquiera de las cantidades adeudadas bajo esta Póliza.

22.- ATENCIONES MÉDICAS FUERA DE PANAMÁ:

Queda entendido que la Compañía cubrirá los gastos incurridos por el Asegurado fuera de la República de Panamá, en los países, área geográfica o regiones establecidas, ya sea por enfermedad o lesiones corporales por accidente cubierto por la póliza, siempre y cuando este beneficio esté detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables y según las condiciones establecidas en la misma, la cual forman parte integral de ésta Póliza.

Cabe señalar, que esta cobertura aplica tanto para casos de urgencias médicas como para cirugías o tratamientos electivos y/o programados, que la Compañía considera que deban ser realizados Fuera de Panamá y haya previamente aprobado, según los requisitos y condiciones establecidos en la Cláusula VIII, Punto C que forma parte de este contrato. De no seguir los requisitos en dicha Cláusula, los beneficios del Asegurado en cuestión serán reducidos según lo estipulado en la misma.

CLÁUSULA V.- SERVICIOS FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES:

Queda entendido que, para cualquier gasto incurrido por el Asegurado con proveedores médicos fuera de la Red de Proveedores de la Compañía, por motivo de enfermedad o lesión corporal accidental, que sea médicamente necesaria, tenga relación directa con el diagnóstico y siempre y cuando este cubierto por la Póliza, la Compañía reembolsará el porcentaje detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables sobre:

Panamá:

Los costos pactados con los proveedores de la red detallada en dicha tabla; con excepción de los gastos incurridos por servicios médicos requeridos que no puedan ser prestados por parte de un proveedor de la red, los cuales serán reconocidos sobre el setenta y cinco (75) % del Usuales, Razonables y Acostumbrados, según lo establecido en la Cláusula II – Definiciones y Generalidades, Numeral No.34.

Fuera de Panamá:

Los costos pactados con los proveedores de la red detallada en dicha tabla y bajo lo establecido en el Anexo N°1.

En ambos casos, los reclamos deberán ser presentados a la Compañía dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes de haber sido el Asegurado atendido por la condición médica.

CLÁUSULA VI. - EXCLUSIONES:

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

- 1. Cirugía o tratamientos estéticos para fines de embellecimiento, para la calvicie y cualquier cirugía plástica u ortopédica, a menos que sean consecuencia directa de una enfermedad o accidente sufridos durante la vigencia de su póliza y cubiertos por la misma.**
- 2. Tratamientos médicos o quirúrgicos por enfermedad o lesiones pre-existentes y manifiestas antes de la vigencia de la póliza y/o fecha de inicio del seguro de un Asegurado. Sin embargo, esta exclusión cesará de aplicar después de trescientos sesenta y cinco (365) días doce (12) meses de cobertura continua del Asegurado a partir de la fecha de su inclusión en la Póliza, para aquellas lesiones o enfermedades que fueron declaradas por el Asegurado en la solicitud individual, evaluadas y aceptadas por la Compañía; excepto para aquellas que la Compañía hubiese excluido de por vida o limitado a un período mayor a los trescientos sesenta y cinco (365) días doce (12) meses.**
- 3. Anomalías congénitas, hereditarias o defectos adquiridos, excepto la Del Recién Nacido en Póliza o Del No Nacido en la Póliza siempre y cuando, se encuentren establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, hasta el límite y condiciones estipuladas que forma parte de esta Póliza. Tratamientos médicos o quirúrgicos requeridos para el feto.**
- 4. Tratamientos médicos o quirúrgicos de enajenación mental, psicológica o estados de depresión psíquicos o nerviosos, histerias, locura, etc., cualquiera que sea su origen en exceso de lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables de esta póliza bajo el Beneficio de Trastornos Mentales y Nerviosos en los planes que aplique.**
- 5. Afición a las drogas o alcoholismo. Por encontrarse en estado de embriaguez o aliento alcohólico, bajo los efectos del consumo de drogas o estupefacientes, por negarse a someterse a los exámenes de alcoholemia o detección, así como cualquier gasto por tratamientos, terapias, etc. encaminados a la rehabilitación de estas condiciones. Para los**

efectos de determinar el estado del Asegurado, se reconocerán como válidos los resultados de pruebas de alcoholemia con concentración de alcohol de 51 mg/dl o más, o su equivalente en la respiración de 25 mg/dl o más, así como otras pruebas de detección, los reportes o informes de las autoridades competentes o de los facultativos que le brinden asistencia médica, donde se indique o concluya que el asegurado presentaba alguna de las condiciones aquí descritas.

6. Pruebas, evaluación diagnóstica o tratamientos encaminados a corregir apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica, medicina holística, homeopática y natural. Trastornos de la conducta, el aprendizaje, el lenguaje, déficit atencional y terapias ocupacionales, a menos que sean a consecuencia de enfermedad congénita, hereditaria o adquirida cubierta por la póliza.
7. Atención médica o tratamientos que tengan como objeto principal el chequeo médico general o control de salud (chequeo rutinario), con excepción de los estipulados en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forma parte de este contrato, bajo el Beneficio de Medicina Preventiva.
8. Lesiones o enfermedades sufridas en guerra o acción de guerra declarada o no, rebelión, revolución, huelgas, asonadas, motín o conmoción civil, terrorismo o mientras el asegurado se encuentre en servicio activo o entrenamientos en las Fuerzas Públicas, Policía Nacional, Fuerza Naval, Aérea o Terrestre. Lesiones ocasionadas directa o indirectamente por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias.
9. Tratamientos dentales, odontológicos y ortodoncias, ya sean quirúrgicos o no, a los dientes o tejidos adyacentes incluyendo abscesos, con excepción de los necesarios a dientes naturales por causa de un accidente cubierto por esta Póliza y aquellos establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, bajo el Beneficio Dental y hasta el límite estipulado en dicha tabla, a menos que se encuentren excluido en otro punto de esta Cláusula.
10. Suicidio o tentativa de suicidio, con excepción de lo indicado bajo la Cláusula IV-Beneficios Cubiertos, Numeral 18. Seguro de Vida. Lesiones causadas voluntariamente por sí mismo o por un miembro de la familia. Riñas o actos delictuosos en que el Asegurado participe por culpa grave o dolo de él mismo o de un miembro de su familia.
11. Refracciones visuales o Cirugía Refractaria con Excimer Laser, suministro o ajuste de anteojos, lentes de contacto o aparatos auditivos con excepción de los establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables cubiertos por la Póliza.
12. Suministro de frenillos, férula bucal, bragueros, prótesis, equipos ortopédicos, aparatos mecánicos o electrónicos. En cuanto a las prótesis y aparatos mecánicos o electrónicos, la Compañía podrá determinar y aprobar cuales pueden ser cubiertos de acuerdo a la necesidad médica en aquellos casos que requieran ser colocados quirúrgicamente (Endoprótesis). No serán cubiertas aquellas prótesis o aparatos mecánicos o electrónicos que son colocados de manera externa (Exoprótesis u Ortésis), con excepción de los establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables cubiertos por la Póliza.
13. Abortos voluntarios o provocados criminalmente. Partos programados en casa u otro lugar que no sea un centro hospitalario y/o hospital.
14. Cuidados de Técnicos en enfermería, cuidadores, auxiliares o personal de apoyo bajo ninguna circunstancia o evento, así como de Enfermeras no aprobadas por la compañía y/o en exceso de lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables cubiertos en esta Póliza bajo el Beneficio de Servicios de Enfermera Privada.
15. Tratamientos de acupuntura, quiropráctico, del dolor o de fisiología, en exceso a lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables cubiertos en esta Póliza bajo los Beneficios de Quiropráctico y Acupuntura.

16. **Tratamientos o intervención quirúrgica por infertilidad, intento de embarazo por medio de terapias de hormonas y/o cualquier otra, inseminación artificial o implantación de embriones in Vitro y transferencia de embrión y/o cualquier tipo de concepción que no haya sido natural; así como vientre de alquiler, esterilización y procedimientos o tratamientos anticonceptivos o métodos de planificación familiar incluyendo los dispositivos intrauterinos.**
17. **Cambio de sexo y frigidez. Clonación. Enfermedades de transmisión sexual. Disfunción eréctil, con excepción de los medicamentos a consecuencia de cáncer de próstata.**
18. **Tratamientos y hospitalizaciones a consecuencia, relacionadas, provocadas o desencadenadas por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en exceso de los límites establecidos en la Tabla de Beneficios Máximo Reembolsables, cubiertos en esta Póliza bajo dicho beneficio.**
19. **Tratamientos, procedimientos o cirugías por obesidad, control o pérdida de peso. regímenes de ejercicios, dietas y nutrición, enfermedad o trastorno del comer y sus consecuencias o complicaciones, en exceso de los estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, cubiertos en esta Póliza bajo el beneficio de nutrición.**
20. **Ginecomastía o Mastoplastía, así sean derivados o producto de una enfermedad cubierta bajo la póliza.**
21. **Tratamientos, procedimientos, estudios o servicios, experimentales o para investigación.**
22. **Cuidado podiátrico incluyendo exámenes, estudios, tratamiento y/o cirugía de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles, juanetes, hallux valgus o cualquier otra dolencia de los pies, así como los soportes de zapatos, plantillas, aparatos o dispositivos de cualquier tipo.**
23. **Tratamientos de problemas, trastornos, procedimientos, cirugía o tratamiento alveolar, gingival, dental o Maxilofacial, a menos de que se encuentre incluido el beneficio dental en la Tabla de Beneficios Máximos reembolsables o que sea a consecuencia de un accidente cubierto bajo esta Póliza y según las condiciones detalladas en el beneficio de Cuarto Urgencias por accidente.**
24. **Tratamiento, trastornos, procedimientos en la mandíbula incluyendo el síndrome temporomandibular, craneomandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura, así sean derivados o producto de una enfermedad cubierta bajo la póliza, con excepción de aquellos a consecuencia de un accidente cubierto bajo la póliza y según las condiciones detalladas en el beneficio de Cuarto Urgencias por accidente.**
25. **Enfermedades infecciosas y/o contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y que sean declaradas como epidemia o pandemia por el Ministerio de Salud en la República de Panamá, entidad homologa en algún otro país en los casos en que el Asegurado se encuentre fuera de la República Panamá u organismos internacionales autorizados, según apliquen.**
26. **Suministros médicos, atención médica y cualquier tratamiento médico que no se consideren médicamente necesarios, o que no hayan sido recomendados por un médico; o que excedan los montos pactados con los proveedores de red; o los cuales no hubiesen sido suministrados de no existir este seguro; o por el cual no se han hecho cargos o por el que un Asegurado no está legalmente obligado a pagar, incluyendo aquellos cargos misceláneos no cubiertos o limitados por la Compañía y que se encuentran detallados en la lista informada a los proveedores médicos.**
27. **Servicios de custodia, curas de reposo o de embellecimiento, o por reclusión en un centro de rehabilitación, institución de convalecencia, hogares o centros asistenciales, spas, hospicios, asilo u hogar de ancianos, aun cuando tales servicios sean necesitados por el paciente, o hayan sido certificados como necesidad médica por un médico.**

28. Gastos causados por, o como resultado de la participación activa en cualquier hecho delictivo, aviación privada, vuelos sin motor y ultraligeros, práctica de deportes profesionales, práctica de cualquier deporte arriesgado o competencias deportivas consideradas peligrosas, ya sea a nivel profesional o de aficionado que expongan por irresponsabilidad, desconocimiento o circunstancias agravantes la vida o la salud del Asegurado; incluyendo pero sin limitarse a: boxeo, lucha, paracaidismo, submarinismo, buceo, rapel, tauromaquia, equitación, esgrima, cacería, tiro, alpinismo, automovilismo, motociclismo, salto de "bungee", planeadores, práctica de salto en caída libre o similares, parapente, esquí de cualquier tipo y cualquier otro deporte de altura o aéreo, espeleología, deportes de invierno, deportes de contacto realizados durante una competencia y todo tipo de competencia de velocidad.
29. Trasplantes de Órganos y Tejidos, así como los gastos de donantes, en exceso de lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables de esta Póliza cubiertos bajo el Beneficio de Trasplante de Órganos y Tejidos en los planes que apliquen, cubiertos en esta Póliza bajo dicho beneficio.
30. Cualquier gasto efectuado por tratamiento o intervención quirúrgica a consecuencia de una enfermedad o padecimiento cubierto por ésta Póliza que se origine por participar el Asegurado como donante de órganos o tejidos. En caso de que nuestro Asegurado sea el receptor de un donante vivo, se excluyen todos los gastos por complicaciones y/o secuelas del donante, así como cualquier gratificación o remuneración que el donante solicite.
31. Que se originaron antes de la fecha de vigencia de esta Póliza o fecha de inclusión del Asegurado y/o Familiar Dependiente Asegurado, así como exclusiones durante el periodo temporal, permanente, periodo de espera o limitaciones estipuladas en la Póliza para un Asegurado, en ciertos beneficios, enfermedades o lesiones.
32. Estudios, tratamientos, medicamentos, suministros por deficiencia o sobreproducción de hormonas de crecimiento, con excepción de enanismo deformante, siempre y cuando el Asegurado haya nacido en esta póliza.
33. Tratamientos en Cámara Hiperbárica, con excepción de aquellos necesarios en las siguientes condiciones: Intoxicación por monóxido de carbón, enfermedad de descompresión, embolismo gaseoso y tratamientos de osteoradionecrosis.
34. Tratamientos Dirigidos, Inmunoterapia, monoclonales y hormonoterapia, con excepción de aquellos necesarios en las siguientes condiciones: Cáncer, Lupus Eritematoso, Esclerosis Múltiple, Tiroiditis de Hashimoto, Artritis Reumatoide, Enfermedad de Crohn (colitis ulcerativa) y Enfermedades Congénitas, siempre y cuando, se encuentre establecida su cobertura en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forma parte de este contrato y hasta los límites detallados en la misma.
35. Cualquier gasto por cargos incurridos por mantenimiento de signos vitales con respiradores o cualquier otro tipo de instrumentos o equipos especializados (sistemas de mantenimiento de vida) donde los demás sistemas del cuerpo están en estado letal y se use este mecanismo únicamente para mantenimiento de signos vitales.
36. Tratamientos, Asistencia, Cirugías y/o Rehabilitación mediante el uso de Técnica Robótica, con excepción de los casos de cáncer de próstata y cualquier otro que se encuentre detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, que forma parte de este contrato.
37. Atenciones médicas, tratamientos y demás gastos relacionados con Acné con excepción de los diagnósticos como Pustular o Vulgaris (maligno), previa presentación de informe médico.

38. Cualquier complicación, derivada o que surja durante o después del tratamiento o cirugía por lesiones, afecciones, o intervenciones expresamente excluidas en este contrato o por negligencia del Asegurado a las indicaciones del médico tratante.
39. Por participación del Contratante, Asegurado, Dependiente y/o Beneficiario en actividades delictivas o presuntamente delictivas o esté bajo fianza de un tribunal o sobre quien pese a alguna medida cautelar con motivo de haber cometido un delito o se le acuse de haberlo cometido o por estar vinculado directa o indirectamente con actividades ilícitas relacionada con: posesión, producción o tráfico de drogas, armas o explosivos, terrorismo, delincuencia organizada, blanqueo de capitales. Así como, el hecho de que esté vinculado o sea objeto de una sanción directa o indirecta al ser incluido en alguna lista oficial de Sujetos de Derecho Internacional Público, tales como: Estados, y demás Organizaciones Internacionales, que impongan sanciones económicas por actividades relacionadas con el lavado de dinero o blanqueo de capital, terrorismo, narcotráfico, entre otras, Incluyendo la OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.
40. Honorarios Médicos cuando el proveedor médico se encuentren dentro del primer grado de consanguinidad y/o segundo de afinidad con el Asegurado.

CLÁUSULA VII. - LIMITACIONES:

Durante el primer año de vigencia del seguro de un Asegurado, no se cubrirá ningún gasto producto de enfermedad o accidente, por tratamientos, consultas, servicios, suministros o cirugía proporcionados por, o en relación con:

- Amígdalas o Adenoides.
- Artroscopia. Cirugías de Hombro, Rodillas y Túnel Carpal.
- Asma Bronquial.
- Cataratas, Pterigión, Chalazión, Glaucoma y Queratocono.
- Circuncisión por Enfermedad.
- Colectectomía (Extracción de la Vesícula).
- Columna Vertebral.
- Endometriosis.
- Enfermedad por Lesiones Deportivas.
- Enfermedad Ulcero Péptica y Ácido Péptica.
- Fibromas, Nódulos o Pólipos de cualquier tipo o clase.
- Hemorroides, Divertículos o Enfermedades Ano Rectales.
- Hernia de cualquier tipo o clase, cualquiera que sea su causa.
- Litiasis de cualquier tipo o clase (Cálculos / Piedras).
- Migrañas Crónicas.
- Padecimientos Prostáticos.
- Resección submucosa del septum nasal, de los Cornetes, Sinusitis o Rinitis.
- Tiroides.
- Tumoraciones Benignas Mamarias.
- Tumores o Lesiones Benignas de la piel.
- Útero, Piso Perineal, Ovarios y sus anexos.
- Várices.
- Varicocele e Hidrocele.

CLÁUSULA VIII. - REQUISITOS DE PRE-CERTIFICACIÓN / AUTORIZACIÓN Y SEGUNDA OPINIÓN:

A. Requerimientos de Pre-Certificación / Autorización:

Este requisito aplica para las hospitalizaciones, cirugías ambulatorias, exámenes especiales, tratamientos, procedimientos, atenciones fuera de la República de Panamá u otros beneficios establecidos en la Póliza y/o Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

Toda Pre-Certificación / Autorización deberá ser solicitada a la Compañía en un período no menor de diez (10) días antes de realizarse los procedimientos y/o tratamientos electivos o programados, indicados en el párrafo anterior que requieran pre-certificación / autorización, con excepción de las hospitalizaciones de emergencia. La misma deberá ser solicitada mediante el formulario de Pre-Autorización establecido por la Compañía para este propósito, el cual deberá ser completado y firmado por el Asegurado y Médico Tratante. Una vez que este formulario sea recibido a satisfacción de la Compañía, se procederá con la evaluación y aprobación o declinación de la misma. Cabe señalar, que la Compañía podrá solicitar cotizaciones o presupuestos, cuestionarios médicos, estudios y demás información adicional que estime conveniente, así como la evaluación de Segunda Opinión Médica en los casos que sea requerido, durante el proceso de su evaluación.

El Asegurado es responsable de someter todos los procedimientos y/o tratamientos indicados en esta Cláusula que requieran Pre-Certificación / Autorización con la Compañía, según lo indicado, y confirmar la aprobación o declinación de los mismos antes de su realización. **Si el Asegurado recibiera el tratamiento o procedimiento sin recibir la certificación de aprobación por parte de la Compañía, los beneficios pagaderos o cubiertos se reducirán hasta un cincuenta 50% sobre los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados para tal procedimiento u hospitalización.**

En los casos de una admisión de emergencia, el Asegurado o una persona en su nombre deberá notificar a la Compañía dicha admisión dentro de un período no mayor de cuarenta y ocho (48) horas, **el incumplimiento de este requisito causará al Asegurado Principal o Familiar Dependiente Asegurado, que sus beneficios pagaderos o cubiertos se reduzcan a un cincuenta 50% sobre los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados para tal procedimiento u hospitalización.**

B. Segunda Opinión Médica:

La Compañía se reserva el derecho de solicitar al Asegurado la realización de una Segunda Opinión Médica en los casos que estime conveniente, siendo la Compañía responsable del pago de la misma.

Es preferible que la evaluación de la Segunda Opinión Médica, sea hecha por un médico de la misma especialidad del médico tratante del Asegurado, que aparece en el listado de Médicos Autorizados para emitir la Segunda Opinión Médica de la Compañía. Sin embargo, la Compañía se reserva el derecho de someter la evaluación de la Segunda Opinión Médica de un Asegurado con cualquier médico que estime conveniente.

Se excluirán de la evaluación de la Segunda Opinión Médica, aquellas hospitalizaciones consideradas como emergencia médica.

Una vez que el Asegurado haya cumplido con los requisitos de Segunda Opinión Médica deberá esperar la aprobación o declinación de la Pre-Certificación / Autorización por parte de la Compañía.

El incumplimiento de este requisito causará al Asegurado o Dependiente la pérdida de todo derecho a recibir la correspondiente indemnización.

C. Requerimientos de Pre-Certificación / Autorización para Atenciones Electivas o Programadas Fuera de Panamá:

En el caso que un Asegurado requiera atención médica ambulatoria y/o hospitalización electiva fuera de la República de Panamá, el mismo deberá solicitar pre-autorización a la Compañía y cumplir con lo estipulado en los puntos anteriores de esta Cláusula.

El Asegurado deberá presentar junto con dicho formulario de Pre-autorización en el extranjero, carta del médico tratante en Panamá donde se resuma el caso clínico, propósito específico del viaje, centro hospitalario escogido y nombre del médico tratante.

Todo procedimiento electivo deberá ser solicitado a la Compañía en un período no menor de diez (10) días antes de realizarse dicho procedimiento.

Se establece que, si el Asegurado requiere ser atendido fuera de la República de Panamá, y dicha atención ha sido aprobada por la Compañía, el mismo deberá utilizar un Hospital, Centro Médico, Médicos o cualquier proveedor de servicios de salud perteneciente a la Red de Proveedores Internacionales de la Compañía. Antes de recibir la atención médica el Asegurado está en el deber de confirmar y pre-autorizar con la Compañía, si el Hospital, Centro Médico, Médicos o cualquier proveedor de servicios de salud donde va a ser atendido, es miembro de la Red de Proveedores Internacionales de la Compañía. **De no utilizar un Proveedor de la Red Internacional de la Compañía, los beneficios del Asegurado en cuestión se reducirán al sesenta (60) % del costo pactado con los proveedores de la red internacional para dicha atención médica.**

Si el Asegurado se atendiera electivamente fuera de la República de Panamá sin recibir la aprobación / certificación por parte de la Compañía, los beneficios pagaderos o cubiertos se reducirán a un cincuenta (50) % y estarán sujetos a los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados en Panamá para dichos procedimientos y/o tratamientos.

En caso que la condición médica del Asegurado no amerite su atención fuera de la República de Panamá, la Compañía reembolsará los gastos por las condiciones cubiertas por esta póliza, según se detalla en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables y estará sujeto al Deducible de Panamá, Centroamérica y Colombia, a los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados en Panamá, para dichos procedimientos y/o tratamientos.

En los casos de una admisión de emergencia cubierta por esta Póliza, el Asegurado o una persona en su nombre deberá notificar a la Compañía dicha admisión dentro de un período no mayor de cuarenta y ocho (48) horas. **El incumplimiento de este requisito causará al Asegurado Principal o Dependiente Asegurado, que sus beneficios pagaderos o cubiertos se reduzcan a un cincuenta (50) % sobre los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados o pactados con proveedores de la red internacional del lugar del servicio o atención médica, según aplique.**

En adición a lo indicado en esta Cláusula, la Pre-Certificación / Autorización podrá ser otorgada por la Compañía, siempre y cuando la Póliza se encuentre al día y tendrá una validez de treinta 30 días desde la fecha de emisión de la misma. Cabe señalar que la Pre-Certificación / Autorización no es una garantía de pago, por lo que la Compañía podrá dejar sin efecto la misma en caso de omisión, inexactitud, falsedad o reticencia de la información suministrada por parte del Asegurado o proveedor médico, pre-existencias no declaradas, suspensión de cobertura, cancelación de la Póliza o solicitud de exclusión de un Asegurado posterior a la fecha de la atención de forma retroactiva, falsificación o adulteración de documentos y cualquier otro que aplique según lo establecido en este contrato. Por lo que, en dicho caso, el Asegurado será responsable directo ante el proveedor del pago del servicio médico prestado.

CLÁUSULA IX. - RECLAMACIONES:

1.- PLAZO Y FORMA PARA LA PRESENTACIÓN DEL RECLAMO:

Para el pago de cualquier reclamación, la misma deberá presentarse a la Compañía dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes de haber incurrido el gasto o recibido la atención el Asegurado. El Asegurado o el proveedor de salud, debe completar el formulario de reclamo indicando claramente el o los diagnósticos establecidos por parte del médico tratante y enviarlo a la Compañía, según sea el caso:

- a) Al usar los proveedores de la red, el asegurado deberá firmar el formulario de reclamo respectivo y dejarlo al proveedor para la tramitación del mismo con la Compañía.
- b) **Cuando use un médico, hospital y/o proveedor de la salud que no forma parte de la red de proveedores de la Compañía, el Asegurado es responsable de pagar la totalidad del gasto** y deberá completar el formulario de reclamo, hacer que su médico complete el formulario y firme el documento.

El formulario deberá estar acompañado de los siguientes documentos en original e idioma español, sino en su defecto traducidos, a costa del asegurado, al español y estar emitidos con las formalidades legales correspondientes:

- Facturas o recibos individualizados detallados o Estados de Cuentas detallados, correspondientes a las atenciones o servicios médicos u hospitalarios recibidos por el Asegurado, haciendo constar el pago por dichas atenciones o servicios.
- Recetas médicas y recibos detallados por la compra de medicamentos.
- Órdenes para exámenes de laboratorios y recibos detallados del pago por dicho servicio;
- Cualquier otro documento que el proveedor de servicios médicos u hospitalarios suministre relacionados con los gastos incurridos que se pretendan sean cubiertos por la Póliza.
- Cualquier otra información o documento que a juicio de la Compañía constituya prueba fehaciente de la ocurrencia, procedencia y necesidad de la atención del servicio o bienes recibidos, por el cual se incurre en el gasto que se pretende sea cubierto por la Póliza, tales como, pero no limitados a: historia clínica, expediente o cuadrícula médica o archivos del Asegurado que mantenga el médico tratante, el hospital o clínica o cualquier proveedor de servicios médicos.

Tanto el Asegurado como cualquier hospital, clínica, médico y/o proveedor de la salud que no presente la reclamación dentro del plazo estipulado, no tendrá derecho al reembolso por parte de la Compañía por los gastos elegibles incurridos y reclamados.

2.- PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN:

El incumplimiento relacionado con cualquiera de las circunstancias que a continuación se mencionan, dejará sin efecto el pago o indemnización y dará derecho a la Compañía para dar por terminado el presente contrato, sin responsabilidad de ningún tipo:

- a) Falsificación o adulteración de informes médicos, facturas, cuentas, recetas, reportes, etc.**
- b) Presentación de las reclamaciones fuera del término estipulado de cuarenta y cinco (45) días, sin previa justificación aceptada por la Compañía.**
- c) El incumplimiento del pago de la prima correspondiente transcurrido el Período de Gracia, una vez haya transcurrido la suspensión de cobertura y se ha cumplido con el aviso de cancelación de acuerdo de la Cláusula XV – Cancelación de la Póliza.**
- d) Por inexactitud, falsedad, reticencia o fraude en la Solicitud de Seguro que forma parte integral de este contrato, Formularios de Pre-Autorización, Formularios de Reclamos, Informes Médicos y/o cualquier otro documento vital para la correcta suscripción del Asegurado, evaluación de Pre-autorizaciones y pago de reclamos por la Compañía.**
- e) Por incumplimiento del Asegurado en el pago a los proveedores de los montos completos correspondiente a su participación en concepto de deducible, copagos, coaseguros y demás condiciones establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.**
- f) Por prestaciones de servicios médicos incurridos con posterioridad a la fecha de exclusión del Asegurado, terminación de la cobertura, inicio de la suspensión de cobertura o cancelación de la Póliza.**
- g) La existencia de alguna acción judicial o investigación oficial con relación al siniestro ocurrido o a la responsabilidad del Asegurado sobre la ocurrencia del siniestro o por estar el Asegurado vinculado directa o indirectamente con actividades ilícitas relacionadas con: posesión, producción o tráfico de drogas, armas o explosivos, terrorismo, delincuencia organizada, blanqueo de capitales. Así como, el hecho de que esté vinculado o sea objeto de una sanción directa o indirecta al ser incluido en alguna lista oficial de Sujetos de Derecho Internacional Público, tales como: Estados, y demás Organizaciones Internacionales, que impongan sanciones económicas por actividades relacionadas con el lavado de dinero o blanqueo de capital, terrorismo, narcotráfico, entre otras, Incluyendo la OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.**
- h) Por violación de cualquier sanción comercial o económica, leyes o reglamentos aplicables en el domicilio de la jurisdicción del Asegurado o de la que el Asegurado este obligado directamente a cumplir.**
- i) El incumplimiento de notificación a la Compañía, en caso de mantener doble cobertura para seguros médicos, planes de salud, planes administrados.**

3.- PLAZO Y FORMA DE PAGO DE LA RECLAMACIÓN:

Toda indemnización que la Compañía deba efectuar en virtud de los amparos otorgados mediante el presente contrato, será pagadera directamente al Asegurado Principal, médico, hospital, clínica o proveedor de la salud dependiendo del tipo de servicios prestados. La Compañía no tendrá, por lo tanto, ninguna obligación directa con entidades o personas diferentes a las arriba mencionadas.

Una vez recibido el reclamo dentro del plazo y en la forma indicada en estas condiciones, así como todos las pruebas fehacientes de la ocurrencia, procedencia, necesidad del servicio médico y de los gastos incurridos en la prestación del mismo, la Compañía procederá con el trámite del reclamo y el pago al Asegurado Principal o proveedor médico dentro de treinta (30) días calendarios, a partir del recibo de toda la información y/o documentación requerida al Asegurado, al proveedor de los servicios médicos o a quien corresponda según sea el caso.

El incumplimiento del suministro de información y/o documentación original de prueba, invalida la reclamación.

4.- SUBROGACIÓN:

La Compañía podrá ejercer el derecho de subrogación, conforme es reconocido por la Ley, asumiendo los derechos del Asegurado contra terceros responsables de lesiones, padecimientos, enfermedades o cualquiera otras coberturas o beneficios que sean cubiertos bajo la presente Póliza. También se podrá ejercer el derecho de subrogación contra los seguros primarios, contra aquellos seguros que brinden una cobertura específica o planes administrados para el evento donde se producen esas lesiones, padecimientos, enfermedades o cualesquiera otras coberturas y/o beneficio que sea cubierto bajo la presente Póliza.

Dentro de la presente cláusula, se entenderá Tercero Responsable, cualquier persona (natural o jurídica) distinta al asegurado y/o contratante de la Póliza.

El Asegurado Principal y/o Familiares Dependientes del Asegurado, se comprometen a respetar el derecho de subrogación que le asiste a la Compañía, para lo cual cooperarán y asistirán a la Compañía en todas y cada una de las gestiones que efectúe para el debido ejercicio de la subrogación. Queda entendido que, la Compañía podrá exigirle la firma del finiquito correspondiente, en la que consta el derecho de subrogación, como requerimiento previo a cualquier pago o reembolso relacionado con las coberturas que brinda la Póliza. Cualquier violación u omisión a lo aquí establecido dará derecho a la Compañía a negar la cobertura en la atención del reclamo o de futuros reclamos hasta el monto del perjuicio causado.

CLÁUSULA X. - PRUEBAS MÉDICAS:

La Compañía se reserva el derecho de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime convenientes antes de aceptar la inclusión de un nuevo Asegurado. Igualmente, la Compañía queda facultada para solicitar, en caso de reclamo amparado por esta Póliza, pre-certificación / autorización y/o en cualquier momento, las pruebas médicas o informes médicos que estime necesarios o para hacer practicar los exámenes que juzgue convenientes.

Si el Asegurado Principal o Familiar Dependiente Asegurado no cumple con los requisitos que exige la Compañía en caso de un reclamo o pre-certificación / autorización, la Compañía quedará liberada de su obligación de indemnizar.

CLÁUSULA XI. - SEGUROS COEXISTENTES:

El Contratante y el Asegurado quedan obligados a informar a la Compañía, en la Solicitud de Seguros o al momento de la Pre-autorización y presentar la reclamación sobre la existencia de cualquier seguro coexistente, con indicaciones de quién está asegurado y sobre los términos, condiciones y coberturas de cada uno. **El incumplimiento de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a recibir beneficios bajo esta Póliza.**

La Compañía queda autorizada para otorgar, así como para recopilar de cualquier persona natural o jurídica, cualquier información que se requiera o que sea necesaria para determinar la existencia de seguros coexistentes.

El Asegurado no podrá recibir o beneficiarse del doble pago de un gasto cubierto por este seguro y por otro seguro, plan de beneficios o cobertura de gastos médicos. Existiendo otra(s) Póliza(s), plan de beneficios o cobertura de gastos médicos con fecha de efectividad y/o iniciación de la cobertura del seguro del Asegurado anterior al de ésta Póliza y que cubran el valor íntegro de la reclamación presentada por el Asegurado, la presente Póliza no cubrirá el pago de dicha reclamación. Sin embargo, si la primera Póliza o las que en orden de antigüedad le siguiesen, en función de la fecha efectiva y/o iniciación de la cobertura del seguro del Asegurado, en cada una no cubriesen dicho valor o lo cubriesen parcialmente, **la presente Póliza responderá por la diferencia neto de los descuentos otorgados, sujeto a los términos, condiciones y beneficios contemplados en esta Póliza.**

Queda entendido que, de la diferencia indicada en el párrafo anterior, no aplican descuentos otorgados a los pagos realizados por la compañía primaria o las que en orden de antigüedad le siguieren; y que, en ningún caso, el pago acumulativo hecho por ambas compañías podrá exceder del monto total de gastos incurridos por el Asegurado.

CLÁUSULA XII. - PRIMAS:

- 1.- Cualquiera que sea la forma de pago, el Contratante, Asegurado Principal y/o Responsable de Pago deberá cumplir con el pago total o primer pago fraccionado, según la frecuencia de pago pactada a la emisión de la Póliza.
- 2.- Las primas deberán ser pagadas en su totalidad y por adelantado a la fecha de su vencimiento de acuerdo con el método de pago, periodicidad y calendario de pago establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 3.- Se otorgará un Período de Gracia de treinta (30) días calendarios para el pago de cada prima a partir de la fecha de vencimiento del pago correspondiente. Durante el Período de Gracia, la Póliza continuará en vigor. **Si la Compañía no recibe el pago de la prima antes de que el Período de Gracia expire, se entenderá que el Contratante, Asegurado Principal y/o Responsable de Pago ha incurrido en el incumplimiento del pago lo que tiene el efecto jurídico inmediato de suspender la cobertura de la Póliza hasta por sesenta (60) días. La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse la cobertura a esta Póliza a partir de la fecha del pago de la prima dejada de pagar durante el periodo de suspensión o hasta que la Póliza sea cancelada, según lo establecido en la Cláusula XV – Cancelación de la Póliza.**
- 4.- **El Contratante, Asegurado Principal y/o Responsable de Pago es consciente de que la prima inicial pactada a favor de la Compañía como retribución por la(s) cobertura(s) contratada(s) aumentará conforme aumente la edad y/o expectativas de salud del Asegurado, así como el factor inflacionario en los insumos y/o prestaciones médicas del mercado, siempre y cuando sea técnicamente aprobado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá. El costo estimado inicial de la prima durante la vida del Asegurado se encuentra contemplado en cuadro anexo a este contrato, el cual el Contratante, Asegurado Principal y Responsable de pago declaran conocer y aceptar.**

Cualquier modificación no convenida previamente con el Contratante y/o Asegurado Principal será acordada de conformidad con el procedimiento establecido en la Cláusula I - Contrato de esta Póliza.

- 5.- Queda entendido que en caso de movimientos de inclusiones o exclusiones de asegurados en días diferentes al del mes de cobertura, según lo establecido en la Cláusula II - Definiciones y Generalidades, No. 16 Movimientos de Asegurados; el Contratante, Asegurado Principal o Responsable de pago, deberá pagar la prima mensual de la póliza o solicitar devolución de prima sin aplicación a pro-rata.

- 6.- Si por error se recibe el pago de una prima de personas que no tengan derecho a gozar de los beneficios de la Póliza por haber alcanzado la edad máxima de protección, o por cualquier otro motivo e incluso posterior a la cancelación de la póliza, la Compañía no estará obligada a indemnizar suma alguna y solamente deberá efectuar la devolución de las primas recibidas correspondientes a dichas personas.

CLAUSULA XIII.- RENOVACIÓN Y MODIFICACIÓN:

A opción de la Compañía, esta Póliza podrá ser renovada automáticamente en cada aniversario de la Póliza. La misma deberá ser enviada al Contratante y/o Asegurado Principal y/o su corredor con un mínimo de treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha de inicio de vigencia, **siempre que la Compañía hubiera recibido la totalidad de las primas correspondientes al periodo anterior.**

Cabe señalar, que la falta de pago de la prima o primera fracción de prima, según la frecuencia de pago pactada en la póliza, conlleva la nulidad absoluta del contrato desde el inicio del nuevo periodo de vigencia, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Los cambios de planes que desee realizar el Contratante y/o Asegurado Principal y que implique mayores beneficios o menores deducibles, sólo podrán solicitarse con treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación anual y éstos se consideran vigentes cuando la Compañía haya informado por escrito su aceptación al Contratante y/o Asegurado Principal, así como también si dicho cambio fue aprobado con la continuidad de cobertura y/o condiciones especiales o establecidas. La Compañía se reserva el derecho de pedir las pruebas de asegurabilidad que estime conveniente antes de aceptar dicho cambio.

Queda entendido que, para el nuevo plan, la Compañía aplicará las primas correspondientes a la edad y a la clase de riesgo a la cual pertenezca el Asegurado Principal y/o Familiares Dependientes Asegurados a la fecha de solicitar el cambio. Adicionalmente, todos los gastos incurridos por el Asegurado Principal y/o Familiares Dependientes Asegurados en su plan original serán transferidos al nuevo plan, incluyendo los montos a deducir del Máximo Vitalicio o Anual Renovable en concepto de siniestros pagados, según sea el caso.

Cualquier otra modificación a los términos y condiciones de este contrato Póliza, podrán ser realizadas previa solicitud del Contratante y aprobación por parte de la Compañía, sin requerir del consentimiento de los Asegurados bajo la misma.

Toda renovación o modificación a esta Póliza será válida, siempre y cuando, dicha aceptación conste por escrito en endoso o notificación, firmado por el Representante Autorizado para firmar pólizas de la Compañía y por el Contratante.

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

CLÁUSULA XIV. - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

Los beneficios que se conceden en virtud de esta Póliza, terminarán automáticamente al presentarse lo siguiente:

- 1.-El incumplimiento por parte del Contratante, Asegurado Principal y/o Responsable de Pago total o primer pago fraccionado, según la frecuencia de pago establecida, a la emisión, renovación o durante la vigencia de la Póliza, según lo establecido en las Cláusulas XII- Primas y XV- Cancelación de la Póliza.**
- 2.-Cuando un familiar dependiente asegurado pierda su calidad de tal. En este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente para la persona que pierde su calidad de familiar o dependiente asegurado de acuerdo a los términos de este contrato.**
- 3.-Cuando el Contratante solicite por escrito a la Compañía la cancelación de esta Póliza.**
- 4.-Por dejar de residir en Panamá o al estar fuera de la República de Panamá por más de dos (2) meses consecutivos. Con excepción de los hijos dependientes que estudien en el extranjero previa aceptación de la Compañía y casos de Asegurados Principales y Cónyuges, que por cualquier motivo deban salir de Panamá por períodos mayores a los dos (2) meses consecutivos, para lo cual estos casos deben ser notificados y fueran aprobados mediante endoso por la Compañía, de lo contrario la Compañía no realizará reembolso alguno y su cobertura terminará automáticamente.**

- 5.-Falsificación y/o adulteración de informes médicos, facturas, cuentas, recetas, reportes, etc.
- 6.-Por inexactitud, falsedad, reticencia o fraude por parte del Contratante y/o Asegurado Principal y/o Familiar Dependiente Asegurado en la solicitud de seguro que forma parte integral de este contrato, formularios de pre-autorización, formularios de reclamos, informes médicos y/o cualquier otro documento vital para la correcta suscripción del Asegurado, evaluación de Pre-autorizaciones y pago de reclamos por la Compañía.
- 7.-En el caso de pólizas colectivas al llegar el Asegurado a la edad de ochenta (80) años, a menos que se disponga algo diferente en las Condiciones Particulares o Tabla de Beneficios Máximos Rembolsables de la Póliza.
- 8.-Cuando el Asegurado Principal deje de pertenecer a la entidad Contratante o pierda su calidad de miembro elegible dentro del colectivo, los beneficios del seguro terminarán tanto para el Asegurado Principal como para los Familiares Dependientes Asegurados.
- 9.-La existencia de alguna acción judicial o investigación oficial por autoridad competente nacional o internacional, con relación al siniestro ocurrido o a la responsabilidad del Asegurado sobre la ocurrencia del siniestro o por estar el Asegurado vinculado directa o indirectamente con actividades ilícitas relacionadas con: posesión, producción o tráfico de drogas, armas o explosivos, terrorismo, delincuencia organizada, blanqueo de capitales. Así como, el hecho de que esté vinculado o sea objeto de una sanción directa o indirecta al ser incluido en alguna lista oficial de Sujetos de Derecho Internacional Público, tales como: Estados, y demás Organizaciones Internacionales, que impongan sanciones económicas por actividades relacionadas con el lavado de dinero o blanqueo de capital, terrorismo, narcotráfico, entre otras, Incluyendo la OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.
- 10.-El incumplimiento del Asegurado en el pago a los proveedores de los montos completos correspondiente a su participación en concepto de deducible, copagos, coaseguros y demás condiciones establecidas en esta Póliza.

CLÁUSULA XV. - CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA:

Cualquiera de las dos partes podrá dar por terminado esta Póliza en cualquier tiempo. La Compañía, avisándole por escrito al Contratante con treinta (30) días de anticipación. El Contratante, mediante solicitud escrita a la Compañía para la cancelación de esta Póliza.

Si en la fecha de cancelación de esta Póliza a solicitud de la Compañía, alguna de las personas cubiertas bajo esta Póliza se encontrare hospitalizada y tal hospitalización fuere de las cubiertas por este seguro, la Compañía indemnizará los gastos ocasionados por la misma hasta la fecha en que dicho Asegurado sea dado de alta del hospital o hasta un máximo de sesenta (60) días, lo primero que ocurra, pero sin exceder del Máximo Vitalicio o Anual Renovable, así como cualquier sub límite establecido en la Póliza.

El aviso de cancelación de la póliza por incumplimiento de pago de la prima deberá enviarse al Contratante, Asegurado Principal y/o Responsable de Pago por escrito a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la Póliza que mantiene la Compañía, con una anticipación mínima de quince (15) días hábiles a la finalización del período de suspensión de cobertura. Copia del mismo deberá ser enviada al corredor de seguros. Cualquier cambio de dirección del Contratante, Asegurado Principal y/o Responsable de Pago, deberá ser notificado a la Compañía, de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de la Póliza.

CLÁUSULA XVI.- REHABILITACIÓN:

En el caso de Pólizas en suspensión de cobertura, la misma se rehabilitará automáticamente, desde el momento en que la Compañía reciba el (los) pago(s) de prima(s) e impuesto(s) atrasados, siempre que la Compañía no haya enviado aviso de cancelación por causas distintas al incumplimiento de pago de prima. No obstante, la Compañía se reserva el derecho de declinar dicha Rehabilitación de la Póliza cuando dentro del periodo de suspensión de cobertura haya incurrido en gastos y servicios prestados, o los riesgos asegurados en esta Póliza cambiaran o variaran.

Una vez cancelada formalmente la Póliza, la Compañía podrá proceder con la rehabilitación de la misma a solicitud del Contratante y/o Asegurado Principal. En estos casos, el solicitante deberá cumplir con las condiciones y requisitos para rehabilitación detallados a continuación:

- 1.- El Contratante deberá notificar por escrito su intención de rehabilitar la Póliza a la Compañía dentro de un plazo no mayor a treinta (30) días a partir de la fecha de la realización de la cancelación de la misma.
- 2.- Cumplir con los requisitos que estipule la Compañía, según sea el caso, y el pago de las primas atrasadas en el caso que aplique.

Al terminar esta Póliza por causa de falta de pago de la prima correspondiente, cualquier rehabilitación de la Póliza que haga la Compañía a opción suya, solamente cubrirá gastos médicos cubiertos por la póliza que resulten de lesión sufrida, enfermedad o condición que se origine después de la fecha de dicha rehabilitación.

La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar la Solicitud de Rehabilitación y el máximo de rehabilitaciones permitido para un Asegurado es de dos (2) veces.

CLÁUSULA XVII.- TÉRMINO:

El término de esta Póliza comienza a las 12:01 a.m. del día de efectividad o vigencia indicada en las Condiciones Particulares de la misma. Dicha Póliza termina a las 12:00 a.m. en la siguiente fecha de renovación.

CLÁUSULA XVIII.- NOTIFICACIONES:

Los avisos de cancelación, deberán ser enviados al Contratante y/o Asegurado Principal y una copia al Corredor de Seguros; las demás notificaciones o comunicaciones realizadas por la Compañía, podrán ser enviadas al Contratante y/o Asegurado Principal y/o Corredor de Seguros, a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la Póliza que mantiene la Compañía. Cualquier cambio de dirección del Contratante y/o Asegurado Principal, deberá ser notificado a la Compañía, de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de la Póliza.

Todo aviso o comunicación que deba hacer el Contratante y/o Asegurado Principal a la Compañía conforme a esta Póliza, deberá constar por escrito y ser entregado personalmente o remitido por correo por el Contratante y/o Asegurado Principal, así como por el corredor por cuyo conducto se haya contratado el seguro. El Contratante y/o Asegurado Principal podrá autorizar por escrito a la Compañía a recibir y acatar cualesquiera instrucciones que reciba en relación con esta Póliza por parte del corredor designado en las Condiciones Particulares, como si hubiesen sido enviadas directamente por el Contratante y/o Asegurado Principal.

Las notificaciones o avisos enviados se entenderán dados desde la fecha de la entrega, depósito en las oficinas del correo o envío electrónico y todo plazo que dependa de las mismas comenzarán a contarse desde esa fecha.

CLÁUSULA XIX.- DOMICILIO, LEYES APLICABLES Y JURISDICCIÓN:

Para los efectos legales de esta Póliza, la Compañía señala como domicilio legal la República de Panamá, por lo que este contrato queda sujeto a las leyes de la República de Panamá, a cuyos tribunales se somete expresamente para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente contrato; no obstante, lo anterior define que las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a arbitraje o arbitramientos si lo considera conveniente a sus intereses.

Adicionalmente, en estricto apego a los artículos 249 y 250 de la Ley 12 de 3 de abril 2012, en caso de que el Contratante o Asegurado no estén conformes con respecto a la decisión plasmada, cuenta con un plazo de 90 días hábiles para presentar la acción administrativa que corresponda ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

LA COMPAÑÍA declara que se compromete a tomar las medidas necesarias para proteger los datos personales y sensibles que obtenga del contratante, asegurado y sus dependientes, para que sean tratados y manejados en la ejecución del objeto de la contratación y demás requerimientos legales, en cumplimiento de los principios de: lealtad, finalidad, proporcionalidad, veracidad y exactitud, seguridad de los datos, transparencia, confidencialidad, licitud, y portabilidad, según lo dispuesto por la Ley 81 de 2019, en concordancia con la Ley 12 de 2012.

El Contratante y/o Asegurado se obliga(n) a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar la información requerida por la ley de prevención de blanqueo de capitales, así mismo se obliga(n) a realizar la actualización de los datos requeridos, cuando la Compañía se lo solicite. **La Compañía se reserva el derecho de no renovar o terminar el Contrato de Seguro, en caso que el Asegurado incumpla con esta obligación.**

En el caso de que el departamento de cumplimiento de la Compañía, reporte a la Unidad de Análisis Financiero, alguna actividad sospechosa por parte de un Asegurado, Contratante o Beneficiario, luego de la suscripción del negocio, podrá dar por terminado de forma anticipada el contrato de seguro, sin ningún tipo de responsabilidad o penalidad. Si existiera una actividad sospechosa, antes de la ocurrencia del siniestro o presentación de un reclamo o surgiera una actividad sospechosa luego de ocurrido un siniestro o presentado un reclamo, la Compañía podrá abstenerse de realizar el pago que corresponda, sin ningún tipo de responsabilidad o penalidad, pero previamente deberá remitir el reporte correspondiente a la Unidad de Análisis Financiero, quien determinará los pasos a seguir en ese caso. Sin perjuicio de la decisión que pueda adoptar la Unidad de Análisis Financiero o las autoridades competentes, la Compañía podrá de forma anticipada dar por terminado el contrato de seguro, sin ningún tipo de responsabilidad o penalidad.

Este modelo de Póliza ha sido autorizado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para ser comercializado entre el público consumidor mediante Resolución No, DRLA – 093 y DRLA – 096 del 16 y 19 de diciembre de 2022, para planes de salud colectivos e individuales.

Asegurado

Cía. Internacional de Seguros, S.A.



Representante Autorizado

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