

## Póliza de Seguro de Salud Colectiva Condiciones Generales

### Sección C

El presente Contrato de Seguro, en adelante la "Póliza" o Contrato de Seguro es suscrito entre, **Vivir Compañía de Seguros, S.A.**, sociedad organizada y existente en conformidad con las leyes de la República de Panamá, debidamente autorizada por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de la República de Panamá, para llevar a cabo el negocio de seguros, que en lo adelante y para fines del presente Contrato se denominará **LA COMPAÑÍA**, y, por la otra parte **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO**, según sea el caso; ambas partes representadas por sí solas o por las personas naturales que firman ésta Póliza, declaran poseer las facultades y poderes necesarios para la suscripción del presente Contrato, incluyendo sus Endosos y Modificaciones.

Mediante esta Póliza y en consideración al pago o de la garantía del pago de la prima estipulada dentro del período convenido y basándose en la verdad de las declaraciones del **CONTRATANTE y/o ASEGURADO** y de la Solicitud de **EL ASEGURADO**, cuyas declaraciones forman parte integrante de esta Póliza, junto con todas las manifestaciones contenidas en ella y las que se hagan al médico examinador, **LA COMPAÑÍA** conviene con **EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO (S)** nombrado en dicha Solicitud en celebrar el presente contrato de seguros de salud, sujeto a los términos, condiciones y límites de responsabilidad y demás estipulaciones contenidas en la Póliza o endosados en ella, a pagarle a **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO**, o al Proveedor de Servicios, por y para el **CONTRATANTE y/o ASEGURADO**, según sea el caso, al recibir en su Oficina Principal o Sucursales debidamente habilitadas para estos menesteres, prueba fehaciente de los gastos médicos elegibles por servicios de atención médica y hospitalaria que haya recibido un **ASEGURADO** y que estén cubiertos bajo alguna de las coberturas de seguro de la póliza, estos gastos o servicios médicos generados. **Cualquiera omisión, inexactitud u ocultamiento en las manifestaciones hechas por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, eximirán a LA COMPAÑÍA de toda obligación con respecto a este Contrato.**

El derecho a gozar de las prestaciones que se puedan suministrar mediante esta Póliza depende del correcto cumplimiento de parte de **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** con todos los términos, condiciones y demás estipulaciones.

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

#### I. CLÁUSULA DE TERMINACIÓN DEL SEGURO: Esta Póliza terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- Por falta de pago de la prima, transcurrido el Período de Gracia, el Período de Suspensión y haber enviado el Aviso de Cancelación al ASEGURADO o CONTRATANTE, en la forma establecida en estas Condiciones Generales, a partir de cuya fecha quedará cancelado el contrato de seguro.
- La no aceptación de un cambio de tarifa por parte de EL CONTRATANTE.
- Si LA COMPAÑÍA comprueba que EL ASEGURADO, o su representante le ha omitido, declarando de manera inexacta y ocultado información relevante, para la apreciación del riesgo.

- Quando el ASEGURADO fallezca o sea declarado legalmente incompetente POR RAZÓN DE UNA CONDICIÓN MEDICA NO CUBIERTA EN LA PÓLIZA.
- A solicitud del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en la fecha en que lo soliciten por escrito a LA COMPAÑÍA.
- En el momento que EL ASEGURADO o persona cubierta resida fuera de la República de Panamá.
- Para el cónyuge de EL ASEGURADO, si es persona cubierta, al convertirse en final y firme una sentencia de divorcio o una separación final, en el caso de unión consensual de hecho.
- Para el hijo de EL ASEGURADO, si es persona cubierta, en el próximo aniversario de la póliza después que cese de ser elegible, de acuerdo a su edad según se define en esta póliza.

En pólizas colectivas o de grupo serán causales de terminación del seguro individual, en adición a las anteriores, cualquiera de las siguientes:

- Quando EL ASEGURADO o persona cubierta deje de ser miembro permanente de la colectividad contratante del seguro por cualquier causa.
- En la fecha en que termine la póliza o que la cobertura cese por o para el contratante.
- Por falta de pago de la prima, transcurrido el Período de Gracia, el Período de Suspensión y haber enviado el Aviso de Cancelación a EL ASEGURADO o CONTRATANTE, en la forma establecida en estas Condiciones Generales, a partir de cuya fecha quedará cancelado el contrato de seguro.

- II. **CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN:** los beneficios pagaderos bajo esta póliza serán pagadas al Asegurado o a los proveedores dentro de los noventa (90) días calendarios de haber recibido en la Compañía, todos los documentos completados en su totalidad y con las firmas correspondientes, que conformen prueba escrita de tal pérdida. Cualquier pérdida acumulada y no pagada a la fecha de la muerte del Asegurado, será pagadera a sus herederos judicialmente declarados.

#### III. CLÁUSULA DE DEFINICIONES:

- Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino, fortuito y violento, causado por acción externa no deseada por **EL ASEGURADO** o Persona Cubierta, que resulta en un daño o lesión corporal para él o ella. **No se considerarán accidentes para efectos de esta póliza, las lesiones auto - infligidas o la tentativa de suicidio.** El homicidio doloso, el homicidio preterintencional, así como las lesiones que resulte, de tentativas de éstos y sus frustraciones, sólo se considerarán accidentes si se comprueba que **EL ASEGURADO** o Persona Cubierta no provocó el incidente.
- Accidente de Trabajo:** Todo suceso repentino que sobrevenga durante la jornada de trabajo, esto es: el tiempo que el trabajador no pueda utilizar libremente, por estar a la disposición exclusiva de su empleador, o que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica o una perturbación funcional, la invalidez o muerte. De igual modo, se considera Accidente de Trabajo, el que se

produzca durante el traslado de los trabajadores desde su residencia a los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.

- **Ambulancia Aérea:** Transporte aéreo de emergencia de acuerdo al área de cobertura indicada en la Tabla de Beneficios dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza, desde el aeropuerto adecuado más cercano al hospital donde **EL ASEGURADO** o Persona Cubierta, herida o enferma se encuentre hospitalizada, hasta el aeropuerto adecuado más cercano al hospital donde se hospitalizará para recibir tratamiento.
- **Ambulancia Terrestre:** Transporte terrestre de urgencia, limitado a viajes de traslado hacia un hospital cuando éstos sean necesarios para tratar una lesión accidental o una emergencia médica cubierta por esta Póliza.
- **Año Póliza:** Significa los doce (12) meses transcurridos desde la fecha y hora de expedición de la Póliza o desde cualquier fecha de aniversario posterior.
- **Asegurado:** Cuando en esta Póliza se utilice el término "ASEGURADO", sin indicar si se trata de un Asegurado titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto a un Asegurado titular como a un Asegurado dependiente. Son las personas naturales que han sido aceptadas en esta calidad por **LA COMPAÑÍA**, y los cuales tendrán acceso a los beneficios y servicios del (los) Plan (es) de **LA COMPAÑÍA**, conforme los términos y condiciones del presente Contrato y sus Anexos, siempre que previo cumplimiento de los criterios de elegibilidad establecidos por **LA COMPAÑÍA**, hayan sido aceptadas por ésta y que hayan cumplido con el requisito del pago de la póliza contratada.
- **Asegurado Titular:** Es la persona que, cumpliendo con los requisitos de edad, aparece designada como Asegurado en las Condiciones Particulares, con exclusión de cualesquiera otras personas cubiertas por esta póliza.
- **Aviso de Cancelación:** Es el aviso mediante el cual **LA COMPAÑÍA** le notifica al **CONTRATANTE y/o ASEGURADO** que está en mora y que el incumplimiento del pago de la prima trae consigo la cancelación de la Póliza. Dicho Aviso de Cancelación debe ser enviado por escrito a la última dirección registrada en la Póliza ya sea física, electrónica o postal con una anticipación de quince (15) días hábiles. Copia del Aviso de Cancelación debe ser enviado al Corredor de Seguros. Si este Aviso no es enviado, el contrato seguirá vigente.
- **Beneficios:** Son los servicios y gastos médicos que serán cubiertos por **LA COMPAÑÍA**, conforme a los términos previstos expresamente en el presente Contrato, el Cuadro de Cobertura y sus documentos Anexos, siempre que **EL ASEGURADO** se encuentre al día en el pago de las primas.
- **Centros ambulatorios de cirugía:** Son instituciones o departamentos de atención de enfermos no hospitalizables de una entidad hospitalaria u otro centro o establecimiento que reúna las condiciones necesarias y adecuadas para realizar las mismas.
- **Cirugía:** Tratamiento o intervención quirúrgica. Incluye, sin que la enumeración sea limitativa o exclusiva:
  - a. Operación por incisión
  - b. Sutura de una herida
  - c. Radioterapia (excluyendo terapia con isótopos radioactivos si se utilizan en lugar de extracción quirúrgica de un tumor);
  - d. Electrocauterización
  - e. Procedimientos endoscópicos para diagnóstico o terapia;
  - f. Tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y venas varicosas.
- **Clase:** Significa todos los Asegurados de todas las pólizas de un mismo tipo, incluyendo, pero no limitado a beneficios, deducciones, grupo de edades, área geográfica, planes, grupos de años o una combinación de éstos.
- **Coaseguro:** Es el porcentaje de participación de **EL ASEGURADO** con relación al costo elegible de los servicios médicos prestados a **EL ASEGURADO** o Persona Cubierta que él mismo deberá pagar directamente al médico, clínica u hospital tratante, según se estipula en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- **Cobertura:** Significa que se pagarán beneficios por gastos cubiertos, incurridos por cuidado médico y tratamiento de **EL ASEGURADO** o de cada Persona Cubierta a consecuencia de las enfermedades y condiciones no excluidas de coberturas, según se define en esta Póliza.
- **Complicación de la enfermedad o lesión:** Son las alteraciones de la salud distintas de las habituales de la enfermedad o lesión tratada, que pongan en peligro el estado de salud de **EL ASEGURADO** y que dependan o se deriven de dicha enfermedad, lesión o de su tratamiento.
- **Condiciones especiales:** Son las restricciones, limitaciones, ampliación y condiciones aplicadas a las presentes condiciones generales, que figuran en las condiciones particulares y que registrarán para determinados **ASEGURADOS**, previa aceptación de **LA COMPAÑÍA** conforme se establezca en los Anexos correspondientes.
- **Condición Pre-existente:** Significa cualquier enfermedad, de cualquier tipo, lesión, condición, síntoma, signo, dolencia ó alteración de la salud que se manifiesta ó aparece por primera vez o se trata medicamente antes de la fecha de efectividad de la póliza ó cobertura, en caso de adiciones posteriores, tanto en la persona de **EL ASEGURADO** como en la de las personas cubiertas, por la cual la persona cubierta tuvo advertencia médica, o consultó a un médico, o recibió tratamiento médico, servicios o suministros, o se ha hecho o se le recomendaron exámenes de diagnóstico, drogas o medicinas recetadas o recomendadas, o haya tenido presencia de síntomas los cuales provocarían o inducirían a una persona normalmente prudente, a procurar el diagnóstico, cuidado o tratamiento de un médico. Bajo este concepto también se entiende toda afección, sus causas, complicaciones, secuelas o sus efectos tardíos (aunque estos sólo se manifiesten con posterioridad a la fecha de efectividad de esta póliza o de la cobertura), que **EL ASEGURADO** o persona cubierta tenga antes de esta fecha. Se consideran también condiciones pre-existentes las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tal enfermedad o lesión, aunque estos sólo se manifiesten después de la celebración del contrato. Dicha condición será rechazada cuando **LA COMPAÑÍA**, basada en cualquiera de los medios de prueba generalmente aceptados por la Ley (documento público o privado, testimonio, opinión médica, criterio médico-académico, o

informe pericial, u otro de naturaleza análoga), tenga indicios de que en **EL ASEGURADO** se había manifestado, o de que él tenía conocimiento de tal condición, enfermedad o síntoma, con anterioridad a la fecha de efectividad de la Póliza.

- **Contratante:** Persona natural o jurídica que, como contraparte de **LA COMPAÑÍA**, contrata la Póliza y es responsable de hacer el pago de la prima convenida y actúa en nombre propio y de sus dependientes elegibles, cuando se trata de una póliza individual, o en representación de la colectividad que se asegura si se trata de una póliza colectiva, cuya solicitud sirve de base para emitir la Póliza y quien es responsable por pagar la prima estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- **Co-Pago:** es el monto fijo de participación de **EL ASEGURADO** con relación a los gastos cubiertos que debe pagar directamente al Proveedor de Servicios Médicos u Hospitalarios antes de recibir de éstos los servicios descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- **Cuadro de Cobertura:** Es el documento que forma parte integral del presente contrato en el cual se detallan los beneficios cubiertos por el Plan de Salud seleccionado por **EL ASEGURADO** y contratado.
- **Deducible:** Es la cantidad de los primeros gastos que está obligado a pagar cada **ASEGURADO** o Dependiente en cada año póliza ó calendario antes de que aplique el reembolso en Coaseguro, según así se establece en las Condiciones Particulares. Sólo aplica para el deducible las facturas por gastos médicos cubiertos, de acuerdo a las coberturas establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza, el cual no será reembolsado por **LA COMPAÑÍA**. No aplica para estos efectos los co-pagos ni coaseguros con los que haya participado **EL ASEGURADO** o Dependiente por gastos elegibles en los servicios médicos.
- **Dependientes:** Son dependientes los hijos, hijastros o hijos legalmente adoptados, siempre que sean mayores de diez (10) días de nacidos y menores de diecinueve (19) años, siempre y cuando sean solteros, vivan en la misma residencia del Asegurado Principal y dependan económicamente de éste, así como los hijos solteros mayores de diecinueve (19) años que vivan con **EL ASEGURADO** Principal, que dependan económicamente de él, y que se encuentren estudiando.
- **Dirección del Asegurado:** Es la señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza. La dirección puede ser física, electrónica o postal. Es obligación de **EL ASEGURADO** que en los registros de **LA COMPAÑÍA** conste la dirección actualizada.
- **Enfermedad:** Padecimiento, dolencia, malestar o desorden físico o mental que requiera tratamiento por un médico y que suceda por primera vez después de la fecha de efectividad de esta Póliza.
- **Enfermedad Crítica Detallada:** Son padecimientos aislados o conexos durante un evento, los cuales por su capacidad o potencial de poner en riesgo la vida de **EL ASEGURADO** son cubiertos exclusivamente en sala de emergencias; es también cualquier enfermedad ó condición de aparición súbita o imprevista que ponga en peligro la vida, la salud o las funciones vitales de **EL ASEGURADO** ó sus Dependientes elegibles y que requiera de una atención médica o quirúrgica inmediata a

las cuarenta y ocho (48) horas de haber surgido, las cuales se detallan a continuación:

Pérdida del conocimiento, obnubilación o desvanecimiento, cuerpo extraño en ojos, oídos y nariz, deshidratación severa por vómito y / o diarrea, crisis asmática, reacciones alérgicas severas agudas por picaduras de insectos ó reptiles, medicamentosas y alimentarias, heridas leves sin complicaciones, quemaduras severas, crisis hipertensivas, hipoglicemia e hiperglicemia, insuficiencia respiratoria severa aguda, cólico nefroureteral, cólico hepático, angina de pecho, infarto del miocardio, convulsiones, estados de shock y coma, retención aguda de orina, fracturas, luxaciones y esguinces, trauma craneoencefálico, apendicitis, trombosis, intoxicación aguda, accidente cerebro-vascular, hemorragias, crisis migrañosa, abdomen agudo, dolor agudo de cualquier tipo, sangrado digestivo alto y bajo, dolor agudo de origen dental y otitis.

- **Enfermedad grave (crónica):** Es toda afección o condición patológica congénita o adquirida de larga evolución, que afecta a un órgano o grupo de órganos, alterando su función.
- **Enfermedad aguda:** Condición médica que se manifiesta por signos o síntomas súbitos.
- **Enfermedades Congénitas, Hereditarias ó Defectos Adquiridos:** Significa enfermedad, desorden ó malformaciones adquiridas 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 de **EL ASEGURADO**.
- **Enfermedades Infecciosas:** Significa toda enfermedad causada por bacterias, protozoarios, hongos, virus, pudiendo ser transmisibles o no transmisibles.
- **Exámenes Especiales:** Son exámenes médicamente necesarios, que se efectúan para fines de diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas por esta Póliza.
- **Experimental o Investigativo:** Significa que un tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o período de hospitalización (o parte de un período de hospitalización) no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por una comunidad médica internacional; y se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba, o en cualquier fase de un experimento clínico.
- **Fecha de Efectividad:** es la fecha del inicio de la vigencia de la Póliza.
- **Fecha de Renovación:** Es el día, mes y año en que se produce de forma automática la renovación de la Póliza y que tiene lugar cada doce (12) meses a partir de la fecha de vigencia de la misma.
- **Fecha de Vencimiento:** Fecha en que la prima correspondiente a la presente Póliza de Salud debe ser pagada.
- **Gastos Elegibles:** Son todos aquellos servicios y suministros descritos en esta Póliza sujetos de cobertura. Estos tienen que ser médicamente necesarios para cualquier diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones accidentales cubiertas por esta Póliza.

- **Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA):** Cargo u honorario determinado por **LA COMPAÑÍA** sobre el monto que éste le pagará a un proveedor por un servicio médico específico.
- **Hospital:** Todo establecimiento legalmente autorizado para el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, atendido permanentemente por un cuerpo colegiado de médicos. No se consideran hospitales, a efectos de esta Póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo o de convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento o tratamiento de enfermedades crónicas, drogadictos o alcohólicos, o instituciones similares, ni los centros de atención exclusiva de cirugías estéticas, de cualquier tipo.
- **Hospital Participante:** Es todo hospital o institución hospitalaria que forma parte de la cadena de hospitales que participan en programas contractuales de cobertura para los **ASEGURADOS** de **LA COMPAÑÍA** y forma parte del listado de Proveedores Participantes de ésta, la cual podrá ser consultada por **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO**, a través de la página web de **LA COMPAÑÍA**. **LA COMPAÑÍA** se reserva el derecho de modificar, adicionar, sustituir, remplazar o cancelar, de tiempo en tiempo, uno o varios de los hospitales participantes. **LA COMPAÑÍA** se compromete en mantener actualizada el listado de proveedores para el buen manejo de **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO**.
- **Lesión:** Es el daño al cuerpo de **EL ASEGURADO**, causado como resultado de una causa externa o interna al cuerpo de **EL ASEGURADO**. También se define como todos los daños físicos sufridos por **EL ASEGURADO** en conexión con cualquier accidente, serán considerados una lesión. No todas las lesiones provocan una enfermedad ni requieren tratamiento.
- **Lesión Grave:** Es la lesión que puede poner en peligro la vida de **EL ASEGURADO** o generar secuelas permanentes, y que es calificada como tal después de una evaluación, y por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico autorizado por **LA COMPAÑÍA**.
- **Límite Anual Renovable:** Suma asegurada anualmente contratada con **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** utilizada para cubrir los siniestros ocurridos durante el año póliza, la cual constituye el límite máximo de responsabilidad de **LA COMPAÑÍA** para con **EL ASEGURADO** de acuerdo con las Condiciones Particulares. Una vez pasada la renovación se restituye la cobertura en un cien por ciento (100%) sin requisitos de asegurabilidad, siempre y cuando **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** reponga la prima pactada por el límite anual renovable contratado.
- **Máximo Desembolso Anual (“Stop Loss”):** Es el total máximo del gasto que asume **EL ASEGURADO** por concepto de su participación (en coaseguro) en cualquier siniestro que afecte la Póliza dentro del año, de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza. **LA COMPAÑÍA** asumirá el 100% de todos los gastos incurridos durante el resto de ese año póliza. Bajo este beneficio no se incluye la porción de coaseguro por efecto de penalización o reducción de beneficios por tratamientos, procedimientos y/u hospitalizaciones no pre- autorizados y /o aprobadas por **LA COMPAÑÍA**, así como por la utilización de hospital, centro médico y/o médico no perteneciente a la Red de Proveedores de **LA COMPAÑÍA**.
- **Máximo Vitalicio:** Es la Suma Asegurada acumulada total que tiene la póliza, pactada con **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO**, para ser utilizada durante todo el tiempo de su vigencia, incluyendo las renovaciones para todas las coberturas en conjunto que utilizará **LA COMPAÑÍA** por cada **ASEGURADO** en la Póliza, para pagar los beneficios contratados como resultado de recibir servicios médicos u hospitalarios elegibles cubiertos bajo la Póliza.
- **Medicamento Necesario:** Significa el servicio, medicamento o suministro que es necesario y adecuado para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, para la cual exista cobertura válida, fundamentado generalmente en la práctica médica actual aceptada y que no sea de naturaleza educacional o experimental. Que sea el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda ser proporcionado sin riesgo a **EL ASEGURADO** ó persona cubierta; y que, en el caso de la atención a un paciente internado en un hospital, no pueda administrarse a paciente externo sin incurrir en riesgo.
- Ningún servicio, medicamento o suministro se considerará medicamento necesario:
  - a) Si se suministra únicamente porque conviene a **EL ASEGURADO**, a la Persona Cubierta o al proveedor del servicio médico ó;
  - b) Si no es adecuado para el diagnóstico o los síntomas que presente **EL ASEGURADO** o Persona Cubierta ó;
  - c) Si no sobrepasa en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para brindar un diagnóstico o tratamiento seguros, satisfactorio y conveniente para **EL ASEGURADO** o Persona Cubierta.
- **Medicamento:** Es un fármaco, principio activo o conjunto entre ellos, integrando en forma farmacéutica, utilizado en seres humanos con el fin de diagnosticar, prevenir, curar, aliviar o tratar enfermedades, síntomas o estados patológicos, Los medicamentos aquí referidos deberán constar con su respectivo registro médico, tal y como lo exige la ley.
- **Medicamentos Elegibles:** Son los medicamentos cuya venta y uso estén legalmente limitados a la orden de un médico y no incluye medicamentos que puedan comprarse sin receta médica y / o medicamentos que paguen el ITBMS, al ser considerados medicamentos cosméticos.
- **Médico o Doctor:** Significa un doctor en medicina legalmente calificado por las autoridades correspondientes, que no sea **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** o Persona Cubierta, dedicado a la práctica de la medicina dentro de los límites para los cuales lo autoriza su licencia respecto al diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones cubiertas por esta póliza. Se incluye dentro de este término personas licenciadas como Fisioterapeutas. **Se excluyen Psicólogos, Optómetras y Podiatras.**
- **Moneda:** Todos los pagos relacionados con esta Póliza serán hechos en la moneda de curso legal que se utiliza en la República de Panamá, a menos que se especifique de otra manera.
- **Nuevos Asegurados:** Son las personas que adquieren la calidad de **ASEGURADOS** conforme el presente Contrato una vez iniciada la Fecha de Vigencia del mismo, conforme los términos de la Cláusula Cuarta del presente Contrato.

- **País de Residencia:** Es el país donde **EL ASEGURADO** reside con un mínimo de seis (6) meses al año. Este puede ser diferente del lugar legal de residencia de **EL ASEGURADO**. Para los efectos de la vigencia y validez de esta Póliza, el país de residencia debe ser la República de Panamá, lugar en donde **EL ASEGURADO** debe residir por un período mínimo de seis (6) meses, esto de manera ininterrumpida.
  - **Periodo de Espera:** Es el período de tiempo o plazo, que a partir de la Fecha de Entrada en Vigencia, debe cumplir cada **ASEGURADO** a fin de poder acceder a determinadas prestaciones, y durante el cual están cubiertas ciertos beneficios y/o servicios, establecidos en las Condiciones Particulares, el Cuadro de Cobertura del presente Contrato.
    - Período de tiempo a partir de la fecha de inicio de cobertura para **EL ASEGURADO**, y donde el seguro no cubre.
    - **Periodo de Gracia:** Se concede un período de gracia de treinta (30) días calendario a **EL ASEGURADO** para el pago de cualquiera prima periódica vencida o su fracción y que empieza a correr a partir de cualquier fecha de vencimiento; excepto en la prima de emisión. Durante este período de gracia la póliza permanecerá en vigor.
    - **Periodo de Suspensión:** Cuando **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** haya efectuado el pago de la primera fracción de la prima y se atrase por más del término del Período de Gracia para el pago de las siguientes primas o fracciones de primas subsiguientes, se entenderá que ha incurrido en el incumplimiento del pago por lo que LA **COMPAÑÍA** procederá de inmediato a suspender la cobertura de la póliza por un periodo de sesenta (60) días calendario.
    - **Pre-autorización:** proceso en el cual **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** solicita autorización a **LA COMPAÑÍA** para realizarse un tratamiento médico, y **LA COMPAÑÍA** le garantiza a **EL ASEGURADO** la manera en que los gastos serán cubiertos, de acuerdo a las Condiciones Particulares y se encarga de efectuar el pago correspondiente a su porción de los gastos elegibles a médicos, laboratorios, clínicas y hospitales, entre otros. Si un **ASEGURADO** decide ingresar a un Hospital sin antes comunicarse con **LA COMPAÑÍA**, sus beneficios serán reducidos, tal como se indica en las Condiciones Particulares.
    - **Reclamación:** La demanda económica realizada por **EL ASEGURADO** o El Proveedor que puede ser declinada, aplicada al deducible y / o cubierta parcial o totalmente por el Plan de Salud contratado mediante el pago directo al prestador del Servicio de Salud o mediante reembolso, conforme a los beneficios establecidos en el Cuadro de Cobertura.
    - **Servicio Ambulatorio:** Tratamiento o servicios necesarios provistos y ordenados por un médico, en un hospital o clínica o un establecimiento de salud habilitado y debidamente autorizado para prestar estos servicios, para lo cual no es médicamente necesaria su hospitalización o cuando este no sea admitido en un centro hospitalario.
    - **Servicios Ambulatorios Especializados:** Son aquellos servicios ambulatorios necesarios prescritos y/o proporcionados por un médico autorizado para ejercer como especialista o consultor, a quien la persona afiliada es remitida por su médico tratante.
  - **Servicio de Hospitalización:** Es todo tratamiento médico suministrado a **EL ASEGURADO** cuando no estén disponibles tratamientos o diagnósticos apropiados de servicios ambulatorios, si este se encuentra internado en el hospital, por un período interrumpido de por lo menos veinticuatro (24) horas. Los servicios de hospitalización comprenden los cargos de habitación, alimentación en el hospital, medicamentos, materiales e insumos, así como el uso de todas las facilidades médicas del mismo. Incluye todos los tratamientos y servicios médicos prescritos por un médico, enfermera o especialista, incluso el cuidado intensivo cuando sea necesario para el tratamiento de la enfermedad o lesión amparada por la Póliza contratada.
  - **Servicios Electivos:** Se define como servicios electivos cualquier enfermedad para la cual no se requiera asistencia facultativa, tratamiento o cirugía inmediata, pudiendo ser los servicios pospuestos, sin perjuicio de la salud de **EL ASEGURADO**.
  - **Solicitante:** Es la persona que mediante la firma del Formulario de Solicitud y en la Declaración de Salud manifiesta su intención de contratar los servicios contemplados en el presente Contrato conforme el Plan Seleccionado, para si mismo y/o sus dependientes.
  - **Solicitud:** Son los documentos que debe presentar el Solicitante, que comprende el formulario que contiene los datos que deben ser proporcionados por **EL CONTRATANTE y/o** por **EL ASEGURADO**, sobre sí mismo y/o sus dependientes los cuales son firmados y declarados bajo juramento por el asegurado en los formularios que **LA COMPAÑÍA** suministrará para tales fines, quedando entendido que **LA COMPAÑÍA** emitirá el correspondiente carné de afiliación partiendo de que se trata de informaciones correctas, completas y veraces; así como cualquier examen médico u otro documento que sea requerido por **LA COMPAÑÍA** para determinar la aceptación o no de la Afiliación.
  - **Tratamiento Electivo:** Significa que un tratamiento, cirugía, suministro, procedimiento o período de hospitalización (o parte de un período de hospitalización), puede ser ordenado o programado a conveniencia de **EL ASEGURADO**, sin que se ponga en peligro la vida del mismo y sin causarle severos trastornos a alguna de sus funciones vitales.
  - **Tratamiento Odontológico de Emergencia a Raíz de un Accidente:** Es todo tratamiento de emergencia necesario para la reconstrucción o e remplazo de piezas dentales, que hayan sido dañadas o perdidas en un accidente, siempre que tal tratamiento sea provisto a consecuencia de un accidente y que el mismo se encuentre cubierto bajo la presente Póliza.
  - **Terapia de Rehabilitación:** Significa terapia respiratoria y fisioterapia como resultado de una enfermedad o accidente cubierto por el Plan de Salud seleccionado.
- IV. **CLÁUSULA DE OBJETO:** Por medio del presente Contrato, **LA COMPAÑÍA** y **EL CONTRATANTE** convienen en que, previo pago del precio convenido por concepto de primas, **LA COMPAÑÍA** se compromete administrar los riesgos de salud de **EL ASEGURADO**, quien tendrá derecho a acceder a los Servicios de Salud contratados, de acuerdo a las modalidades, condiciones, prestadores de servicios de salud, límites y coberturas establecidas en el presente Contrato, el

Plan de Salud seleccionado y sus Cuadros de Cobertura y sus Anexos, los cuales forman parte integral del mismo.

Las partes acuerdan y declaran que la presente Póliza tiene un alcance de cobertura tanto Nacional de cómo Internacional. La Cobertura Internacional estará sujeta a las exclusiones y limitaciones establecidas en éstas condiciones generales, las particulares y la tabla de beneficios de la Póliza. Igualmente las partes acuerdan y declaran que, debido al alcance de Cobertura Nacional e Internacional del presente Contrato, y para las funciones de administración y gestión de riesgos de salud en el extranjero, LA COMPANÍA, podrá contratar compañías especializadas y autorizadas para tales fines en los países en que el Plan de Salud Contratado permite cubrir los riesgos de salud de EL ASEGURADO, sin que LA COMPANÍA deba requerir para ello de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, autorización alguna, adicional al presente Contrato.

V. **CLÁUSULA DE EFECTIVIDAD DEL SEGURO:** El seguro entrará en vigor, para un **CONTRATANTE y/o ASEGURADO**, a partir de la fecha de aceptación de la solicitud por parte de **LA COMPANÍA**. La fecha de inicio de cobertura aparecerá en las Condiciones Particulares de la Póliza.

VI. **CLÁUSULA DE VIGENCIA Y RENOVACIÓN:** La vigencia es el plazo de duración de su contrato de seguro o póliza y señalado en las Condiciones Particulares. La vigencia de la póliza para un **CONTRATANTE y/o ASEGURADO** Titular y / o dependientes elegibles será igual a la frecuencia de pago de la prima acordada por el **CONTRATANTE y/o ASEGURADO** Principal en la "Solicitud de Seguros", pudiendo su póliza tener una vigencia, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral, semestral o anual.

La fecha de inicio de la vigencia de la póliza para un **CONTRATANTE y/o ASEGURADO**, será aquella que se indique como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza y estará condicionada al pago de la prima correspondiente por adelantado, sin lo cual no se iniciará, y se renovará automáticamente por igual periodo cada vez que se pague en la fecha de renovación estipulada en las Condiciones Particulares.

**LA COMPANÍA** podrá a su discreción, emitir la renovación de la Póliza antes de haber recibido la prima correspondiente al nuevo periodo de cobertura. **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** o sus corredores de seguro, deberán recibir por parte de **LA COMPANÍA** las renovaciones con un mínimo de treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha del inicio de vigencia.

La falta de pago de la prima o primera fracción de prima según lo pactado en la Póliza conlleva la nulidad absoluta del contrato desde el inicio del nuevo periodo de vigencia, sin necesidad de declaración judicial alguna.

VII. **CLÁUSULA DE ELEGIBILIDAD:** Además del propio **ASEGURADO**, quien debe ser mayor de edad y menor de sesenta y seis años (66) de edad, los miembros de la familia de **EL ASEGURADO** calificarán para ser personas elegibles (cubiertas), siempre y cuando cumplan con los requisitos de edad establecidos en las Condiciones Particulares y encontrándose señalados como tales en las mismas, tengan y cumplan con cualquiera de las siguientes cualidades:

a) El cónyuge legal, o en su defecto, la persona que viviendo en calidad de cónyuge permanente de **EL ASEGURADO** Principal, esté registrado como tal en **LA COMPANÍA** y que conviva con **EL ASEGURADO** Principal en el mismo

domicilio. El cónyuge debe tener menos de sesenta y seis (66) años de edad en el momento de entrar en la Póliza;

b) Los hijos, hijastros o hijos legalmente adoptados, siempre que sean mayores de diez (10) días de nacidos y menores de diecinueve (19) años. Para los propósitos de ser elegible cualquiera de los antes mencionados deben ser solteros, vivir en la misma residencia de **EL ASEGURADO** Principal y depender económicamente de éste;

c) Los hijos solteros mayores de diecinueve (19) años que vivan con **EL ASEGURADO** Principal, que dependan económicamente de él y que se encuentren estudiando. **EL ASEGURADO** Principal debe presentar certificación a **LA COMPANÍA** de la calidad de estudiante de sus hijos. El amparo, en estos casos, se extiende hasta el cumplimiento de los veinticinco (25) años de edad;

En los casos de elegibilidad de **EL CONTRATANTE** para pólizas colectivas o de grupo, una persona podrá ser elegible para contratar una póliza colectiva o de grupo si en la fecha de la solicitud cumple con todos los siguientes requerimientos:

- Los empleados de una empresa privada o de una entidad gubernamental o autónoma del Estado, contratante de la póliza colectiva o de grupo:
  - Que cumplan con los requisitos de elegibilidad descritos en esta Póliza;
  - Que sean empleados permanentes y que laboren a tiempo completo;
  - Que sean menores de sesenta y seis (66) años de edad;
  - Que reúnan los requisitos de asegurabilidad de **LA COMPANÍA** y,
  - Que estén de acuerdo en pagar la prima que sea requerida.

VIII. **CLÁUSULA DE RESIDENCIA EN EL PAÍS:** Para tener derecho a la cobertura, **EL ASEGURADO** (principal, cónyuge e hijos dependientes) deberán residir, como tiempo mínimo en la República de Panamá durante seis (6) meses de manera ininterrumpida dentro del año calendario de vigencia de la Póliza. **Si alguno de los Asegurados no cumple con este requisito, esto conllevará la pérdida de la cobertura.**

IX. **CLÁUSULA DE EXAMENES MEDICOS:** **LA COMPANÍA** se reserva el derecho de exigir a **EL ASEGURADO**, previa aceptación en su calidad de **ASEGURADO**, que se someta a un examen médico que será practicado por médicos autorizados de **LA COMPANÍA**.

Igualmente, durante la vigencia del contrato **LA COMPANÍA** podrá requerir a **EL ASEGURADO** que se someta, dentro de un plazo determinado, a exámenes practicados por Médicos autorizados de **LA COMPANÍA**, cuando sea razonablemente necesario, a fin de constatar y controlar su estado de salud, antes o con posterioridad a la realización de riesgos cubiertos por el presente Contrato y el Plan Seleccionado.

Asimismo, **EL ASEGURADO**, autoriza a su corredor de seguros, a cualquier médico, médico practicante, hospital o clínica privados, Caja del Seguro Social, Hospital Santo Tomás, y cualquier otra institución gubernamental o cualquier otro proveedor del cuidado de la salud, asegurador o empleador, tenedores de pólizas de grupo que tengan datos o información sobre él o sus dependientes con referencia a cualquier tratamiento médico, examen, dictamen u

hospitalización, puedan ser informados de todo lo concerniente a su expediente clínico. Dichas personas están autorizadas a suministrar todas las informaciones requeridas por **LA COMPAÑÍA** sobre su estado de salud, antes y después de su aceptación de Afiliación y autorizan, por medio del presente Contrato a los profesionales o instituciones donde hubieran sido o sean tratados, a fin de que suministren por su cuenta toda la información necesaria para integrar una cabal y completa historia clínica en cada caso.

Los exámenes médicos o investigaciones realizadas para la evaluación de la solicitud durante la vigencia del presente Contrato serán cubiertos por **LA COMPAÑÍA**. En caso de ser necesaria la realización de pruebas adicionales, estas deberán ser cubiertas por **EL ASEGURADO**.

- X. **CLÁUSULA DE IDENTIFICACION:** Una vez cumplidos con los requisitos establecidos para la afiliación formal de **EL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA**, expedirá a cada uno un Carné de Identificación en la forma que determine **LA COMPAÑÍA**. Los Carnés son propiedad de **LA COMPAÑÍA**, son personales e intransferibles. Para tener acceso a los servicios establecidos en este Contrato será obligatoria la presentación del Carné de Identificación expedido por **LA COMPAÑÍA**.

**EL ASEGURADO** está obligado a mantener en todo momento conservado su Carné de Identificación a fin de evitar por acciones, negligencias u omisiones, complicidad en el uso indebido, abusivo o fraudulento del mismo. En caso de pérdida del Carné, **EL ASEGURADO** personalmente, o a través de **EL CONTRATANTE**, debe notificar de inmediato a **LA COMPAÑÍA** la pérdida por escrito. En caso contrario, **EL CONTRATANTE** se hará responsable por el mal uso dado al mismo, pudiendo **LA COMPAÑÍA**, exigir el repago a **EL CONTRATANTE** de los servicios cubiertos, en aquellos casos en que se verifique la comisión de un mal uso o uso abusivo del Carné.

**EL ASEGURADO** está obligado a devolver a **LA COMPAÑÍA** su Carné dentro de los tres (3) días laborables siguientes a la fecha en que ha terminado el presente Contrato por cualquiera de las causas enunciadas más adelante.

Para fines de ejecución del presente Contrato se considera una obligación sustancial de **EL CONTRATANTE**, y **EL ASEGURADO**, el cumplimiento de las obligaciones previstas en la presente Cláusula, por lo que **EL CONTRATANTE** se obliga a tomar las medidas de lugar para poner en conocimiento de sus **ASEGURADOS** las obligaciones asumidas a través del presente Contrato.

- XI. **CLÁUSULA DE AVISO DE SINIESTRO: EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** deberá dar aviso previo a **LA COMPAÑÍA** en cada siniestro, tratándose de Pre-Autorizaciones para procedimientos, cirugías programadas, hospitalizaciones programadas, dentro de las setenta y dos (72) horas previas a su realización, y aviso inmediato dentro de las primeras veinticuatro (24) horas siguientes en caso de una hospitalización a consecuencia de un accidente o emergencia médica y remitir los documentos que sustentan la reclamación dentro de los noventa (90) días calendario después de haber ocurrido el siniestro o comenzado alguna pérdida o gasto cubierto.
- XII. **CLÁUSULA DE AJUSTE DE PRIMA POR TERMINACIÓN DE UNA PERSONA CUBIERTA:** Después de la terminación de cobertura de una Persona Cubierta, la prima de esta Póliza será ajustada a la prima correcta para las restantes personas cubiertas.

- XIII. **CLÁUSULA DE DERECHO A CONVERSIÓN:** Queda establecido que cuando se trate de pólizas colectivas, se le otorga al **CONTRATANTE y/o ASEGURADO** el derecho para que adquiera una póliza individual de salud, siempre y cuando haya pertenecido como mínimo por cinco (5) años a la póliza colectiva, con beneficios similares o menores a los que tiene en la póliza colectiva, sin tener que dar evidencia de asegurabilidad pagando la prima correspondiente al plan al que aplique. Es elegible para este beneficio, todo **ASEGURADO** cubierto que deje de pertenecer al grupo asegurado bajo una póliza colectiva, sin tener que dar evidencia de asegurabilidad y que envíe el formulario de solicitud para una póliza individual a **LA COMPAÑÍA** dentro de los treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de separación de **EL ASEGURADO** cubierto en la póliza colectiva. Este beneficio también aplica para el hijo dependiente, si es persona cubierta, en el momento en que deja de ser elegible como tal en la póliza individual o certificado de seguro (en colectivos) de **EL ASEGURADO**. En este caso deberá enviar el formulario de solicitud para una póliza individual a **LA COMPAÑÍA** dentro de los treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha en que dejó de ser elegible como Persona Cubierta en la Póliza de **EL ASEGURADO**, aplicando las mismas condiciones, exclusiones y períodos de espera de una póliza individual.

- XIV. **CLÁUSULA DE PRESENTACIÓN DE GASTOS MÉDICOS:** Para que sean tramitadas por **LA COMPAÑÍA** todas las facturas en concepto de gastos médicos cubiertos dentro de las coberturas de la Póliza, deberán ser presentadas en las oficinas de **LA COMPAÑÍA**, conjuntamente con el formulario de reclamos completado en su totalidad, y firmado tanto por el médico tratante como por **EL ASEGURADO**, dentro de los noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de ocurrencia.

Ninguna reclamación será denegada o reducida si se presenta prueba fehaciente de que la evidencia de tal reclamación no pudo razonablemente someterse durante el período establecido de noventa (90) días, disponiéndose que tal evidencia sea sometida en un tiempo razonable y en ningún caso, excepto por incapacidad legal, más allá de un (1) año desde que la evidencia era requerida bajo las disposiciones de esta Póliza.

- XV. **CLÁUSULA DE PERÍODOS DE ESPERA:** Queda establecido que durante el período de espera estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza, no se cubrirá ningún gasto por tratamientos, servicios, suministros o cirugía proporcionados por, o en relación con las condiciones que se especifican a continuación; en esos casos, el período de espera será contado en días calendario, a partir de la fecha de comienzo de la póliza para los **ASEGURADOS** iniciales, y para los nuevos asegurados, a partir de la fecha de su inclusión:

- Amigdalotomía y/o Adenoidectomía
- Hernia de cualquier clase y Eventraciones cualesquiera que sean sus causas (incluyendo hernia hiatal y hernia de disco vertebral)
- Histerectomía y órganos de reproducción y anexos
- Cataratas
- Glaucoma o Pterigion
- Laparoscopia ginecológica (diagnóstica y quirúrgica)
- Endometriosis y/o dolor pélvico crónico
- Intervenciones quirúrgicas de vesícula y vías biliares
- Septumplastia

- Varicocelecomía
- Lesiones pigmentarias de la piel conocidas, como lunares o nevos
- Condiciones pre-existentes declaradas, no excluidas permanentemente.
- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)
- Hemorroides
- Cálculo de riñón
- Prostatitis
- Tiroidectomía
- Quistes
- Hidrocelecomía
- Colpoperinorrafia
- Cirugías urológicas
- Várices o telangiectasias (arañitas de la pierna)

XVI. **CLÁUSULA DE BENEFICIOS CUBIERTOS:** Queda establecido que los beneficios cubiertos serán pagados luego de recibirse prueba satisfactoria de que **EL ASEGURADO** ha incurrido en gastos cubiertos durante la vigencia de esta Póliza. Se entiende por beneficios cubiertos bajo esta Póliza, aquellos listados dentro del Cuadro de Cobertura dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza, por los cuales el **CONTRATANTE y/o ASEGURADO** ha pagado la prima establecida por **LA COMPAÑÍA**, los cuales se pagarán conforme a los estipulados en dicha tabla, 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 tengan relación directa con el diagnóstico dictado por el médico tratante.

**LA COMPAÑÍA** pagará directamente al médico, hospital, proveedor de la salud y/o reembolsará a **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** los siguientes servicios con base a lo estipulado dentro de la Tabla de Cobertura incluida en las Condiciones Particulares de la Póliza; estos servicios son los siguientes:

#### **HOSPITALIZACIÓN:**

- **Cuarto y Alimentación:** Esta cobertura se brindará tomando en consideración los co-pagos, coaseguros, deducibles y / o limitaciones establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días ó hasta que se consuma el límite máximo anual contratado, lo que ocurra primero. Bajo este cargo se cubrirán los costos de habitación hasta el máximo indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza dentro de la República de Panamá. Queda entendido que este beneficio no será pagado en los días en que **EL ASEGURADO** se encuentre recluido en la Unidad de Cuidados Intensivos. **Bajo esta cobertura no se cubrirán los gastos del acompañante.**
- **Unidad de Cuidados Intensivos:** Esta cobertura se brindará tomando en consideración los co-pagos, coaseguros, deducibles y / o limitaciones establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza hasta el máximo indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza ó hasta que se consuma el límite anual contratado, lo que ocurra primero.
- **Gastos Misceláneos de Hospital:** Bajo esta cobertura se incluyen los servicios o procedimientos médicos suministrados a **EL ASEGURADO** ó Persona Cubierta

mientras se encuentre hospitalizado ó utilizando los servicios ambulatorios de hospital como los siguientes: uso de la sala de operaciones y sala de recuperación, uso de la sala de parto y labor de parto, sala de recién nacidos e incubadora, unidad de cuidados intensivos neonatal y pediátrico, para niños nacidos de una maternidad cubierta por esta Póliza, uso de la sala de urgencias y de las facilidades para cirugía ambulatoria, atención de enfermeras provistas por el hospital, equipo de asistencia de corazón y riñón artificial, material médico quirúrgico, anestésicos y su administración, materiales de cura, vendajes, yeso, medicinas, soluciones intravenosas e inyecciones, oxígeno, respirador y ventilador, análisis de laboratorio, radiografías, exámenes patológicos y estudios especiales requeridos para diagnósticos, tratamientos de radioterapia, isótopos, cobalto y quimioterapia, tratamiento por insuficiencia renal incluyendo diálisis, transfusiones de sangre, plasma y sus derivados, prueba de sensibilidad de alergias y sus tratamientos de inmunización, terapia física y respiratoria, prótesis, equipos y aparatos especiales que se requieran por prescripción médica.

- **Honorarios del Cirujano:** Este beneficio se pagará de acuerdo al Cuadro de Cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que se trate de médicos dentro de la red de proveedores. En caso de médicos no participantes en la red se pagará por esos servicios, siempre y cuando el cuadro de cobertura así lo establezca, un porcentaje de los costos usuales, razonables y acostumbrados utilizados por nuestros médicos en red, indicado en el Cuadro de Cobertura.

Si dos o más operaciones se ejecutan al mismo tiempo, y por la misma incisión, el reembolso total que debe hacer **LA COMPAÑÍA** para todas estas intervenciones quirúrgicas estará limitado al máximo fijado para aquella operación cuyo costo sea el más alto. Cuando sea necesario efectuar dos ó más operaciones quirúrgicas en la misma cesión operatoria, pero en diferentes campos operatorios se pagarán los honorarios correspondientes a cada procedimiento. **Bajo este beneficio no se cubrirán cargos efectuados por dos o más médicos de la misma especialidad, ambos en calidad de cirujano principal;** en consecuencia solo se pagará por un cirujano principal.

- **Honorarios del Anestesiólogo:** Bajo este beneficio se pagará el treinta por ciento (30%) de los costos usuales, razonables y acostumbrados aprobados al médico cirujano y sólo aplicará en los casos en que un anestesiólogo administre personalmente la anestesia al paciente y permanezca en presencia constante durante todo el tiempo que dure la cirugía. **Bajo este beneficio no se cubrirán cargos efectuados por dos o más médicos de la misma especialidad, ambos en calidad de anestesiólogo principal.** En ningún caso el monto mínimo a pagar al anestesiólogo será menor de Cien dólares (US\$100.00)
- **Honorarios del Cirujano Asistente:** Previa autorización de **LA COMPAÑÍA**, y solo en los casos de cirugía de corazón abierto, columna vertebral, cabeza y remplazo de cadera, bajo este beneficio pagará el veinte por ciento (20%) de los costos usuales, razonables y acostumbrados aprobados al médico cirujano. **Bajo este beneficio no se cubrirán cargos efectuados por dos o más médicos asistentes de la misma especialidad.**



- **Honorarios de Otros Médicos Tratantes:** Para este beneficio **LA COMPAÑÍA** pagará de acuerdo al Cuadro de Cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que se trate de médicos participantes. En caso de médicos no participantes se indemnizará, siempre y cuando el cuadro de cobertura así lo establezca, un porcentaje de los costos usuales, razonables y acostumbrados utilizados por nuestros médicos de red, indicado en el Cuadro de Cobertura.
- **Visitas Intrahospitalarias:** queda establecido que el pago de este beneficio está limitado de la siguiente manera:
  - Dos (2) visitas diarias si el paciente se encuentra recluido en la Unidad de Cuidados Intensivos;
  - Una (1) visita diaria si el paciente se encuentra recluido en una habitación corriente. **No se pagarán visitas relacionadas a un procedimiento quirúrgico.**

En caso de médicos no participantes se indemnizará, siempre y cuando el cuadro de cobertura así lo establezca, un porcentaje de los costos usuales, razonables y acostumbrados utilizados por nuestros médicos de red, indicado en el Cuadro de Cobertura.

Llámesese visita intrahospitalaria, a la visita de atención médica que realiza el doctor tratante o interconsultor al paciente **ASEGURADO** estando hospitalizado.

#### **CIRUGÍA AMBULATORIA**

- **Gastos Misceláneos de Hospital:** De acuerdo a las coberturas estipuladas en el Cuadro de Cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, cubre los costos del Salón de Operaciones, cuarto de recobro y demás servicios y suministros facturados por el hospital por cada cirugía ambulatoria.

En caso de que la cirugía se efectúe en un hospital o centro de cirugía ambulatoria con proveedores no participantes en la red, siempre y cuando así lo establezca su cuadro de cobertura, se pagará un porcentaje de los costos usuales, razonables y acostumbrados, indicados en el Cuadro de Cobertura, pero nunca más que el valor acordado con los proveedores participantes en la red. Este beneficio aplica únicamente cuando **EL ASEGURADO** o Persona Cubierta no se interne como paciente hospitalizado.

- **Gastos Misceláneos en Consultorio:** De acuerdo a las coberturas estipuladas en el Cuadro de Cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, cubre los costos por suministros facturados por el médico, por cada cirugía ambulatoria ó procedimiento realizado dentro del consultorio del médico tratante.
- **Honorarios Médicos:** Cubre los gastos médicos de acuerdo a las coberturas estipuladas en el Cuadro de Cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso de médicos no participantes en la red, siempre y cuando así lo establezca el cuadro de cobertura, se pagará un porcentaje de los costos usuales, razonables y acostumbrados utilizados por nuestros médicos de red, indicado en el Cuadro de Cobertura.

#### **CUARTO DE URGENCIA:**

- **Urgencias por Accidente:** Bajo esta cobertura se pagan los cargos incurridos exclusivamente en el Cuarto de Urgencias debido a una lesión corporal sufrida por **EL ASEGURADO** en un accidente, dentro las primeras cuarenta y ocho (48) horas de haber ocurrido el mismo, y para lo cual exista cobertura válida.
- **Urgencias por Enfermedad Crítica Detallada:** Bajo esta cobertura se pagan los cargos incurridos exclusivamente en el Cuarto de Urgencias debido a una enfermedad cubierta y sufrida por **EL ASEGURADO**, dentro las primeras cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la aparición de los síntomas.

Bajo estas coberturas solamente se reconocerán, los gastos médicos que se originen por enfermedades que ocasionen trastornos y mal funcionamiento de órganos ó de funciones vitales tales como: pérdida del conocimiento, obnubilación o desvanecimiento, cuerpo extraño en ojos, oídos y nariz, deshidratación severa por vómito y / o diarrea, crisis asmática, reacciones alérgicas severas agudas por picaduras de insectos ó reptiles, medicamentosas y alimentarias, heridas leves sin complicaciones, quemaduras severas, crisis hipertensivas, hipoglicemia e hiperglicemia, insuficiencia respiratoria severa aguda, cólico nefroureteral, cólico hepático, angina de pecho, infarto del miocardio, convulsiones, estados de shock y coma, retención aguda de orina, fracturas, luxaciones y esguinces, trauma craneoencefálico, apendicitis, trombosis, intoxicación aguda, accidente cerebro-vascular, hemorragias, crisis migrañosa, abdomen agudo, dolor agudo de cualquier tipo, sangrado digestivo alto y bajo, dolor agudo de origen dental y otitis.

- **Urgencias por Enfermedad No Crítico Detallada:** Bajo esta cobertura se paga, de acuerdo a la cobertura estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza, por los cargos incurridos en el Cuarto de Urgencias debido a una enfermedad considerada no crítica detallada sufrida por **EL ASEGURADO**.
- **Urgencia Dental por Enfermedad:** Siempre y cuando lo indique el Cuadro de Cobertura, se cubrirá por evento, hasta el máximo indicado dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza, para condiciones de emergencia médica por dolor dental ó sangramiento post extracción. **El tratamiento posterior a causa de esta emergencia dental por enfermedad no tendrá cobertura.**

#### **MATERNIDAD:**

Esta cobertura aplica para **EL ASEGURADO** Titular, si es mujer o al cónyuge de **EL ASEGURADO**, si es Persona Cubierta. Incluye servicios y tratamientos por cuidados durante el período de gestación, luego del período de espera estipulada en el Cuadro de Cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza. Se incluye bajo el término Embarazo el alumbramiento, abortos legales o terapéuticos bajo indicación y recomendación del médico o pérdidas involuntarias, complicaciones del embarazo y servicios ambulatorios pre-natales. Esta cobertura es exclusiva para los gastos médicos incurridos por la madre y los gastos del bebé sano de acuerdo al límite establecido dentro del Cuadro de Cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

**Las hijas o hijastras dependientes de EL ASEGURADO Principal se encuentran excluidas de los beneficios de Maternidad bajo esta póliza.**

Para los efectos de esta cobertura la misma surtirá efecto luego de un período de espera de tres (3) meses para quedar embarazada y se tomará como fecha de inicio del embarazo, la fecha de la última menstruación de la madre. Adicionalmente se utilizará como soporte el primer ultrasonido realizado por el ginecólogo, el cual indica las semanas exactas de gestación. Todos los gastos prenatales se cubrirán como cualquier otra enfermedad. El límite máximo por parto es exclusivamente para el Alumbramiento y complicaciones dentro de la maternidad, incluyendo los gastos del bebé sano. Para los efectos, el máximo establecido en el Cuadro de Coberturas aplicará para las complicaciones, abortos terapéuticos o pérdidas involuntarias, hospitalizaciones y el alumbramiento, pagando como máximo la suma indicada en el Cuadro de Coberturas dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza.

Siempre y cuando el, o los recién nacidos del mismo parto nazcan de una maternidad cubierta por esta póliza, éstos estarán cubiertos dentro del límite de maternidad establecido en el Cuadro de Cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, sin que en ningún caso se supere este límite por parto. En caso de nacimientos múltiples, este límite de cobertura será distribuido proporcionalmente entre la cantidad de bebés nacidos bajo el mismo parto. Se incluye bajo esta cobertura los gastos del hospital, honorario médico del pediatra y tamizaje neonatal (básico) realizado dentro del hospital.

Esta cobertura cubre los gastos prenatales usuales como: 9 consultas médicas, tres ultrasonidos, laboratorios de control de la maternidad y medicamentos y/o vitaminas, los cuales se procesarán como cualquier otra enfermedad, sin descontar del límite máximo del alumbramiento.

Se incluye bajo esta cobertura los gastos del hospital, honorario médico del ginecólogo, honorario médico del pediatra y tamizaje neonatal básico realizado dentro del hospital. **Esta cobertura no incluye los gastos de un Asistente Quirúrgico.**

**PREMATURIDAD Y CONDICIONES CONGÉNITAS Y / O HEREDITARIAS:**

Bajo este beneficio se cubren las condiciones relacionadas a nacimientos prematuros y sus complicaciones, incluyendo afecciones hereditarias o enfermedades congénitas las cuales sean diagnosticadas y tratadas dentro del periodo de esta cobertura.

Esta cobertura es efectiva desde el momento del nacimiento y hasta el límite máximo de por vida establecido en el Cuadro de Coberturas indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, sin embargo para hacer esta cobertura efectiva, **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO**, debe solicitarle por escrito a **LA COMPAÑÍA** y dentro de los diez (10) días calendarios siguientes del nacimiento, en el sentido de que el recién nacido sea incluido en la póliza, en cuyo momento se ajustaría la prima correspondiente y se procedería a otorgar cobertura. Si la solicitud de inclusión es recibida posterior a esta fecha, la misma estará sujeta a la aprobación de **LA COMPAÑÍA**, luego de recibir evidencia de asegurabilidad del recién nacido.

Todos los gastos incurridos en concepto de este Beneficio se pagarán bajo la cobertura de cada niño, dentro de los límites

de coberturas que se encuentran dentro del Cuadro de Coberturas indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

**TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS:**

Bajo esta cobertura se cubren los gastos de consultas externas con un psiquiatra para tratamiento de psiquiatría por trastornos mentales y/o nerviosos no pre-existentes, siempre y cuando se encuentre dentro del Cuadro de Cobertura, y de acuerdo al límite establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza, y hasta el límite anual de la Póliza.

**SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA:**

Bajo esta cobertura se cubren los gastos de urgencias, gastos fuera de hospital y hospitalizaciones por las enfermedades y/o accidentes que tuvieran lugar con motivo de sufrir el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), de acuerdo al Cuadro de Coberturas indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza y hasta el límite anual de la póliza.

**TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS:**

Esta cobertura cubre los procedimientos quirúrgicos por trasplante de órganos o tejidos en el cuerpo de EL ASEGURADO que provengan de un donante fallecido o vivo, de acuerdo a los costos usuales y acostumbrados en Panamá, siempre y cuando este beneficio se encuentre detallado dentro del Cuadro de Cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Esta cobertura aplica dentro del Límite Máximo Anual Renovable, y de acuerdo a las condiciones, parámetros y exclusiones, dentro de las Condiciones Generales de la póliza, por cualquier Trasplante de Órgano o la combinación de los mismos.

Bajo esta cobertura quedan cubiertos los gastos de materiales y servicios prestados al donante de un hospital o centro de trasplante en concepto de habitación privada, 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 índole médica) siempre que sean requeridos durante el proceso de remoción del órgano o tejido que se va a trasplantar.

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.

**Definición:** Procedimiento mediante el cual se inserta en el cuerpo de una persona (receptor) un órgano o tejido procedente de un donante humano.

**Cobertura:** La cobertura de trasplante de órganos será proporcionada solamente dentro de la República de Panamá y tendrá que ser llevada a cabo dentro de la Red de Proveedores. No hay cobertura fuera de la República de Panamá, salvo las personas que cuenten con Cobertura Internacional y la misma debe ser autorizada previamente por escrito. La cobertura aplica solamente para el trasplante

de los siguientes órganos o tejidos humanos o una combinación de estos tal como se indica a continuación:

Para poder utilizar los beneficios de Trasplante de Órganos, el asegurado deberá esperar un período de (período de espera) de un (1) año, desde la fecha de emisión del presente endoso, y comienza una vez que la necesidad del trasplante ha sido determinada y certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica y está sujeto a todos los términos y exclusiones de la póliza, incluyendo:

- a) Cuidados previos al trasplante, lo cual incluye los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento del trasplante, preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento.
- b) Estudios pre-quirúrgicos, incluyendo exámenes de laboratorio, rayos x, tomografía computarizada, resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
- c) Cuidados posteriores al trasplante incluyendo, pero no limitado a, tratamientos medicamente necesarios como resultado del trasplante y cualquier complicación como consecuencia directa o indirecta del procedimiento de trasplante.
- d) Cualquier medicamento o medida terapéutica destinada a asegurar la viabilidad y permanencia del órgano trasplantado.

#### Exclusiones:

1. **Cualquier trasplante de órgano o de tejido que no esté amparado por la póliza o este endoso.**
2. **Cualquier cargo relacionado con condiciones preexistentes.**
3. **Tratamientos, servicios o suministros que no estén científicamente o médicamente reconocidos para el tratamiento ordenado o que sean considerados experimentales y / o que no estén aprobados para uso general por la Administración de Farmacias y Drogas de los Estados Unidos de América (FDA por sus siglas en inglés).**
4. **Cualquier gasto médico realizado fuera de la República de Panamá.**
5. **Equipo de riñón artificial**
6. **Servicio de enfermera privada**
7. **Tratamiento por un miembro inmediato de la familia**
8. **El costo, búsqueda, obtención y transporte del órgano**
9. **Gastos del donante**
10. **Cuidado de salud en el hogar**

#### SERVICIO PRIVADO DE ENFERMERA:

Queda establecido que los servicios de enfermería que se requieran para **EL ASEGURADO** hospitalizado deberán ser solicitados a **LA COMPAÑÍA** por el médico tratante,

indicando las razones y necesidad del mismo. Previa autorización por parte de **LA COMPAÑÍA**, los servicios serán

<b>Corazón</b>	<b>Corazón / Pulmón</b>
<b>Pulmón</b>	<b>Páncreas</b>
<b>Hígado</b>	<b>Médula Osea</b>
<b>Riñón</b>	<b>Páncreas / Riñón</b>

pagados siempre y cuando este beneficio esté detallado dentro del Cuadro de Coberturas indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

**Cualquier servicio de enfermería que se utilice sin el consentimiento y aprobación de LA COMPAÑÍA, no será reconocido bajo esta póliza.**

#### CÁMARA HIPERBÁRICA:

Esta cobertura se pagará previa autorización por parte de **LA COMPAÑÍA**, y solo en los casos en que este beneficio esté detallado dentro del Cuadro de Cobertura indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, tratamientos

a causa de embolismo gaseoso, enfermedad por descompresión, intoxicación por monóxido de carbono, gangrena gaseosa, osteomielitis crónicas refractarias, pie diabético en fase de cicatrización y necrosis por radioterapias.

#### AMBULANCIA TERRESTRE:

Esta cobertura cubre únicamente un (1) transporte terrestre de urgencia, dentro de la República de Panamá, limitado a viajes de traslado al hospital cuando éstos sean necesarios para tratar una lesión accidental o una emergencia médica cubierta por esta póliza, **siempre y cuando estos beneficios estén detallados en el Cuadro de Coberturas** indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza y hasta el límite establecido en la misma, la cual forma parte integral de esta Póliza.

#### AMBULANCIA AÉREA:

Esta cobertura cubre únicamente un (1) transporte aéreo de urgencia, dentro de la República de Panamá, limitado a viajes de traslado al hospital cuando éstos sean necesarios para tratar una lesión accidental o una emergencia médica cubierta por esta póliza, **siempre y cuando estos beneficios estén detallados en el Cuadro de Coberturas** indicado en las Condiciones Generales de la Póliza y hasta el límite establecido en la misma, la cual forma parte integral de esta Póliza. Este beneficio es elegible si: (a) el Médico tratante certifica que **EL ASEGURADO** requiere evacuación médica de emergencia para recibir el tratamiento requerido, y que dicho tratamiento no se encuentra disponible en el área donde se encuentra **EL ASEGURADO**; y (b) la condición de **EL ASEGURADO** va a requerir un período de hospitalización.

#### SERVICIOS AMBULATORIOS:

Esta cobertura cubre los servicios por atenciones médicas en el consultorio y facturas por medicamentos, terapias físicas y de rehabilitación, acupuntura, quiropráctica, inhaloterapias o nebulizaciones, laboratorios, radiología, exámenes especiales o pruebas diagnósticas especializadas, hemodiálisis, quimioterapias y radioterapias que no requieran hospitalización, **siempre y cuando** hayan

sido tratados, recetados o prescritos por un médico idóneo y se **encuentren detalladas dentro del Cuadro de Coberturas** incluida en las Condiciones Particulares de la póliza.

Siempre que **EL ASEGURADO** necesite someterse a cualquiera de los exámenes especiales que se detallan a continuación, pero no limitados a éstos, se requerirán autorización previa de **LA COMPAÑÍA**, la cual será tramitada en el plazo establecido de setenta y dos (72) horas previo a la realización del procedimiento:

- Prueba de Thallium
- Electromiograma
- Tratamientos dentales por Accidente
- Pruebas Nucleares
- SEGD
- Endoscopias
- Laringoscopia
- Colonoscopias
- Procedimientos cardiovasculares no invasivos (*Holter, Stress Test, etc.*)
- SPECT
- "Topographic Brain Mapping"
- Electroencefalograma
- Procedimientos diagnósticos invasivos
- Cateterismo
- Angiografías cerebrales
- Mielograma
- Arteriografías
- Densitometría Ósea
- Estudio Vascular Periférico
- Ventriculografía
- Tomografía Computarizada (CAT SCAN)
- Todo tipo de ultrasonido
- Resonancia Magnética (MRI)
- Conducción Nerviosa
- *Cardiac Color Flow Doppler*
- Manometría de Esófago
- MIBI
- MUGA
- Fisioterapia
- Urodinámica completa
- Punción Lumbar
- Flebografías
- Polisomnografía
- Infiltraciones articulares
- Tratamientos del dolor incluyendo acupuntura y quiropraxia
- Cualquier otro examen, laboratorio o cúmulo de laboratorio por arriba de US\$150.00

**TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:** Tratamiento de emergencia necesario para reponer o restaurar los dientes naturales dañados o perdidos a causa de un accidente cubierto por la Póliza. **Los implantes dentales necesarios a causa de otra razón que no sea debida a un accidente no se cubren.**

Esta cobertura cubre el ochenta por ciento (80%) de los costos usuales y acostumbrados por **LA COMPAÑÍA** y hasta un máximo de Mil Dólares (US\$1,000.00) anuales, para los siguientes tratamientos cubiertos, los cuales detallamos a continuación:

- Tratamiento para reponer o restaurar los dientes naturales o dañados perdidos en un accidente.
- Implantes dentales necesarios debido a un accidente.
- Reconstrucción de los incisivos, caninos y premolares sanos fracturados o perdidos en un accidente,

incluyendo la restauración (prótesis) sobre un implante dental.

#### MEDICINA PREVENTIVA:

Esta cobertura cubre los gastos relacionados con el control médico general (chequeo rutinario), exámenes, laboratorios y demás gastos médicos, de acuerdo al Cuadro de Coberturas incluida dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza.

**XVII. CLÁUSULA DE EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA: No se pagarán beneficios bajo esta Póliza por gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros, debidos o relacionados con, o en los casos a continuación listados:**

1. Cualquier gasto por servicio o tratamiento médico en el que **EL ASEGURADO** o Persona Cubierta incurra antes de la fecha de efectividad de la póliza.
2. Cualquier gasto por servicio o tratamiento médico dentro de los primeros doce (12) meses de la póliza por las siguientes condiciones: Amigdalotomía y/o Adenoidectomía, Hernia de cualquier clase y Eventraciones cualesquiera que sean sus causas (incluyendo hernia hiatal y hernia de disco vertebral), Histerectomía y órganos de reproducción y anexos, Cataratas, Glaucoma o Pterigion, Laparoscopia ginecológica (diagnóstica y quirúrgica), Endometriosis y/o dolor pélvico crónico, Intervenciones quirúrgicas de vesícula y vías biliares, Septumplastia, Varicocele, Lesiones pigmentarias de la piel conocidas, como lunares o nevus, Condiciones pre-existentes declaradas, no excluidas permanentemente, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Hemorroides, Cálculo de riñón, Prostatitis, várices o telangiectasias (arañitas de la pierna). En el caso de pólizas colectivas, **LA COMPAÑÍA** podrá eliminar esta exclusión a su entera discreción, si el grupo a ser asegurado cuenta con una póliza de seguros de salud con otra compañía aseguradora, siempre que dicha póliza haya estado en vigor durante los últimos veinte y cuatro (24) meses inmediatamente anteriores a la fecha de efectividad de esta Póliza.
3. Gastos médicos relacionados con una enfermedad o condición pre-existente antes de la vigencia de la Póliza.
4. Cualquier tratamiento cosmético (incluye medicamentos cosméticos), Cirugías Cosméticas, plástica o reconstructiva, no relacionadas a un accidente o enfermedad elegible incurrido después del inicio de la vigencia de cobertura, tratamiento médico o quirúrgico contra la alopecia o calvicie.
5. Tratamientos e intervenciones por infertilidad, inseminación, frigidez, disfunción eréctil y cambio de sexo. Esterilización y procedimientos o tratamientos anticonceptivos y sus consecuencias, así como los medicamentos relacionados directa o

- indirectamente para tratar estas condiciones, o cualquier servicio similar o procedimientos para causar el embarazo, o cualquier tratamiento (quirúrgico o no) para la infertilidad.
6. Cuidados de enfermeras especiales, salvo que esta cobertura se encuentre en la Tabla de Beneficios incluida dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza.
  7. Tratamientos dentales y odontológicos, quirúrgicos o no, con excepción de aquellos listados dentro de las Condiciones Generales de la Póliza.
  8. Refracciones visuales, suministro de anteojos, lentes de contactos, aparatos auditivos, queratotomía, queratocono, estrabismo.
  9. Aborto voluntarios o provocados criminalmente.
  10. Anomalías congénitas, hereditarias o defectos adquiridos, excepto la de los recién nacidos cubiertos por la Póliza y sólo hasta el límite y condiciones estipuladas en la Tabla de Beneficios incluida dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza. Incluye pero no limitado a laboratorios o procedimientos para descartar afecciones hereditarias o congénitas.
  11. Cualquier condición, enfermedad o lesión que suceda a consecuencia de actos de guerra internacional declarada o no, acto de enemigo extranjero, guerra civil, insurrección, rebelión, revolución, sedición, actos destinados a influir mediante el terrorismo o la violencia, desórdenes públicos, desórdenes obrero-patronales y cualquier otra situación semejante a las anteriormente descritas, que rompa el orden público establecido y/o la convivencia pacífica y las actividades desplegadas para evitarlas o contenerlas o cualquier acto resultante de éstos.
  12. Cualquier condición, enfermedad o lesión que resulte si EL ASEGURADO o alguna Persona Cubierta participa en desórdenes públicos, motines, alborotos populares, desafío o riña, o mientras esté prestando servicios o sea miembro de cualquier institución policial, de custodia o de las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.
  13. Procedimientos médicos nuevos o investigativos, sean experimentales o no; para los cuales no se ha establecido un costo razonable. Cualquier tratamiento, procedimiento o medicamento que no esté científicamente o médicamente reconocido. Medicamentos de medicina alternativa.
  14. Cualquier condición, enfermedad o lesión excluida de cobertura en esta Cláusula, o aquellas específicamente excluidas de cobertura que aparecen descritas en las Condiciones Particulares de la Póliza o indicadas mediante endoso de exclusión adherido a esta Póliza en cualquier momento durante su vigencia.
  15. Cualquier condición, enfermedad o lesión recibida y/o ocasionada por, o a EL ASEGURADO o Persona Cubierta mientras participe en deportes profesionales, competencias deportivas de las consideradas peligrosas que expongan, por irresponsabilidad, desconocimiento o por circunstancias agravantes, la vida o la salud de EL ASEGURADO o Persona Cubierta, tales como, pero no limitadas a, boxeo, lucha, paracaidismo, submarinismo, karate, alpinismo, automovilismo, motociclismo, salto de "bungee", vuelo sin motor y ultraligeros, rapel y cualquier otro tipo de práctica de salto de caída libre o cualquier otro deporte similar o en viajes en aeronaves privadas, helicópteros o submarinos.
  16. Cirugía fetal, definida está como la intervención quirúrgica realizada en un infante aún no nacido.
  17. En el caso de cobertura internacional contenida en esta Póliza, se excluye el costo de gastos médicos que excedan los Costos Razonables y Acostumbrados que la aseguradora hubiese cubierto en la República de Panamá, y por tanto sólo se cubrirán los montos máximos por tratamientos estipulados en la Tabla de Beneficios incluido dentro de las Condiciones de la Póliza.
  18. Prótesis, órtesis y el uso de dispositivos de corrección, equipo ortopédico o artefactos médicos que hayan sido adquiridos por EL ASEGURADO con anterioridad a la fecha del evento o bien que no sean quirúrgicamente requeridos.
  19. Tratamientos podiátricos, incluyendo pero no limitados a, el tratamiento de pies planos, callos, juanetes o uñas de pie; padecimientos sintomáticos de los pies; desórdenes congénitos de los pies; zapatos ortopédicos o cualquier otro equipo de soporte tal como soporte de arcos de pie; o cualquier otro servicio o suministro preventivo. Tratamientos de quiropodista, quiropráctico (salvo que esta cobertura se encuentre en la Tabla de Beneficios incluida dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza) o de pedicurista, incluyendo los relacionados con síntomas de molestias en los pies tales como callos, pie plano, pie o arco débil, plantillas especiales, tratamientos o cirugías por hallux, metatarsalgia o juanetes y cualquier tipo de pieza para insertar en los zapatos o cualquier zapato ortopédico o soporte
  20. Cualquier condición, enfermedad o lesión recibida mientras EL ASEGURADO o cualquier Persona Cubierta actúe como piloto o sea miembro de la tripulación de una aeronave, ya sea ésta comercial o privada.

21. Cualquier condición, enfermedad o lesión contraída por EL ASEGURADO o cualquier Persona Cubierta a consecuencia de estar intoxicado o bajo la influencia de drogas, narcóticos o alucinógenos, a menos que éstas hayan sido administradas por prescripción de un médico. Enfermedades o tratamientos originados a consecuencia de alcoholismo; cualquier tratamiento, complicación o efecto secundario resultante de la ingestión de alcohol, de drogas o similares. Tratamientos por intoxicación medicamentosa.
22. Cualquier condición, enfermedad o lesión recibida y/o ocasionada por, o a EL ASEGURADO o cualquier Persona Cubierta mientras esté cometiendo un asalto o esté participando en un acto criminal o en cualquier otro acto violatorio de la Ley.
23. 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 incluidos dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza.
24. Embarazo, parto o complicaciones relacionadas con éstos, excepto si el embarazo comienza luego del período de espera estipulado en la Tabla de Beneficios dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza. No hay cobertura de maternidad para hijas dependientes de EL ASEGURADO aunque sean Personas Cubiertas.
25. Todo tipo de neurosis o desórdenes psico-neuróticos, déficit atencional, desórdenes de personalidad, ansiedad, desórdenes sicosomáticos, psicosis, esquizofrenia, paranoia, depresión unipolar, depresión bipolar, dependencia del licor, adicción a drogas, retardo mental u otra condición o desorden mental sea ésta o no causada o agravada por cualquier otra enfermedad, accidente o trauma, excepto tratamiento por desórdenes mentales y nerviosos, con la limitación descrita en la Tabla de Beneficios incluida en las Condiciones Particulares de la Póliza.
26. Epidemias declaradas por las autoridades públicas.
27. Cualquier procedimiento que no sea médicamente necesario para el tratamiento de una condición, enfermedad o lesión cubierta por esta Póliza y los cargos que surjan como consecuencia de un tratamiento por el cual EL ASEGURADO o Persona Cubierta no se encuentre bajo el cuidado regular de, o que no esté recetado y autorizado por un médico idóneo.
28. Servicios no requeridos de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica médica o servicios que se provean en exceso de los requeridos normalmente para el diagnóstico, prevención o tratamiento de una condición, enfermedad o lesión cubierta por esta Póliza.
29. Cualquier gasto incurrido por el acompañante de EL ASEGURADO o Persona Cubierta, durante la hospitalización del mismo.
30. Servicios prestados por institutos o sanatorios no registrados ni autorizados como instituciones hospitalarias, donde se brinden servicios de cuidados de larga duración, tales como curas de reposo, geriatría o similares.
31. Cargos hechos por consultas telefónicas al médico o por no haber acudido a una cita médica, así como los gastos por cuadrícula médica requerida para la evaluación de un reclamo ó para la reevaluación de una exclusión o diagnóstico.
32. Cualquier tipo de trasplante de órgano y los gastos del donante, relacionados o no con dicho trasplante, aunque éste sea el ASEGURADO o Persona Cubierta, salvo que esta cobertura se encuentre incluida en el Cuadro de Coberturas dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza.
33. Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, como son la ligadura o extirpación de trompas y la vasectomía, ni su restitución funcional.
34. Terapias recreacionales, educacionales u ocupacionales y patología del habla.
35. Deficiencia o sobreproducción de la hormona de crecimiento, su evaluación y tratamiento.
36. Tratamiento alimenticio suplementario, salvo los indicados para el mantenimiento de la vida del enfermo grave.
37. Regímenes de ejercicio y dietéticos, inyecciones, medicamentos, cirugía o tratamientos relacionadas con el control del peso del paciente, ya sea por obesidad o por cualquier otro diagnóstico.
38. Cualquier complicación derivada de una enfermedad, tratamiento o intervención quirúrgica no amparada por esta Póliza.
39. Cualquier tratamiento o procedimiento para tratar una deformidad nasal que no sea a consecuencia de una lesión accidental cubierta por esta Póliza
40. Tratamientos o intervenciones en la región cráneo-mandibular, incluyendo pero no limitado a el síndrome temporomandibular y otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura.
41. Gastos en exceso de los cargos usuales y acostumbrados vigentes dentro de la República de Panamá. Gastos en exceso de los límites y los sub-límites estipulados en las Condiciones Particulares y en las Condiciones Generales de esta Póliza.

42. Controles periódicos o exámenes generales o rutinarios, vacunaciones, certificaciones médicas; exámenes de la vista y del oído, servicios optométricos, cirugía por refracción de la visión, la compra de lentes regulares o intraoculares y de aparatos para mejorar la audición, implantes cocleares, así como sus pruebas de ajuste.
  43. Tratamiento o cirugía por gigantomastia ó ginecomastia.
  44. Cualquier gasto incurrido después de la fecha de terminación de esta Póliza, incluyendo aquellos derivados de secuelas de accidentes o enfermedades conocidas o diagnosticadas durante la vigencia de la Póliza.
  45. Servicios recibidos en alguna institución del Estado o cualquier otro servicio médico por el cual no se exija pago o no medie una facturación o por el cual el CONTRATANTE y/o ASEGURADO o Persona Cubierta no esté legalmente obligado a pagar.
  46. Síndrome de Fatiga Crónica a consecuencia del tabaquismo, apnea del sueño, alcoholismo, obesidad o a consecuencia de cualquiera enfermedad excluida en la Póliza.
  47. Cualquier gasto médico que sea por enfermedad o lesión sufrida por radiación, ionización, contaminación radioactiva o componente nuclear.
  48. Tratamiento homeopático o de acupuntura; quiropráctico, medicina deportiva, música terapia o medicina natural. Tratamientos o pruebas recetadas u ofrecidas por un naturópata, iridiólogo u optómetra, con excepción si se encuentra dentro de la Tabla de Beneficios incluida dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza.
  49. Servicios prestados por familiares del CONTRATANTE y/o ASEGURADO, o por personas que vivan con él.
  50. Honorarios para enfermeras especiales o privadas, con excepción si se encuentran incluidas dentro del Cuadro de Cobertura incluida dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza.
  51. Gastos ocasionados por pagos que un CONTRATANTE y/o ASEGURADO o Persona Cubierta haga a un hospital, médico u otro proveedor participante, en exceso de los copagos o deducibles que correspondan al servicio médico recibido de acuerdo a las condiciones y estipulaciones de esta Póliza.
  52. Cualquier reclamo o gasto incurrido por tratamiento, servicios o suministros proporcionados en países o por o para beneficio de personas y/o compañías que estén sujetos a restricciones comerciales, sanciones económicas o políticas, y /o embargos impuestos por el Gobierno de los Estados Unidos de América, o por cualquiera de sus agencias o dependencias.
  53. Cualquier lesión auto-inflingida por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, o tentativa de suicidio, o el propio suicidio.
  54. Por no residir EL ASEGURADO en el país por menos de seis (6) meses de manera ininterrumpida durante el año de vigencia de la Póliza.
  55. Por incumplir el CONTRATANTE y/o ASEGURADO alguna de las condiciones establecidas en la Póliza.
  56. Por declaración errónea, falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO, que hubieran podido influir en el otorgamiento de este seguro, o en los términos en que fue otorgado.
  57. Por falta de pago de la prima acordada para cada período de pago de la póliza contratada, siempre y cuando LA COMPAÑÍA haya dado el Periodo de Gracia, Periodo de Suspensión y emita y remita al CONTRATANTE y/o ASEGURADO, en debida forma, el correspondiente Aviso de Cancelación de la póliza por falta de pago, el cual será efectivo quince (15) días hábiles después de notificado, mediante el envío de dicha notificación a su última dirección señalada en la póliza.
  58. Enfermedades de transmisión sexual, tales como enfermedades venéreas, Virus del Papiloma Humano (VPH), sus consecuencias, controles periódicos y tratamientos que puedan ser aplicados a este tipo de enfermedades, exceptuando el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o por infección con el virus de Inmunodeficiencia humana (VIH), siempre y cuando lo indique las Condiciones Particulares de la Póliza.
- XVIII. CLÁUSULA DE LÍMITES DE RESPONSABILIDAD: El límite de responsabilidad de LA COMPAÑÍA no excederá el máximo de la suma asegurada anual renovable o el máximo vitalicio de la póliza y siempre en base a los costos usuales y acostumbrados de la República de Panamá, independientemente de dónde se incurrió el siniestro.
- XIX. CLÁUSULA DE PROCEDIMIENTO DE EL ASEGURADO AL PRESENTAR EL RECLAMO: Al tener conocimiento de una pérdida EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberá:
- a) Entregar el formulario de reclamo debidamente completado en todas sus partes y firmado tanto por EL ASEGURADO como por el médico tratante a LA COMPAÑÍA o a alguno de sus agentes autorizados.
  - b) Dicho formulario debe ir acompañado de los recibos originales de pago, órdenes médicas de laboratorios, Rayos X, exámenes especiales o

medicamentos y sus respectivos resultados de exámenes o laboratorios practicados con su respectivo diagnóstico. En el caso de los recibos por medicamentos los mismos deben venir de forma detallada y de acuerdo a la receta otorgada por el médico tratante. En casos de otros seguros, **EL ASEGURADO** debe presentar los originales de los recibos a la primera compañía contratada y a la segunda compañía presentar copia de los recibos con la hoja de liquidación para proceder a cubrir los gastos en exceso a los que tuviere derecho **EL ASEGURADO**.

- c) A solicitud de **LA COMPAÑÍA**, presentar prueba de la pérdida bajo juramento si fuere requerido, en los formularios suministrados por **LA COMPAÑÍA**.

XX. **CLÁUSULA DE OTROS SEGUROS: EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** no podrá beneficiarse de un doble pago por la misma factura / recibo o por un mismo servicio cubierto por este seguro y por otro seguro o plan de beneficios de salud o gastos médicos; en caso de existir otros seguros se procederá de la siguiente forma:

- a) La Póliza o programa de salud de mayor antigüedad será el primero en dar cobertura al reclamo, de acuerdo con los términos y condiciones acordados en dicha Póliza o programa de salud.
- b) En caso de que el primer seguro o programa de salud no cubra en su totalidad los gastos elegibles incurridos por **EL ASEGURADO**, entonces y de conformidad con la ley, las pólizas o programas de salud adicionales deberán pagar, de acuerdo al orden cronológico de antigüedad de contratación, los gastos cubiertos por ellas, los cuales sumados a los pagos efectuados por los otros aseguradores o programas administrados de salud, en ningún momento podrán exceder el cien por ciento (100%) de los gastos cubiertos, incurridos por **EL ASEGURADO**.
- c) En caso de que existan dos o más seguros o programas de salud contratados en la misma fecha y hora, la indemnización será proporcional a la responsabilidad asumida en cada Póliza o programa de salud.

**LA COMPAÑÍA** no será responsable bajo esta Póliza por una mayor proporción de tal pérdida que la que el límite de responsabilidad aplicable bajo esta Póliza guarde con relación al límite de responsabilidad aplicable de todos los Seguros válidos y cobrables contra tal pérdida.

XXI. **CLÁUSULA DE ACCIÓN CONTRA LA COMPAÑÍA:** Ninguna acción podrá ejecutarse contra **LA COMPAÑÍA** a menos que, como condición previa, se cumpla totalmente, con las estipulaciones de esta Póliza; ni hasta treinta (30) días después que se hubieren presentado a **LA COMPAÑÍA** las pruebas requeridas con respecto a la pérdida. Ninguna acción legal será instituida después de haber pasado un (1) año desde la fecha en que evidencia escrita de pérdida es requerida por esta póliza, contado a partir de la fecha en que se dio el gasto o surgió el derecho para **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** o para la Persona Cubierta a recibir el beneficio.

XXII. **CLÁUSULA DE SUBROGACIÓN:** En caso de efectuarse cualquier pago bajo esta Póliza, **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** subrogará a **LA COMPAÑÍA** en todos sus derechos de recuperación por concepto del pago, contra cualquiera persona u organización, quedando **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** obligado a entregar todos los documentos relacionados con ese pago que se requieran y cooperará con **LA COMPAÑÍA** para garantizar a ésta sus derechos. **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** no hará nada, después de la pérdida, en detrimento de tales derechos.

XXIII. **CLÁUSULA DE CESIÓN:** El traspaso de interés bajo esta Póliza no comprometerá a **LA COMPAÑÍA** a menos que ésta haya endosado aquí su consentimiento.

XXIV. **CLÁUSULA DE PRIMAS:** Las primas deberán ser pagadas en su totalidad y por adelantado a la fecha de vencimiento de la Póliza, de acuerdo con el método de pago y periodicidad establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza. **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** debe cumplir con el pago total o primer pago fraccionado al momento de la emisión de la Póliza. El incumplimiento de esto, traerá consigo la nulidad de la misma sin necesidad de declaración judicial alguna. La prima a cargo de **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** vence el primer día de cada periodo de pago y su pago debe ser efectuado en las oficinas de **LA COMPAÑÍA**. Se entiende por periodo de pago los meses contados a partir de la fecha de inicio de efectividad indicada en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Cuando no se reciba la prima de renovación de la Póliza y haya vencido el Periodo de Gracia, y el Periodo de Suspensión a **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** se le notificará el incumplimiento del pago mediante el Aviso de Cancelación y se le concederán quince (15) días hábiles a partir de la fecha en que el aviso de terminación de póliza por mora en el pago de uno de los abonos a la prima convenida, sea puesto en la oficina de correos y telégrafos o sea enviada a la última dirección física, postal o electrónica del **CONTRATANTE y/o ASEGURADO** registrada en la Póliza, o de que le sea entregado en su domicilio o bien al corredor de seguros si éste es designado en la póliza por **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** para estos efectos.

La prima de renovación podrá ser ajustada una vez al año a la fecha de aniversario póliza, de acuerdo a la evolución de siniestros del plan y las edades de cada **ASEGURADO** vigente.

Queda convenido 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 de **EL ASEGURADO**, así como el factor inflacionario en los insumos y/o prestaciones médicas del mercado, siempre y cuando sea aprobado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá. El costo estimado inicial de la prima durante la vida de **EL ASEGURADO** se encuentra contemplado en cuadro anexo a este contrato, el cual el **CONTRATANTE y/o ASEGURADO** declara conocer y aceptar.

**LA COMPAÑÍA** notificará a **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** cualquier cambio en el monto de la prima convenida por lo menos con treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha de la renovación de la Póliza



de acuerdo a la vigencia de la misma, excluyendo los aumentos de tarifa por cambio en el rango de edad los cuales se realizarán de forma automática. La no aceptación de **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** del cambio propuesto acarreará la terminación automática de la Póliza al vencimiento de dicho plazo.

Se entenderá que **EL CONTRATANTE y / o ASEGURADO** ha aceptado el cambio en el monto de la prima si hace el pago de la misma dentro del plazo aquí estipulado.

**EL CONTRATANTE reconoce y acepta que hasta los sesenta y nueve (69) años pagará el precio convenido, el cual será reajustado una vez EL ASEGURADO o cualquiera de sus dependientes llegue a la edad de setenta (70) años, en la proporción siguiente:**

- i) De 70 a 80 años de edad un 100%; y
- ii) A partir de los 80 años hasta la vigencia de la póliza un 200%.

XXV. **CLÁUSULA DE PERÍODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMA Y PERIODO DE SUSPENSIÓN: EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** dispone de un Periodo de Gracia de treinta (30) días calendario para el pago de la prima en cada periodo de pago de la póliza. 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, **LA COMPAÑÍA** notificará por escrito a **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** que su Póliza ha entrado en un Periodo de Suspensión de sesenta (60) días calendario. La Suspensión de la 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.

XXVI. **CLAUSULA DE AVISO DE CANCELACION DE LA POLIZA:** Todo Aviso de Cancelación debe ser enviado a la última dirección física, postal o electrónica registrada en las Condiciones Particulares. Una copia de este Aviso de Cancelación debe ser enviado al Corredor de Seguros. El Aviso debe ser enviado por **EL CONTRATANTE** por escrito con una antelación de quince (15) días hábiles. Si el Aviso no es enviado, la Póliza se considerará vigente.

XXVII. **CLÁUSULA DE CONTINUIDAD DE COBERTURA:** Los asegurados vigentes bajo esta póliza, siempre y cuando sean mayores de edad, podrán solicitar individualmente continuidad automática de cobertura a otro plan de **LA COMPAÑÍA**, siempre que cumplan las siguientes condiciones:

- a) **EL ASEGURADO** deberá solicitar la continuidad de cobertura por escrito a **LA COMPAÑÍA** con treinta (30) días calendario de antelación.
- b) La continuidad de cobertura se otorgará siempre y cuando el plan sea igual o menor que el plan contratado inicialmente. En los casos en que la continuidad se solicite para planes mayores, **EL ASEGURADO** deberá pasar por requisitos de evaluación médica
- c) **EL ASEGURADO** deberá pagar cualesquiera primas adeudadas por **EL CONTRATANTE** al momento de la solicitud si existiesen.

- d) **EL ASEGURADO** deberá pagar la nueva prima que sea establecida por **LA COMPAÑÍA** según la tabla de primas mensuales, vigentes en la fecha de la solicitud de continuidad, para esta Póliza, y que se basará en la edad cumplida por **EL ASEGURADO** al momento de la solicitud de acuerdo a los términos y condiciones de dicho plan y el historial de reclamos de **EL ASEGURADO**.

XXVIII. **CLÁUSULA DE REQUERIMIENTO DE PRE-AUTORIZACIONES:** Los beneficios de esta Póliza se ofrecen principalmente a través de los proveedores participantes. Este requisito aplica para las hospitalizaciones, cirugías ambulatorias, exámenes especiales, tratamientos, procedimientos, compra de medicamentos directos en farmacia u otros beneficios establecidos en el Cuadro de Coberturas incluido dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza.

Toda pre-autorización deberá ser solicitada a **LA COMPAÑÍA** en un período no menor de tres (3) días antes de realizarse los procedimientos y/o tratamientos indicados en el párrafo anterior que requieran pre-autorización, con excepción de las hospitalizaciones y/o procedimientos 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 médico tratante. Una vez que este formulario sea recibido a satisfacción de **LA COMPAÑÍA**, se procederá con la evaluación y aprobación y/o declinación de la misma. **LA COMPAÑÍA** podrá solicitar información adicional que estime conveniente, así como la evaluación de Segunda Opinión Médica en los casos en que sea requerido, durante el proceso de su evaluación.

**EL ASEGURADO** es responsable de someter todos los procedimientos y/o tratamientos que requieren pre-autorización, según lo indicado y confirmar la aprobación o declinación de los mismos antes de su realización.

Se establece que si **EL ASEGURADO** requiera ser atendido fuera de la República de Panamá y dicha atención ha sido aprobada por **LA COMPAÑÍA**, el **ASEGURADO** deberá cancelar la totalidad de los gastos que genere esta atención y presentar toda la documentación requerida por **LA COMPAÑÍA**, la cual reembolsará a **EL ASEGURADO** en base a los costos usuales, razonables y acostumbrados en la República de Panamá.

El no cumplimiento con este requisito reducirá los beneficios en un cincuenta por ciento (50%) de los costos pactados para dichos procedimientos y/o tratamientos con nuestros proveedores en Panamá.

XXIX. **CLÁUSULA DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:** **LA COMPAÑÍA** se reserva el derecho de enviar a **EL ASEGURADO** a una Segunda Opinión Médica en los casos que estime conveniente, la cual será pagada en un cien por ciento (100%) por **LA COMPAÑÍA**. Si esta Segunda Opinión no es concluyente, **LA COMPAÑÍA** pagará el cien por ciento (100%) de una tercera opinión médica. Si la segunda o tercera opinión médica es concluyente, la cirugía se cubrirá de acuerdo a los parámetros establecidos en la Póliza. Sin embargo si esta segunda o tercera opinión médica determinan que la cirugía no se debe efectuar y **EL ASEGURADO** se

somete a dicha intervención la Póliza no cubrirá los beneficios por esta cirugía.

XXX. **CLÁUSULA DE INDISPUTABILIDAD:** Después de que esta Póliza haya estado en vigor por un término de cinco (5) años durante la vida de **EL ASEGURADO**, ninguna reclamación será reducida o denegada bajo la base de que una enfermedad o condición física, no excluida de la cobertura, hubiese existido con anterioridad a la fecha de la efectividad de esta Póliza. No obstante lo anterior, **LA COMPAÑÍA** se reserva el derecho de denegar o reducir el pago de una reclamación en cualquier momento, durante la vigencia de esta Póliza, si se descubre que las declaraciones hechas por **EL ASEGURADO** o su representante en la solicitud del seguro son falsas o inexactas.

XXXI. **CLÁUSULA DE RENOVACIÓN:** A opción de **LA COMPAÑÍA**, esta Póliza será renovada automáticamente en cada aniversario de la Póliza, siempre que los pagos de las primas se encuentren al día.

XXXII. **CLÁUSULA DE MODIFICACIONES Y COMUNICACIONES:** Las estipulaciones consignadas en estas Condiciones Generales sólo se pueden modificar por mutuo acuerdo entre **LA COMPAÑÍA** y **EL CONTRATANTE**, previa autorización de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, la cual deberá constar por escrito mediante endoso ó cláusulas adicionales. Toda clase de avisos notificados e informaciones que se relacionen con el presente contrato, deberán ser enviados directamente al domicilio de **LA COMPAÑÍA**.

Cualquier notificación o aviso que desee dar **LA COMPAÑÍA** de **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** podrá ser entregado personalmente o enviado por correo certificado a la última dirección de **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** que aparezca en las Condiciones Particulares o a la dirección del corredor de la Póliza.

XXXIII. **CLÁUSULA DE MONEDA:** Se conviene que todos los pagos que **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** deba hacer a **LA COMPAÑÍA** ó los que ésta haga por cualquier concepto con motivo de este Contrato, se deberán efectuar en la moneda detallada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

XXXIV. **CLÁUSULA DE LEY APLICABLE:** Las partes se someten a las leyes panameñas así como a la jurisdicción de los tribunales de la Ciudad de Panamá para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente contrato.

No obstante lo anterior, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a arbitraje o arbitramiento si lo consideran conveniente a sus intereses.

XXXV. **CLÁUSULA DE PRESCRIPCIÓN:** Las acciones derivadas del presente Contrato de Seguro prescribirán en el plazo de un (1) año de conformidad con lo dispuesto en el Código de Comercio de la República de Panamá.

XXXVI. **CLÁUSULA DE 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.

XXXVII. **CLÁUSULA DE FECHA DE INICIO DE COBERTURA:** Fecha en que comienza la cobertura bajo la póliza y que aparece en las Condiciones Particulares o en el Certificado de Cobertura, según aplique. En ningún caso el inicio de los beneficios comienza en la fecha en que se solicitó el seguro.

XXXVIII. **CLÁUSULA DE SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO: REINTEGRO DE GASTOS:** Sin perjuicios de las demás acciones que pudiere realizar **LA COMPAÑÍA** conforme los términos del presente Contrato y las disposiciones legales vigentes, **EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO** se compromete y obliga a reintegrar a **LA COMPAÑÍA** los gastos incurridos en pago de Servicios en los casos siguientes:

- a. En todos aquellos casos en que **LA COMPAÑÍA** haya efectuado pagos por Servicios de que hayan sido beneficiarios los **ASEGURADOS**, sin que le correspondieran conforme los términos de estas Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y sus Anexos.
- b. Cuando **EL ASEGURADO** haya presentado para fines de reclamación, datos, documentos o informaciones falsas o fraudulentas, o bien por haber hecho omisiones al suministrar la información.
- c. Cuando se compruebe que **EL ASEGURADO** ha sobrepasado los límites establecidos en las Condiciones Particulares o que ha realizado un uso irracional de los Servicios, por cualquier otra causa imputable a **EL ASEGURADO**.
- d. Cuando se compruebe que para fines de Afiliación o de ejecución del presente Contrato, **EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO** presentaron informaciones falsas o engañosas sobre su estado de salud o el de sus dependientes.
- e. Cuando como resultado de la pérdida del Carné de uno o varios Asegurados, o de la no-devolución del mismo en los casos de terminación, terceros hayan hecho uso indebido o fraudulento de los mismos y se compruebe que **EL ASEGURADO y/o EL CONTRATANTE** incumplió con su obligación de informar a **LA COMPAÑÍA** acerca de la pérdida del Carné.
- f. Cuando se compruebe que **EL ASEGURADO** ha permitido, por acción, complicidad u omisión el acceso a terceros no asegurados a los servicios previstos en el presente Contrato.
- g. Cuando **EL ASEGURADO** haga uso de los servicios excluidos conforme la Cláusula XVII del presente contrato.

**EL CONTRATANTE** deberá hacer efectivo estos reintegros, dentro de un plazo de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha en que **LA COMPAÑÍA** le notifique el reclamo por cualquiera de las causas antes enunciadas.

XXXIX. **CLÁUSULA DE NORMAS SUPLETORIAS:** En lo no previsto en las presentes Condiciones Generales o Particulares, este Contrato se regirá por las disposiciones legales que rigen la materia.

XL. **CLÁUSULA DE REGLAS DE INTERPRETACION:** Las Condiciones Particulares y sus Anexos privan sobre las

Condiciones Generales del Contrato, y este a su vez tendrá primacía sobre cualquier otro documento o comunicación suscrita por una de las partes.

Siempre que en este Contrato figure un pronombre personal en el género masculino, se considerará que incluye también el género femenino, a menos que el contexto indique claramente lo contrario.

**XLI. CLÁUSULA DE REHABILITACIÓN:** Esta Póliza podrá rehabilitarse única y exclusivamente, cuando se haya cancelado por morosidad y se cumplan los siguientes requisitos:

- a) Cuando **EI CONTRATANTE y/o ASEGURADO** Principal notifique por escrito su intención de rehabilitar la póliza a **LA COMPAÑÍA** dentro de un plazo no mayor a treinta (30) días calendario a partir de la fecha de la realización de la cancelación de la misma.
- b) Cuando **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** paguen el total de las primas adeudadas a **LA COMPAÑÍA**.
- c) Cuando **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** remitan la solicitud de Rehabilitación debidamente

completada y firmada a **LA COMPAÑÍA** dentro de un plazo máximo de noventa (90) días calendarios, contados a partir de la fecha de cancelación de la póliza.

- d) Cuando **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** paguen la prima que señale **LA COMPAÑÍA** para la reinstalación, si esta se diera.

**LA COMPAÑÍA** se reserva el derecho de aprobar o no la solicitud de rehabilitación. La rehabilitación de la Póliza se considerará solamente después de recibir prueba de buena salud de las personas aseguradas bajo la póliza original. **LA COMPAÑÍA** notificará su aprobación o negación por escrito al **CONTRATANTE y/o ASEGURADO**. **EI CONTRATANTE y/o ASEGURADO** y **LA COMPAÑÍA** tendrán los mismos derechos que existían antes de la fecha de cancelación por morosidad, sujeto a cualquier endoso que se adjunte a la póliza como resultado de tal reinstalación.

**La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá bajo Resolución Nº DRL-07 de 13 de Enero de 2017.**

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

Por:  
**VIVIR COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.**



Alfredo Ricord  
Cédula No. 8-205-1684  
Representante Autorizado

Por:  
**EL ASEGURADO / CONTRATANTE:**

\_\_\_\_\_  
(Nombre )  
(Cédula No.) o Ruc

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