

COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A.

XTREME CARE

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA I.- CONTRATO:

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

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

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

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

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

CLÁUSULA II. - DEFINICIONES Y GENERALIDADES:

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

- 1.- ACCIDENTE: La acción externa, violenta, fortuita, repentina, imprevista e independiente de la voluntad del Asegurado que cause a éste lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico.
- 2.- AÑO PÓLIZA: El período de doce (12) meses consecutivos, contados a partir de la fecha de vigencia o efectividad de la Póliza, indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 3.- ASEGURADO: Es la persona natural a quien la Compañía ha expedido esta Póliza y/ o certificado de seguro. Bajo esta definición se entenderá al Asegurado Principal, así como a los familiares y/o dependientes elegibles del Asegurado Principal, debidamente registrados en la Póliza, según lo establecido en los numerales 11 y 15 de esta Cláusula.

Pólizas Individuales:

El Asegurado Principal debe ser mayor de dieciocho (18) años de edad, menor de sesenta (60) años de edad (edad alcanzada o actuarial, es decir edad de cumpleaños más próxima o en seis (6) meses al momento de efectividad del seguro) y haber sido aceptado por la Compañía. La cobertura para el Asegurado Principal no tiene edad de terminación, con excepción de los menores de edad en cuyo caso la edad de terminación será a los dieciocho (18) años.

Pólizas Colectivas:

El Asegurado Principal debe ser mayor de dieciocho (18) años de edad, menor de sesenta (60) años de edad (edad alcanzada o actuarial, es decir edad de cumpleaños más próxima o en seis (6) meses al momento de efectividad del seguro) y haber sido aceptado por la Compañía. La cobertura para el Asegurado Principal será hasta los setenta (70) años, a menos que se disponga algo diferente en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

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

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

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

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

- 6.- CONTRATANTE: Es la persona natural o jurídica, que juntamente con el Asegurado Principal suscribe este contrato y al que le corresponde las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que, por su naturaleza, deban ser cumplidas por cualquiera de los Asegurado y/o Responsable de Pago, incluyendo el pago de las primas según la frecuencia y forma de pago. Se entiende que el Asegurado Principal es la misma persona quien contrata la Póliza de no especificarse lo contrario en las Condiciones Particulares.

7.- **CONDICIÓN PRE-EXISTENTE:** Significa una enfermedad o lesión accidental que se manifiesta por primera vez o debido a la cual el Asegurado ha recibido consulta, diagnóstico, tratamiento médico, servicio, suministro o medicamento antes de la fecha de entrada en vigencia de la Póliza, o de la fecha de entrada del Asegurado Principal, de un familiar y/o dependiente elegible, si dicha entrada ocurre después de la fecha de emisión de la Póliza. Se considera también condición pre-existente las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tal enfermedad o lesión, aunque éstos sólo se manifiesten después de la celebración del Contrato. Una enfermedad, lesión accidental o condición que se manifiesta por primera vez cuando los síntomas y/o signos son bastante evidentes o aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos.

8.- **CONTINUIDAD DE COBERTURA:** El derecho del Asegurado a seguir recibiendo las coberturas de salud por condiciones médicas diagnosticadas y cubiertas durante la vigencia de una Póliza y/o plan de salud contratada con anterioridad a la nueva Póliza y/o plan de salud, por lo que tendrá amparadas las enfermedades en curso y las que hayan ocurrido durante la vigencia de la Póliza, siempre y cuando:

- a) La Compañía haya aceptado al Asegurado con continuidad de cobertura en función de los requisitos establecidos por la misma.
- b) Las preexistencias no hayan estado excluidas en el contrato previo o no hayan sido excluidas por haber realizado el Asegurado una declaración falsa o reticente.

En caso de aceptación por parte de la Compañía, la misma adicionalmente exime al Asegurado del cumplimiento de los periodos de espera para los beneficios que apliquen. De igual forma, las coberturas bajo la nueva Póliza y/o plan de salud están sujetas a los límites establecidos en la nueva Póliza y/o plan de salud luego de restar todos los gastos incurridos, cubiertos y pagados al Asegurado en su Póliza y/o plan de salud anterior, por lo que dichos gastos deducidos de los límites de la nueva Póliza y/o plan de salud.

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

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

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

10.- **DERECHO DE CONVERSIÓN:** Es el beneficio que le permite al Asegurado y sus dependientes inscritos, optar al momento de terminación de la cobertura bajo esta Póliza cambiar la misma a una nueva Póliza, sin presentar evidencia de asegurabilidad y otorgándose continuidad de cobertura, en base a lo detallado en el Numeral No.9 de esta Cláusula, siempre que:

- Hayan cumplido con el periodo mínimo de inscripción requerido, según el tipo de Póliza en base a lo descrito a continuación:
 - o Póliza colectiva: cinco (5) años de pertenecer a esta Póliza.
 - o Pólizas individuales: un (1) año de pertenecer a esta Póliza.
- La Póliza se encuentra vigentes y el pago de las primas se encuentra al día.

- Soliciten a la Compañía la Conversión y paguen la prima inicial dentro de los primeros treinta y un (31) días calendario siguientes a la terminación de la cobertura bajo esta Póliza.
- La nueva Póliza se encuentre dentro de la oferta de seguros de salud individual disponibles y comercializados por la Compañía y cuente con cobertura similar y por un límite máximo igual o inferior al existente bajo esta Póliza al momento de la conversión.

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

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

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

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

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

Limitaciones y Exclusiones:

El Derecho de Conversión no será aplicable cuando:

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

11.- ELEGIBILIDAD: Serán elegibles todas aquellas personas que tengan la calidad de Asegurado Principal y/o Familiar Dependiente, según lo establecido en los Numerales No. 3 y 15 de esta Cláusula. En el caso de Pólizas colectivas los Asegurados deberán pertenecer a la Entidad que conforma el Contratante en el momento de la expedición de este seguro o que ingresen a la misma con posterioridad, según se define:

- a) Entidades empresariales, las personas elegibles para el seguro serán los empleados permanentes del Contratante que laboren en jornada completa con un mínimo de cuarenta (40) horas semanales.

- b) Otros Entidades como pero no limitados a, cooperativas, sindicatos, sociedades, asociaciones y/o agrupaciones afines, los miembros elegibles para el seguro serán aquellas personas que forman parte, sean miembros o pertenezcan a dicha entidad.

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

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

13.-ENFERMEDADES O CONDICIONES CUBIERTAS: Significa las enfermedades o condiciones médicas cubiertas por la presente Póliza, según detalladas en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsable, las cuales se describen a continuación:

- Enfermedades Neurológicas:

Enfermedad en la cual el sistema nervioso central y/o periférico se encuentran afectados por un proceso patológico y/o desorden que se origina y ocurre principalmente dentro de las estructuras que componen el sistema nervioso central y/o periférico. No se considera enfermedad neurológica a los efectos de esta Póliza, cualquier enfermedad o desorden que afecte en forma secundaria al sistema nervioso central y/o periférico, o el cual haya sido causado por condiciones o factores ajenos al sistema nervioso.

Se incluye los accidentes cerebro vasculares, entendiéndose por los mismos, la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto del tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral.

- Angioplastia:

Significa toda intervención quirúrgica para la realización de procedimiento de dilatación de una arteria mediante el inflado de un balón ubicado en la punta de un catéter.

- Cirugía Cardíaca:

Cirugía de las arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento u obstrucción, por medio de revascularización (bypass) realizada posteriormente a síntomas de angina de pecho y/o infarto del miocardio.

- Cáncer:

Es la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y leucemia.

Cabe señalar que, quedan excluidos los cánceres de la piel, con excepción de Melanoma.

- Politraumatismo:

Trauma severo de varios órganos y tejidos del cuerpo humanos como consecuencia de una acción física externa que incapacita al paciente de manera temporal o permanente, e inclusive puede causarle la muerte.

En caso de accidentes, incluye el cuidado dental de emergencia para restaurar dientes naturales en buen estado, perdidos o dañados, procedimientos en la mandíbula incluyendo articulaciones temporomandibular, craneomandibular u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura por un accidente cubierto bajo esta Póliza, así como los tratamientos dentales y/o de ortodoncia fuera del Cuarto

de Urgencias, que resultasen necesarios a consecuencia de dicho accidente, los cuales serán cubiertos bajo los beneficios de Reclusión en el Hospital, Cirugía Ambulatoria y/o Servicios Ambulatorios, según lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, hasta noventa (90) días después de ocurrido el accidente. El plan de tratamiento, exámenes realizados al Asegurado y el costo estimado deberán ser entregados a la Compañía y solicitar su pre-autorización antes de comenzar los tratamientos dentales. **El incumplimiento de los requisitos anteriores causará la pérdida de todo beneficio.**

- **Insuficiencia Renal:**
Es la etapa final de la enfermedad crónica de los riñones, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de estos, como consecuencia del cual se hace necesario regularmente la hemodiálisis renal o el trasplante de riñón.
- **Quemaduras de Tercer Grado:**
Daño de los tejidos producido por un agente físico o químico, que sea clasificado como quemaduras de tercer grado.
- **Trasplante de Órganos:**
Significa el procedimiento quirúrgico, mediante el cual se inserta en el cuerpo de un Asegurado, cualquiera de los órganos o parte de uno de ellos, que, provenientes de un donante fallecido o vivo, incluyendo los gastos pre y post quirúrgicos, así como los de toda complicación ocasionada directamente o indirectamente por el procedimiento.

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

-Se incurran durante el proceso de adquisición de órgano o tejido obtenidos de un donante fallecido con el propósito de efectuar un trasplante. Se incluyen los gastos relacionados por la remoción, preservación y transporte de un órgano o tejido que se intente trasplantar a un Asegurado.

-Se incurran en un donante vivo durante el proceso de remoción de un órgano o tejido con el propósito de efectuar un trasplante de órgano o tejido a un Asegurado. Además, cubre los gastos que se incurran por:

- Investigación de donantes potenciales
- Servicios prestados al donante en un hospital o centro de trasplante, en concepto de habitación privada para Panamá y Centroamérica y habitación semiprivada en el resto del extranjero, sala o pabellón, comidas, servicio general de enfermería, servicios regulares suministrados por el personal del hospital o centro de trasplante, pruebas de laboratorio y uso de equipo y otros servicios hospitalarios (excepto artículos de uso personal que no sean de la índole médica), siempre que sean requeridos durante el proceso de remoción del órgano o tejido que se va a trasplantar y,
- Cirugía y servicios médicos relacionados con la remoción del órgano o tejido del donante que se intente trasplantar a un Asegurado.

-Se incurra en el cultivo de la médula ósea, en relación con un trasplante practicado a un Asegurado.

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

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

- Enfermedad Congénita Hereditaria o Adquirida:

Significa enfermedad, desorden o malformaciones transmitidas, 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 del Asegurado.

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

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

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

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

Pólizas Individuales:

El cónyuge debe ser mayor de dieciocho (18) años de edad y menor de sesenta (60) años de edad (edad alcanzada o actuarial en seis (6) meses al momento de efectividad del seguro). La cobertura para el cónyuge no tiene edad de terminación.

Pólizas Colectivas:

El cónyuge debe ser mayor de dieciocho (18) años de edad y menor de sesenta (60) años de edad (edad alcanzada o actuarial en seis (6) meses al momento de efectividad del seguro). La cobertura para el cónyuge será hasta los ochenta (80) años, a menos que se disponga algo diferente en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

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

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

Movimientos de Asegurados:

Las inclusiones y retiros de familiares y/o dependientes de la Póliza tendrán efecto únicamente a partir del mes de cobertura inmediatamente siguiente a la fecha de aprobación de la inclusión por parte de la Compañía y/o la notificación de exclusión respectiva por parte del Contratante y/o Asegurado Principal.

Cualquier cambio dentro de esta Póliza o al momento de solicitud de conversión que implique mayores beneficios para los Asegurados Principales y/o Familiares Dependientes Asegurados sólo tendrá efecto para aquellos asegurados que cumplan las edades de elegibilidad establecidas en este Numeral y en Numeral No.3 - Asegurado bajo la actual Cláusula y a partir del mes de cobertura inmediatamente siguiente a la fecha de aceptación que la Compañía notifique por escrito, sin embargo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime convenientes y de aceptar o no dicho cambio en base a las políticas de suscripción que tengan vigentes en dicho momento.

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

- 16.-HOSPITAL: El término hospital, llamado también centro hospitalario o clínica, significa un establecimiento que reúna las condiciones exigidas para atender pacientes y que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios.
- 17.-LIMITE MAXIMO ANUAL: Es el monto o límite máximo a pagar en concepto de reclamos cubiertos y pagados bajo esta Póliza, Enfermedad o Condición Médica cubierta y/o Beneficio con respecto a un Asegurado, durante cada vigencia o renovación de la Póliza, según lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

En ningún caso el Límite Anual de un Asegurado excederá el indicado en la Tabla de Beneficios Máximo Reembolsables, cualquiera que sea el número de veces que la Póliza haya sido rehabilitada durante una vigencia, o el Asegurado Principal o Familiar Asegurado haya sido transferido de una Póliza a otra durante una vigencia.

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

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

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

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

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

1. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado;

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

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

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

- Innovador o Comercial: Hacen referencia al nombre comercial o registro de marca, definido como el nombre registrado de un producto. Este nombre es propiedad privada del fabricante o titular de registro sanitario y se utiliza para distinguir un medicamento entre los competidores del mercado.
- Bioequivalente o Genérico: Es aquel que no se distribuye con un nombre comercial o de marca y posee la misma concentración y dosificación que su equivalente comercial o de marca. Producen los mismos efectos que su contraparte comercial o de marca, ya que poseen el mismo principio activo.

21.- **MÉDICOS:** Es la persona legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina. **Queda establecido que la Compañía no reembolsará honorarios médicos, cuando el médico se encuentren dentro del primer grado de consanguinidad y/o segundo de afinidad con el Asegurado.**

22.- **PAIS DE RESIDENCIA:** Para los efectos de este contrato, se considera que el País de residencia es la República de Panamá.

Para gozar del beneficio que otorga esta Póliza, se requiere que el Asegurado Principal y/o sus Familiares o Dependientes Asegurados, residan permanentemente en Panamá y que permanezcan un mínimo de diez (10) meses consecutivos durante el año de vigencia del contrato en el territorio nacional. **En consecuencia, el cambio de país de residencia y/o el incumplimiento del expresado plazo mínimo de permanencia acarrearán la Terminación de Cobertura de un Asegurado y/o la cancelación automática del presente contrato.**

Quedan excluidos de este requisito, los hijos dependientes que estudien en el extranjero previa aceptación de la Compañía, y casos de Asegurados Principales y Cónyuges, que por motivo de estudio deban salir de Panamá por períodos mayores a los dos (2) meses consecutivos, para lo cual **estos casos deben ser notificados y aprobados mediante endoso por la Compañía, de lo contrario la Compañía no realizará reembolso alguno.**

Cambio de País de Residencia: El Asegurado, debe notificar por escrito a la Compañía si cambia su país de residencia dentro de los primeros treinta (30) días del cambio. **El cambio de residencia del Asegurado, conllevará la Terminación de Cobertura de un Asegurado y/o la cancelación automática de la Póliza, según lo indicado en las Cláusulas XIII y XIV respectivamente.**

- 23.- PERIODO DE GRACIA: Lapso de treinta (30) días calendarios durante el cual la Compañía difiere en el tiempo el cumplimiento del pago de la prima correspondiente, contado a partir de la fecha de vencimiento del pago de la misma, conforme a la forma pactada y calendario de pago establecido en las condiciones particulares de la Póliza y durante el cual surten efecto las garantías de la Póliza en caso de siniestro.
- 24.- RED DE PROVEEDORES: Red de médicos, hospitales, clínicas, laboratorios, centro de diagnósticos y demás proveedores de servicios de salud que reúna las condiciones exigidas para atender pacientes, que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios y que se encuentren inscritos en la lista vigente de proveedores designados por la Compañía para el Plan de Salud.

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

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

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

- 25.- RESPONSABLE DE PAGO: Es la persona, natural o jurídica, que se obliga a responder por el pago de las primas de la Póliza, según la frecuencia, forma pactada y calendario de pago, establecidas en las condiciones particulares de esta Póliza.
- 26.- RIESGO: Es la esencia de cualquier Póliza de seguros, ya que representa la circunstancia que se pretende cubrir en el caso de que sucediera. Es la probabilidad de ocurrencia de un evento y/o la posibilidad de que la persona sufra un suceso incierto, futuro, como una enfermedad o accidente. Implica un conjunto de circunstancias relativas al Asegurado, que son de compleja valoración para la Compañía. Son ejemplos de riesgo la moralidad del asegurado, su estado de salud, su situación económica, sus hobbies o pasatiempos, su ocupación, funciones laborales, entre otros.

27.- SUSPENSIÓN DE COBERTURA: Lapso de sesenta (60) días calendarios durante el cual la Compañía difiere en el tiempo el cumplimiento del pago de la prima correspondiente, contados a partir de la fecha de vencimiento del Período de Gracia, conforme a la forma pactada y calendario de pago establecido en las condiciones particulares de la Póliza y durante el cual las garantías o coberturas de la Póliza quedan suspendidas y la Compañía no tiene responsabilidad alguna por reclamaciones o indemnizaciones incurridas durante este período. La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la prima dejada de pagar durante dicho periodo; o hasta que la Póliza sea cancelada. **Cabe señalar, que, aunque la Póliza haya sido rehabilitada, la Compañía no tiene responsabilidad alguna por reclamaciones o indemnizaciones incurridas durante el periodo de suspensión.**

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

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

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

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

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

CLÁUSULA III. - INICIACIÓN DEL SEGURO:

- 1.- El Asegurado y/o sus familiares dependientes que ingresen al seguro en su fecha de expedición, quedarán amparados bajo el mismo, a partir de la fecha de vigencia desde indicado en las condiciones particulares; excepto por las enfermedades pre-existentes que tengan restricciones de tiempo, periodos de espera y exclusiones de esta Póliza.
- 2.- Cualquier ingreso de familiares dependientes al seguro solicitado con posterioridad a la fecha de expedición de esta Póliza, tendrá efecto únicamente a partir del mes de cobertura inmediatamente siguiente a la fecha de aprobación de la inclusión por parte de la Compañía; excepto por las enfermedades o lesiones pre-existentes que tengan restricciones de tiempo, las limitaciones del primer año y exclusiones de esta Póliza.

3.- **Si en la fecha de iniciación del seguro un Asegurado Principal y/o Familiar Dependiente Asegurado se encontrare hospitalizado, la Compañía no tendrá ninguna responsabilidad por dicha hospitalización y/o su condición médica, diagnóstico o secuelas de la misma y su ingreso a la Póliza será determinada por la Compañía.**

CLAUSULA IV.- BENEFICIOS CUBIERTOS:

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

Para tener derecho a los beneficios bajo la Póliza, el Asegurado y sus Dependientes deberán residir en Panamá, según lo establecido en la Cláusulas II – Definiciones y Generalidades, Numeral No. 22 - País de Residencia y en la Cláusula XIII – Terminación de Cobertura, Punto No. 5. Solamente serán excluidos de esta limitación de país de residencia, los hijos dependientes del Asegurado Principal inscritos en la Póliza, que estén cursando estudios en el extranjero y los demás familiares dependientes asegurados por tiempo definido, siempre y cuando sean autorizados por escrito por la Compañía.

Se entiende por beneficios cubiertos bajo esta Póliza, aquellos listados en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables dependiendo del plan de seguros y opción contratado, los cuales se cubrirán conforme a los límites y condiciones estipuladas para cada uno y según lo descrito en esta sección para las enfermedades o condiciones cubiertas en la Tabla de Beneficios, hasta el Límite Anual o Vitalicio establecido para cada una por Asegurado, con excepción de los beneficios de pasaje aéreo, hospedaje de un acompañante, gastos de repatriación y gastos funerarios, cuyos límites aplicarán de forma adicional a los establecidos por enfermedad o condición cubierta, siempre y cuando, todos los gastos cubiertos no sobrepasen el Límite Máximo Vitalicio por Asegurado de la Tabla de Beneficios, quedando sujetos a todas las condiciones, exclusiones y limitaciones establecidas en este contrato.

La Compañía reconocerá para todos los beneficios los costos pactados con los proveedores de red, en su defecto los montos según presupuesto aprobado en los casos que aplique o el setenta y cinco por ciento (75%) del Usuales, Razonables y Acostumbrados, según lo establecido en la Cláusula II – Definiciones y Generalidades, Numeral No.30 exclusivamente para los casos de atenciones médicas, en las cuales el servicio médico cubierto no pueda ser prestado por parte de un proveedor de la red, siempre y cuando en todos los escenarios, las atenciones sean médicamente necesarios para la enfermedad o accidente cubierto por la Póliza y que tenga relación directa con el diagnóstico dictado por el médico tratante y aprobado por la Compañía, según lo establecido en la Cláusula II – Definiciones y Generalidades, Numeral No.19.

Los beneficios cubiertos serán pagados al recibirse prueba satisfactoria de que un Asegurado ha incurrido en gastos cubiertos durante la vigencia de la cobertura del Asegurado en esta Póliza. La Compañía pagará directamente al médico, hospital, proveedor de la salud y/o reembolsará al Contratante y/o Asegurado Principal, las condiciones médicas, servicios o beneficios descritos en esta cláusula, con base a lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forma parte de este contrato.

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

1.- RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL:

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

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

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

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

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

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

Este beneficio reembolsa los cargos por los insumos, medicamentos y/o tratamientos arriba señalados según lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, que forma parte integral de esta Póliza.

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

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

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

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

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

En caso de necesidad médica y previa autorización por parte de la Compañía, se podrán reconocer los honorarios médicos de un (1) asistente cirujano durante una sesión operatorio, siempre y cuando

este detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables sujeto al pago del veinte por ciento (20%) del honorario cubierto por la Póliza al Cirujano Principal.

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

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

El reembolso por anestesia solamente se hará cuando el mismo sea administrado personalmente por un médico anesthesiólogo, que permanezca en presencia constante durante el procedimiento, y el reembolso corresponderá al cuarenta por ciento (40%) del monto pagado al Cirujano Principal.

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

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

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

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

2.- SERVICIOS AMBULATORIOS:

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

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

Las Terapias Físicas y de Rehabilitación, aplicaran para aquellas enfermedades o lesiones que limiten las capacidades de movilidad de una persona a realizar actividades funcionales diarias, productos de una

enfermedad o accidente cubierto bajo la Póliza, que sean medicamente necesarias para que un Asegurado recupere o mantenga, si es posible, el estado de salud en que se encontraba antes del padecimiento o lesión y a consecuencia del cual dicho estado se ha deteriorado. Los servicios que se requieran deberán ser solicitados a la Compañía por el médico tratante, expresando las razones y necesidad del mismo y estarán sujetos a previa autorización por parte de la Compañía. Los servicios serán pagados y estarán limitados, según lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forma parte del contrato.

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

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

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

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

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

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

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

3.- CUARTO DE URGENCIA:

- a- Por Accidente: Los cargos por atención médica ambulatoria incurridos exclusivamente en el Cuarto de Urgencias, debido a una lesión corporal sufrida por un Asegurado en un accidente grave (politraumatismo / quemaduras de tercer grado), que se facturen dentro de las cuarenta y ocho (48) horas subsiguientes al mismo en un centro hospitalario.
- b- Por Enfermedad: Los cargos por atención médica ambulatoria incurridos exclusivamente en el Cuarto de Urgencias de un centro hospitalario, debido a una enfermedad o Condiciones Cubiertas bajo esta Póliza y sufrida por un Asegurado dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de la aparición de los síntomas.

4.- CIRUGIA AMBULATORIA:

Los servicios hospitalarios (cargos misceláneos) y honorarios médicos o (cirugía, anestesia y/o patología), según lo descrito en el Numeral No. 1 de esta cláusula, ocasionados por un Asegurado que no requiera hospitalización y que se lleven a cabo en un Hospital, Clínica, Centro de Cirugía Ambulatoria o Consultorio del Médico tratante, debido a una enfermedad o condición cubierta, según lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

- a) Realizada en el Hospital, Clínica o Centro de Cirugía Ambulatoria: Cirugía y honorarios médicos, que no requieran hospitalización, y que, por la condición y seguridad del Asegurado, dicha cirugía debe ser realizada en el área del salón de operaciones de un hospital, clínica o en el centro de cirugía Ambulatoria.
- b) Realizada en el Consultorio Médico: Significa los cargos misceláneos ocasionados por cirugía y honorarios médicos, que no requieran hospitalización, y que por tratarse de un procedimiento poco complejo y de bajo riesgo puede ser realizado en el consultorio del Médico. La Compañía podrá determinar en conjunto con el médico si dicha cirugía puede ser realizada en el consultorio.

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

La Compañía cubrirá todos los gastos bajo este beneficio para los cargos de hospitalizaciones, honorarios médicos, suministros, servicios ambulatorios y materiales por tratamientos de psiquiatría por trastornos nerviosos o mentales del Asegurado afectado, producto o a consecuencia de una enfermedad o condición cubierta por la Póliza, se cubrirán siempre y cuando este beneficio esté detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables y hasta el límite establecido en la misma, la cual forman parte integral de esta Póliza.

6.- SERVICIOS DE ENFERMERA PRIVADA:

Suministrados por enfermeros graduados debidamente licenciados y registrados en la República de Panamá, siempre que no sean parientes cercanos del Asegurado. Los servicios de enfermería que se requieran para un Asegurado hospitalizado deberán ser solicitados a la Compañía por el médico tratante, expresando las razones y necesidad del mismo. Previa autorización por parte de la Compañía, los servicios serán pagados y estarán limitados, según lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forma parte del contrato.

Los mismos están sujetos a previa autorización por parte de la Compañía, los servicios serán cubiertos y estarán limitados, según lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forma parte del contrato. Cualquier servicio especial de enfermería que se utilice sin el consentimiento y aprobación de la Compañía, no será reconocido bajo esta Póliza.

7.- SERVICIO DE AMBULANCIA:

a) Terrestre:

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

b) Aérea:

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

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

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

Por Ambulancia aérea se entiende que:

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

Con excepción de los casos señalados en el numeral 4 de esta sección, cualquier servicio de Ambulancia Aérea que se dé sin el consentimiento y aprobación de la Compañía, no será reconocido bajo esta Póliza.

8.- PASAJE AÉREO:

Cuando un Asegurado al encontrarse viajando fuera de la República de Panamá, en país cubierto por la póliza, resultare hospitalizado por una enfermedad o condición cubierta en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, la Compañía pagará los gastos de pasaje de ida y vuelta (clase económica) de un Acompañante, siempre y cuando la necesidad médica requiera la presencia de un acompañante y sea aprobado por la Compañía.

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

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

En ambos casos, estos beneficios se cubrirán siempre y cuando se encuentren establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, sean producto de una hospitalización por enfermedades o condiciones en país cubiertas bajo la Póliza y hasta el límite y condiciones establecidas en la misma, la cual forma parte integral de esta Póliza.

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

Se entenderá que el acompañante estará limitado a: su cónyuge legítimo, hijo(a), hermano(a) o padres del Asegurado.

9.- HOSPEDAJE DE UN ACOMPAÑANTE:

Cuando un Asegurado al encontrarse viajando fuera de la República de Panamá, en los países cubiertos con base en lo detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables y requiera cirugías electivas o programadas en los mismos que resultare en hospitalización por una enfermedad o condiciones cubiertas bajo la Póliza, la Compañía pagará los gastos de hospedaje de un acompañante, siempre y cuando la necesidad médica requiera la presencia de un familiar y sea aprobado por la Compañía, solo por los días de reclusión del Asegurado en el hospital, por lo que este beneficio no será extensivo a los días de recobro o convalecencia que sean requeridos fuera del hospital.

Adicionalmente, se pagará este beneficio en los casos de cirugías electivas o programadas en los países cubiertos, siempre y cuando la necesidad médica requiera la presencia de un acompañante y sea aprobado por la Compañía, solo por los días de hospitalización del Asegurado.

En ambos casos, este beneficio se cubrirá siempre y cuando se encuentren establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, en país cubierto por la póliza, hasta el límite y condiciones establecidas en la misma, la cual forma parte integral de esta Póliza.

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

Se entenderá que el acompañante estará limitado a: su cónyuge legítimo, hijo(a), hermano(a) o padres del Asegurado.

10.-GASTOS POR REPATRIACION:

En caso de que un Asegurado fallezca fuera de la República de Panamá, en los países cubiertos con base en lo detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, la Compañía cubrirá por la repatriación de los restos mortales del Asegurado a la República de Panamá o país de nacimiento del Asegurado, en los casos solicitados, siempre y cuando:

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

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

Se entenderá que el familiar estará limitado a: su cónyuge legítimo, hijo(a), hermano(a) o padres del Asegurado.

CLAUSULA V.- EXCLUSIONES:

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

- 1. Cirugía o tratamientos estéticos para fines de embellecimiento, para la calvicie y cualquier cirugía plástica u ortopédica, a menos que sean consideradas cirugías reconstructivas a consecuencia directa de una enfermedad o accidente sufridos durante la vigencia de su Póliza y cubiertos por la misma y se encuentre detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.**

2. **Tratamientos médicos o quirúrgicos por enfermedad o lesiones pre-existentes y manifiestas antes de la vigencia de la Póliza y/o fecha de inicio del seguro de un Asegurado. Sin embargo, esta exclusión cesará de aplicar después de trescientos sesenta y cinco (365) días o doce (12) meses de cobertura continua del Asegurado a partir de la fecha de su inclusión en la Póliza, para aquellas lesiones o enfermedades que hubiesen sido declaradas por el Asegurado en la solicitud individual, evaluadas y aceptadas por la Compañía; excepto para aquellas que la Compañía hubiese excluido de por vida o limitado a un período mayor a los trescientos sesenta y cinco (365) días o doce (12) meses.**
3. **Tratamientos médicos o quirúrgicos de enajenación mental, psicológica o estados de depresión psíquicos o nerviosos, histerias, locura, etc., que sea su origen como consecuencia de una enfermedad o condición cubierta, en exceso de lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables de esta Póliza bajo el Beneficio de Trastornos Mentales y Nerviosos (Psiquiátricos).**
4. **Afición a las drogas o alcoholismo. Por encontrarse en estado de embriaguez o aliento alcohólico, bajo los efectos del consumo de drogas o estupefacientes, por negarse a someterse a los exámenes de alcoholemia o detección, así como cualquier gasto por tratamientos, terapias, etc. encaminados a la rehabilitación de estas condiciones. Para los efectos de determinar el estado del Asegurado, se reconocerán como válidos los resultados de pruebas de alcoholemia con concentración de alcohol de 51 mg/dl o más, o su equivalente en la respiración de 25 mg/dl o más, así como otras pruebas de detección, los reportes o informes de las autoridades competentes o de los facultativos que le brinden asistencia médica, donde se indique o concluya que el asegurado presentaba alguna de las condiciones aquí descritas.**
5. **Lesiones o enfermedades sufridas en guerra o acción de guerra declarada o no, rebelión, revolución, huelgas, asonadas, motín o conmoción civil, terrorismo o mientras el asegurado se encuentre en servicio activo o entrenamientos en las Fuerzas Públicas, Policía Nacional, Fuerza Naval, Aérea o Terrestre. Lesiones ocasionadas directa o indirectamente por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias. Lesiones o enfermedades causadas por o relacionadas con radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la combustión de combustible nuclear o artefactos nucleares.**
6. **Tratamientos dentales, odontológicos y ortodoncia, ya sean quirúrgicos o no, a los dientes o tejidos adyacentes incluyendo abscesos, con excepción de los necesarios a dientes naturales por causa de un accidente cubierto por esta Póliza.**
7. **Suicidio o tentativa de suicidio. Lesiones causadas voluntariamente por sí mismo (autoinflingidas) o por un miembro de la familia. Riñas o actos delictuosos en que el Asegurado participe por culpa grave o dolo de él mismo o de un miembro de su familia.**
8. **Suministro de frenillos, férula bucal, bragueros, prótesis, equipos ortopédicos, aparatos mecánicos o electrónicos. En cuanto a las prótesis y aparatos mecánicos o electrónicos, la Compañía podrá determinar y aprobar cuales pueden ser cubiertos de acuerdo a la necesidad médica en aquellos casos que requieran ser colocados quirúrgicamente (Endoprótesis). No serán cubiertas aquellas prótesis o aparatos mecánicos o electrónicos que son colocados de manera externa (Exoprótesis u Ortésis) con excepción de los establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables cubiertos por la Póliza.**
9. **Cuidados de Técnicos en enfermería, cuidadores, auxiliares o personal de apoyo bajo ninguna circunstancia o evento, así como de Enfermeras no aprobadas por la compañía y/o en exceso de lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables cubiertos en esta Póliza bajo el Beneficio de Servicios de Enfermera Privada.**

10. Cuidado quiropráctico, acupuntura, tratamiento homeopático o cualquier tipo de medicina alternativa.
11. Tratamientos o procedimientos experimentales o para investigación.
12. Suministros médicos, atención médica y cualquier tratamiento médico que no se consideren medicamente necesarios, o que no hayan sido recomendados por un médico; o que excedan los montos pactados con los proveedores de red o los gastos usuales, razonables y acostumbrados en los casos que aplique; o los cuales no hubiesen sido suministrados de no existir este seguro; o por lo cual no se han hecho cargos o por el que un Asegurado no está legalmente obligado a pagar, incluyendo aquellos insumos o suministros no cubiertos por la Compañía y que se encuentran detallados en la lista informada a los proveedores médicos. Dispositivos ortóticos, equipos médicos duraderos, implantes, quimioterapia y medicamentos altamente especializados (Ejemplos: Interferon, Procrit, Avonex, etc.) a menos que sean aprobados con anticipación por la Compañía. Si son aprobados, serán provistos por la Compañía o reembolsados al costo en que hubiese incurrido la Compañía si los hubiera comprado a sus proveedores.
13. Servicios de custodia, curas de reposo o de embellecimiento, o por reclusión en un centro de rehabilitación o institución de convalecencia, hogares o centros asistenciales, spas, hospicios, asilo u hogar de ancianos, aun cuando tales servicios sean necesitados por el paciente, o hayan sido certificados como necesidad médica por un médico. Gastos relacionados con el Síndrome Cerebral o gastos custodiales en caso de senilidad o deterioro cerebral.
14. Gastos causados por, o como resultado de la participación activa en cualquier hecho delictivo, aviación privada, vuelos sin motor y ultraligeros, práctica de deportes profesionales, práctica de cualquier deporte arriesgado o competencias deportivas consideradas peligrosas, ya sea a nivel profesional o de aficionado que expongan por irresponsabilidad, desconocimiento o circunstancias agravantes la vida o la salud del Asegurado; incluyendo pero sin limitarse a: boxeo, lucha, paracaidismo, submarinismo, buceo, rapel, tauromaquia, equitación, esgrima, cacería, tiro, alpinismo, automovilismo, motociclismo, salto de "bungee", planeadores, práctica de salto en caída libre o similares, parapente, esquí de cualquier tipo y cualquier otro deporte de altura o aéreo, espeleología, deportes de invierno, deportes de contacto realizados durante una competencia y todo tipo de competencia de velocidad.
15. Cualquier gasto efectuado por tratamiento o intervención quirúrgica a consecuencia de una enfermedad o padecimiento cubierto por esta Póliza que se origine por participar el Asegurado como donante de órganos o tejidos. En caso de que nuestro Asegurado sea el receptor de un donante vivo, se excluyen todos los gastos por complicaciones y/o secuelas del donante, así como cualquier gratificación o remuneración que el donante solicite.
16. Que se originaron antes o después de la fecha de vigencia de esta Póliza o fecha de inclusión del Asegurado y/o Familiar Dependiente Asegurado, así como exclusiones durante el periodo temporal, permanente, periodo de espera o limitaciones estipuladas en la Póliza para un Asegurado, en ciertos beneficios, enfermedades o lesiones.
17. Tratamientos en Cámara Hiperbárica, con excepción de aquellos necesarios en las siguientes condiciones: Intoxicación por monóxido de carbón, enfermedad de descompresión, embolismo gaseoso y tratamientos de osteoradionecrosis.
18. Cualquier gasto por cargos incurridos por mantenimiento de signos vitales con respiradores o cualquier otro tipo de instrumentos o equipos especializados (sistemas de mantenimiento de vida) donde los demás sistemas del cuerpo están en estado letal y se use este mecanismo únicamente para mantenimiento de signos vitales.

19. Tratamiento Asistencia, Cirugías y/o Rehabilitación, mediante el uso de Técnica Robótica, con excepción de los casos de cáncer de próstata y cualquier otro que se encuentre detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Rembolsables, que forma parte de este contrato.
20. Tumores y/o a consecuencia de Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/Sida).
21. Tratamiento en cualquier institución gubernamental o cualquier gasto si el Asegurado tuviese derecho a cuidados gratuitos. Tratamientos o servicios por los cuales no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro privado.
22. Equipo de riñón artificial para uso residencial; excepto si es aprobado por escrito por la Compañía.
23. Costos relacionados con la adquisición o implantación de corazón artificial, aparato mono o bi-ventricular, otros órganos artificiales o de animales y todos los gastos relacionados con la crío preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.
24. Medicinas sin prescripción médica, vitaminas o suplementos dietéticos, medicamentos para aumentar el apetito o para adelgazar.
25. Cualquier procedimiento cardiovascular que no requiera cirugía, con excepción de angioplastia con balón o globo.
26. Cualquier complicación, derivada o que surja durante o después del tratamiento o cirugía por lesiones, afecciones, o intervenciones expresamente excluidas en este contrato o por negligencia del Asegurado a las indicaciones del médico tratante.
27. Por participación del Contratante, Asegurado, Dependiente y/o Beneficiario en actividades delictivas o presuntamente delictivas o esté bajo fianza de un tribunal o sobre quien pese a alguna medida cautelar con motivo de haber cometido un delito o se le acuse de haberlo cometido o por estar vinculado directa o indirectamente con actividades ilícitas relacionada con: posesión, producción o tráfico de drogas, armas o explosivos, terrorismo, delincuencia organizada, blanqueo de capitales. Así como, el hecho de que esté vinculado o sea objeto de una sanción directa o indirecta al ser incluido en alguna lista oficial de Sujetos de Derecho Internacional Público, tales como: Estados, y demás Organizaciones Internacionales, que impongan sanciones económicas por actividades relacionadas con el lavado de dinero o blanqueo de capital, terrorismo, narcotráfico, entre otras, Incluyendo la OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.
28. Honorarios Médicos cuando el proveedor médico se encuentren dentro del primer grado de consanguinidad y/o segundo de afinidad con el Asegurado.
29. Exámenes de laboratorios, biopsias o estudios especiales, en caso de pacientes ambulatorios u hospitalizados, cuya toma de muestra es realizada en la República de Panamá, pero que deban ser procesadas y/o analizadas fuera de la República de Panamá, a menos que el plan de seguros escogido por el Asegurado tenga cobertura fuera de la República de Panamá y en el país donde se realiza dicho análisis u estudio.
30. Cualquier gasto, prestación de servicio o realización de estudio incurrido por el Asegurado, fuera de la República de Panamá, con excepción de los establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forma parte de este contrato cubiertos bajo los Beneficios de Urgencia Médica Fuera de Panamá o Atención Médica Fuera de Panamá, siempre y cuando el asegurado cuente con la aprobación de extensión de cobertura por parte de la compañía en los casos que apliquen.

CLAUSULA VI. - PERIODOS DE ESPERA:

Tanto el Asegurado Principal como los Familiares Dependientes Asegurados tendrán derecho a los beneficios bajo esta Póliza una vez transcurridos los períodos de espera que se especifican a continuación, los cuales serán contados a partir de la fecha efectiva de la Póliza o fecha efectiva de

inclusión de los nuevos Asegurados en la Póliza:

1. Durante los primeros noventa (90) días a partir de la fecha efectiva o de la inclusión del Asegurado, solo se cubrirán las lesiones causadas en Accidentes.
2. Las enfermedades conocidas o diagnosticadas después de transcurridos noventa (90) días de vigencia de la Póliza o de la inclusión del Asegurado, se considerarán amparadas a partir de la fecha en que se produzca dicho diagnóstico, con excepción de las enfermedades congénitas, en base a lo detallado en el numeral cuatro (4) de esta cláusula.
3. Las enfermedades cubiertas que sean diagnosticadas dentro de los primeros noventa (90) días a partir de la fecha efectiva o de la inclusión del Asegurado, serán cubiertas después de un (1) año.
4. Las enfermedades cubiertas, que sean diagnosticadas como Congénitas, se cubrirán después de dos (2) años contados a partir de la fecha efectiva de la Póliza o de la inclusión del nuevo Asegurado.

CLAUSULA VII. - REQUISITOS DE PRE-CERTIFICACION / AUTORIZACIÓN Y SEGUNDA OPINIÓN:

A. Requerimientos de Pre-Certificación / Autorización:

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

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

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

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

B. Segunda Opinión Médica:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se establece que, si el Asegurado requiere ser atendido fuera de la República de Panamá, en los países cubiertos con base en lo detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Rembolsables y dicha atención ha sido aprobada por la Compañía, el mismo deberá utilizar un Hospital, Centro Médico, Médicos o cualquier proveedor de servicios de salud perteneciente a la Red de Proveedores Internacionales de la Compañía. Antes de recibir la atención médica el Asegurado está en el deber de confirmar y pre-autorizar con la Compañía, si el Hospital, Centro Médico, Médicos o cualquier proveedor de servicios de salud donde va a ser atendido, es miembro de la Red de Proveedores Internacionales de la Compañía. **De no utilizar un Proveedor de la Red Internacional de la Compañía, los beneficios del Asegurado en cuestión se reducirán al cincuenta por ciento (50%) del costo pactado con los proveedores de la red internacional para dicha atención médica.**

Si el Asegurado se atendiera electivamente fuera de la República de Panamá, en los países cubiertos con base en lo detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Rembolsables, sin recibir la aprobación / certificación por parte de la Compañía, no aplicará la cobertura, por lo cual, no tendrá reembolso por las atenciones recibidas.

En caso que la condición médica del Asegurado no amerite su atención fuera de la República Panamá, en los países cubiertos con base en lo detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Rembolsables, la Compañía reembolsará los gastos por las condiciones cubiertas por esta Póliza y estará sujeto al Deducible de Panamá, Centroamérica y Colombia, y a los montos pactados con los proveedores de red en Panamá, para dichos procedimientos y/o tratamientos.

En los casos de una admisión de emergencia cubierta por esta Póliza, el Asegurado deberá utilizar **proveedores de la red internacional**, en caso de que no se cumpla esta condición, **La Compañía**

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

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

CLAUSULA VIII. - RECLAMACIONES:

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

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

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

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

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

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

Si por circunstancias especiales, la Compañía recibiere la reclamación después de los cuarenta y cinco (45) días, el remitente (Asegurado y/o hospital y/o clínica) deberá justificar la demora y la Compañía se reserva el derecho, previo estudio, de aceptar o no la reclamación recibida fuera del término estipulado.

2.- PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN:

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

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

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

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

Una vez recibido el reclamo dentro del plazo y en la forma indicada en estas condiciones, así como todos las pruebas fehacientes de la ocurrencia, procedencia, necesidad del servicio médico y de los gastos incurridos en la presentación del mismo, la Compañía procederá con el trámite del reclamo y el

pago al Asegurado Principal o proveedor médico dentro de treinta (30) días calendarios, a partir del recibo de toda la información y/o documentación requerida al Asegurado, al proveedor de los servicios médicos o a quien corresponda según sea el caso.

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

4.- SUBROGACIÓN:

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

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

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

CLÁUSULA IX. - INFORMACIÓN MÉDICA:

La Compañía se reserva el derecho de solicitar pruebas diagnósticas, informes médicos, resultados, análisis, imágenes, diagnósticos, declaraciones, expedientes clínicos, registros y/o cualquier otra información médica y/o requisito de asegurabilidad que estime convenientes antes de aceptar la inclusión de un nuevo Asegurado. Igualmente, la Compañía queda facultada para solicitar lo indicado, en caso de reclamo amparado por esta Póliza, pre-certificación / autorización y/o en cualquier momento que lo estime necesario o para hacer practicar los exámenes que juzgue convenientes.

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

CLÁUSULA X.- SEGUROS COEXISTENTES:

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

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

El Asegurado no podrá recibir o beneficiarse del doble pago de un gasto cubierto por este seguro y por otro seguro, plan de beneficios o cobertura de gastos médicos. Existiendo otra(s) Póliza(s), plan de beneficios o cobertura de gastos médicos con fecha de efectividad y/o iniciación de la cobertura del seguro del Asegurado anterior al de esta Póliza y que cubran el valor íntegro de la reclamación presentada por el

Asegurado, la presente Póliza no cubrirá el pago de dicha reclamación. Sin embargo, si la primera Póliza o las que en orden de antigüedad le siguiesen, en función de la fecha efectiva y/o iniciación de la cobertura del seguro del Asegurado, en cada una no cubriesen dicho valor o sólo lo cubriesen parcialmente, **la presente Póliza responderá por la diferencia neto de los descuentos otorgados, sujeto a los términos, condiciones y beneficios contemplados en esta Póliza.**

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

CLAUSULA XI. - PRIMAS:

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

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

- 5.- Queda entendido que en caso de movimientos de inclusiones o exclusiones de asegurados en días diferentes al del mes de cobertura, según lo establecido en la Cláusula II - Definiciones y Generalidades, Numeral N°15 Familiares y/o Dependientes Elegibles; Movimientos de Asegurados; el Contratante, Asegurado Principal o Responsable de pago, deberá pagar la prima mensual de la Póliza o solicitar devolución de prima sin aplicación a pro-rata.
- 6.- **Si por error se recibe el pago de una prima de personas que no tengan derecho a gozar de los beneficios de la Póliza por haber alcanzado la edad máxima de protección, o por cualquier otro motivo e incluso posterior a la cancelación de la Póliza, la Compañía no estará obligada a indemnizar suma alguna y solamente deberá efectuar la devolución de las primas recibidas correspondientes a dichas personas.**

CLAUSULA XII.- RENOVACIÓN Y MODIFICACIÓN:

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA XIII. - TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

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

- 1.- El incumplimiento por parte del Contratante, Asegurado Principal y/o Responsable de Pago total o primer pago fraccionado, según la frecuencia de pago establecida, a la emisión y renovación o durante la vigencia de la Póliza, según lo establecido en las Cláusulas XI- Primas y XIV- Cancelación de la Póliza.**
- 2. Cuando un familiar dependiente asegurado pierda su calidad de tal. En este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente para la persona que pierde su calidad de familiar o dependiente asegurado de acuerdo a los términos de este contrato.**
- 3.- Cuando el Contratante o Asegurado Principal solicite por escrito a la Compañía la cancelación de esta Póliza.**
- 4.- Por dejar de residir en Panamá o al estar fuera de la República de Panamá por más de dos (2) meses consecutivos. Con excepción de los hijos dependientes que estudien en el extranjero previa aceptación de la Compañía y casos de Asegurados Principales y Cónyuges, que por cualquier motivo de estudio deban salir de Panamá por periodos mayores a los dos (2) meses consecutivos, para lo cual estos casos deben ser notificados y fueran aprobados mediante**

endoso por la Compañía, de lo contrario la Compañía no realizará reembolso alguno y su cobertura terminará automáticamente.

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

CLAUSULA XIV. - CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA:

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

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

El aviso de cancelación de la Póliza por incumplimiento de pago de la prima deberá enviarse al Contratante y/o Asegurado Principal por escrito a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la Póliza que mantiene la Compañía, con una anticipación de quince (15) días hábiles a la finalización del período de suspensión de cobertura. Copia del mismo deberá ser enviada al corredor de seguros. Cualquier cambio de dirección del Contratante y/o Asegurado Principal, deberá ser notificado a la Compañía, de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de la Póliza. Si el aviso no es enviado el contrato seguirá vigente y se aplicará lo que al respecto dispone el artículo 998 del Código de comercio.

CLAUSULA XV.- REHABILITACIÓN:

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

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

La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar la Solicitud de Rehabilitación, en función de las declaraciones realizadas por el Contratante y/o Asegurado Principal al momento de dicha solicitud, por lo que en caso de circunstancias no declaradas que agraven el riesgo, error, inexactitud, omisión, falsedad o reticencia de parte de los mismos, que de haber sido conocidos por la Compañía le hubiera hecho desistir de esta Rehabilitación o a estipular condiciones más gravosas, queda nulo y sin efecto el contrato.

En caso de aceptación de Rehabilitación de la Póliza por parte de la Compañía, solamente se cubrirá daños que resulten de lesión sufrida o enfermedad comenzada después de la fecha de dicha rehabilitación.

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

CLAUSULA XVI.- 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.

CLAUSULA XVII.- NOTIFICACIONES:

Con excepción de los avisos de cancelación, toda notificación o aviso deberá ser enviada al Contratante y/o Asegurado Principal y/o Corredor de Seguros a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la Póliza que mantiene la Compañía. Cualquier cambio de dirección del Contratante y/o Asegurado Principal, deberá ser notificado a la Compañía, de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de la Póliza.

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

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

CLAUSULA XVIII.- DOMICILIO, LEYES APLICABLES Y JURISDICCION:

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

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

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

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

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

Este modelo de Póliza ha sido autorizado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para ser comercializado entre el público consumidor mediante Resolución No.DRLA-005 de 16 de febrero de 2024 y DRLA-006 de 16 de febrero de 2024, para planes de salud colectivos e individuales.

Asegurado

Cía. Internacional de Seguros, S.A.

Representante Autorizado