

Objeto del Seguro

WorldWide Medical Assurance, Ltd. Corp., denominada en adelante LA ASEGURADORA, se obliga mediante el pago de la prima estipulada, a cubrir vía pago directo a los prestadores de servicios o por reembolso al Asegurado Principal, los gastos médicos en los que incurra el Asegurado Principal durante la vigencia de este contrato, hasta por la suma asegurada indicada en esta póliza, a consecuencia de enfermedades y accidentes amparados ocurridos en su persona o de sus dependientes incluidos en la póliza y de acuerdo a las condiciones y límites estipulados en este contrato.

Información importante sobre la Solicitud

Esta póliza es emitida en base a los datos proporcionados en la solicitud. Si alguna información en la solicitud está incorrecta o incompleta, o alguna información ha sido omitida, la póliza puede ser rescindida.

Elegibilidad

Para ser elegible para los beneficios, el Asegurado Principal tiene que:

1. Tener una edad mínima de dieciocho (18) años y ser menor de setenta y cinco (75) años de edad en la fecha de vigencia de la Póliza;
2. No residir en los Estados Unidos de América (incluyendo Puerto Rico) o Canadá;
3. No trabajar de manera permanente o temporal en los Estados Unidos de América (incluyendo Puerto Rico) o en Canadá;
4. Tener domicilio legal, y por lo menos residir nueve (9) meses del año fuera de los Estados Unidos de América (incluyendo Puerto Rico) o Canadá.

Para ser elegibles para los beneficios de la Póliza, los Familiares Dependientes tienen que:

1. Satisfacer la definición de Familiares Dependientes tal como se estipula en la Sección de Definiciones.
2. No residir en los Estados Unidos de América (incluyendo Puerto Rico) o Canadá;
3. No trabajar de manera permanente o temporal en los Estados Unidos de América (incluyendo Puerto Rico) o Canadá;
4. Tener domicilio legal y por lo menos residir nueve (9) meses del año fuera de los Estados Unidos de América (incluyendo Puerto Rico) o Canadá; con la excepción de aquellos dependientes que se encuentren en calidad de estudiantes y que LA ASEGURADORA haya sido notificada mediante un documento de certificación de estudios.

Requisito de notificar a la Aseguradora

El Asegurado deberá notificar a LA ASEGURADORA, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia deberá ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento. Lo anterior, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento.

En caso de no cumplirse este requisito los beneficios no serán cubiertos por el Plan.

Tabla de beneficios

La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la póliza está sujeta a los términos y condiciones de esta póliza. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por Asegurado, por año calendario.

Todas las cantidades mencionadas en el presente documento, relativas a los beneficios cubiertos y deducibles, se entenderán referidas a dólares de los Estados Unidos de América:

Beneficios	Cobertura
Suma Asegurada Anual	US\$2,000,000 por asegurado renovables anualmente hasta la edad de 100
Habitación semi-privada y alimentación	100%
Unidad de cuidados intensivos	100%
Honorarios de cirujano y anestesista	100%
Servicios de diagnóstico (patología, radiografía, resonancia magnética, tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, ultrasonido, Endoscopia)	100%
Cama para acompañante de menor de edad hospitalizado	US\$300 por día

Beneficios

Hospitalización, Cirugía Ambulatoria y Emergencias, en el país de residencia.

* No aplica deducible para las opciones 1,2,3 y 4)

Gastos incurridos en Hospitales No Participantes o fuera de la red. (Por reembolso)

Visitas a médicos y especialistas

Visitas a médicos y especialistas en el país de residencia

Medicamentos prescritos en el país de residencia

Medicamentos prescritos en el extranjero

Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada)

Ambulancia aérea (debe ser pre-aprobada)

Ambulancia terrestre

Cuidado de la Maternidad
* Período de espera de 10 meses
* Sin deducible
Aplica para opciones 1, 2 y 3

Cobertura especial por complicaciones del parto. Aplica para opciones 1,2 y 3

Cobertura del recién nacido los primeros 90 días

Prótesis e implantes durante la cirugía

Tratamiento del cáncer (quimioterapia / radioterapia)

Cobertura

100%

100%

100%

100%

US\$2,000 (con 20% coaseguro)

100%

100%

US\$200,000

100%

US\$20,000 (por embarazo)
Dentro y fuera del país de residencia

US\$1,000,000 (vitalicio)

US\$50,000 (por un máximo de 90 días después del parto)

100%

100%

Beneficios

Fisioterapia / Rehabilitación (debe ser pre-aprobada)
Diálisis
Condiciones congénitas y hereditarias
Procedimientos de Trasplante
Sida
Cobertura extendida para dependientes elegibles debido a la muerte del asegurado principal
Cobertura dental de emergencia
Repatriación de restos mortales
Hospicio / cuidados terminales (debe ser pre-aprobada)
Examen Médico Preventivo (aplica para el titular en las opciones 1)
Beneficio de Vida
Beneficio adicional por muerte accidental o desmembramiento
Renta mensual por incapacidad por accidente o enfermedad

Cobertura

100%
100%
100% (con un límite máximo de US\$500,000 vitalicio)
US\$1,000,000 (por diagnóstico, vitalicio)
US\$250,000 (vitalicio)
3 años
100%
100%
100%
100%
US\$10,000
US\$10,000
US\$1,500

Opción

Deducible en el país de Residencia

Deducible fuera del país de Residencia

1	US\$ 0	US\$ 1,000
2	US\$ 1,000	US\$ 2,000
3	US\$ 2,000	US\$ 3,000
4	US\$ 5,000	US\$ 5,000

Los detalles completos de los términos y condiciones de la póliza se encuentran en las secciones de los Gastos Cubiertos, Administración y Exclusiones/Limitaciones de este documento. La tabla de beneficios solamente es un resumen de la cobertura. Todos los costos están sujetos a lo usual, acostumbrado y razonable para el procedimiento en el área donde se reciba el servicio. Todos los beneficios están sujetos a cualquier deducible aplicable, a menos que se indique lo contrario.

Gastos Cubiertos

Cláusula 1

HONORARIOS DEL ANESTESISTA

La cobertura de los honorarios del Anestesista debe ser aprobada con anticipación por LA ASEGURADORA y está limitada al menor entre:

- (a) 100% (Cien por ciento) entre los honorarios usuales, acostumbrados y razonables del anestesista; o
- (b) 35% (treinta y cinco por ciento) de los gastos usuales, acostumbrados y razonables del cirujano principal para el procedimiento quirúrgico; o
- (c) 35% (treinta y cinco por ciento) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por el procedimiento quirúrgico; o
- (d) Tarifas especiales establecidas por LA ASEGURADORA para un área o país determinado.

Cláusula 2

HONORARIOS DEL MÉDICO O CIRUJANO ASISTENTE

Los honorarios del médico/cirujano asistente están cubiertos solamente cuando el médico / cirujano asistente es médicamente necesario para determinada operación, y cuando LA ASEGURADORA los ha aprobado con anticipación.

Los honorarios del médico/cirujano asistente están limitados al menor entre:

- (a) 100% (cien por ciento) entre los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento; o
- (b) 20% (veinte por ciento) de los honorarios aprobados para el cirujano principal por este procedimiento; o
- (c) Si más de un médico o cirujano asistente es necesario, la cobertura máxima de todos los médicos o cirujanos asistentes en conjunto no excederá el 20% (veinte por ciento) de los honorarios del cirujano principal para dicho procedimiento quirúrgico; o
- (d) Tarifas especiales establecidas por LA ASEGURADORA para un área o país determinado.

Cláusula 3

RECLUSIÓN EN HOSPITAL

Cargos por cuarto y alimentación en base al cien por ciento (100%) de la tarifa de habitación semi-privada en el extranjero. Para internamientos en el país de residencia, la base de reembolso es

de habitación privada hasta un máximo de doscientos dólares de los Estados Unidos de América (US\$200) diarios.

Si un hospital en el extranjero no posee habitaciones semi-privadas, el máximo pagadero por concepto de cuarto y alimentos será el ochenta por ciento (80%) de la tarifa más baja que tenga el Hospital por una habitación privada.

Unidad de cuidados intensivos y otras unidades de cuidados especializados hasta un máximo de tres (3) veces el cargo de cuarto y alimentación.

Otros servicios de hospital y suministros (excepto artículos personales o de comodidad) incluyendo, pero no limitados a: cuidados de enfermera, terapia de inhalación, física u ocupacional (mientras el Asegurado se encuentre internado), quirófano, sala de recuperación, suministros médicos y quirúrgicos, exámenes diagnósticos de laboratorios y rayos-X, electrocardiogramas, electroencefalograma, oxígeno y su administración, soluciones intravenosas e inyecciones.

Cláusula 4

CIRUGÍA AMBULATORIA

Cuando un Asegurado se somete a un procedimiento quirúrgico que no requiere internamiento en el hospital, los honorarios quirúrgicos y demás servicios relacionados con la cirugía serán reembolsados bajo las mismas condiciones como si el Asegurado hubiera sido internado.

Cláusula 5

RED DE PROVEEDORES

La póliza de gastos médicos ofrece cobertura mundial dentro de la Red de Proveedores de acuerdo a la cobertura de gastos médicos y hospitalarios establecidos en la tabla de beneficios.

Los hospitales de la Red de Proveedores pueden ser cambiados y los mismos pueden ser verificados en la página web del administrador de reclamos.

Cláusula 6

HOSPITALES FUERA DE LA RED DE PROVEEDORES

Los gastos incurridos fuera de la Red de Proveedores tendrán cobertura por reembolso al cien por ciento (100%) de acuerdo a costos usuales, razonables y acostumbrados para el procedimiento.

Cláusula 7

ACOMPAÑANTE DE UN MENOR DE EDAD HOSPITALIZADO

Los gastos incurridos en el hospital por concepto de cama para acompañante de un niño o adolescente hospitalizado menor de 18 años se pagarán hasta un máximo de cuatrocientos dólares de los Estados

Unidos de América (US\$400) por día.

Cláusula 8

CONDICIONES CONGÉNITAS Y HEREDITARIAS

La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo este contrato es igual al límite máximo de quinientos mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$500,000), luego de satisfacer el deducible correspondiente.

Cláusula 9

DEDUCIBLE

(a) Un (1) deducible por Asegurado, por año calendario, hasta el máximo del deducible fuera del país de residencia.

(b) Un (1) deducible por Asegurado, por año calendario, hasta el máximo del deducible en el país de residencia.

(c) Un máximo de dos (2) deducibles por certificado, por año calendario, hasta satisfacer un máximo de dos (2) deducibles fuera del país de residencia.

(d) En caso de un accidente grave, no se aplicará ningún deducible durante el período de la primera hospitalización.

Los gastos incurridos en el país de residencia están sujetos al deducible en el país de residencia. Los gastos incurridos fuera del país de residencia están sujetos al deducible fuera del país de residencia.

Cláusula 10

DIAGNÓSTICO

Para que una condición sea considerada como una enfermedad o desorden cubierto bajo esta póliza, se necesitan copias de los resultados de laboratorio, radiografías, o cualquier otro reporte o resultado de exámenes físicos en los que el médico se ha basado para hacer un diagnóstico positivo.

Cláusula 11

TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA

Solamente tendrá cobertura bajo esta póliza el tratamiento dental de emergencia que resulte de un accidente cubierto y se lleve a cabo dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes de dicho accidente.

Cláusula 12

EVACUACIÓN DE EMERGENCIA

El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o aérea) solamente será cubierto si está relacionado a una condición cubierta para la cual no puede proporcionarse tratamiento localmente, o

cuando la diferencia de tecnología y experiencia médica existente en la localidad donde se encuentre el Asegurado y la localidad hacia donde se realizaría la evacuación de emergencia sea muy amplia, y el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. El transporte de emergencia hacia la instalación médica más cercana deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada y autorizada. El vehículo o la aeronave usada deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.

(a) Transporte por ambulancia aérea:

(1) Todo transporte por ambulancia aérea debe ser coordinado y aprobado con anticipación por LA ASEGURADORA. En caso de que LA ASEGURADORA no pudiese otorgar aprobación previa para este beneficio, los gastos deberán ser sometidos a reembolso y estarán sujetos a evaluación y aprobación de LA ASEGURADORA.

(2) La cantidad máxima pagadera por este beneficio es de doscientos mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$200,000) por Asegurado, por año calendario.

(3) El Asegurado se compromete a liberar a LA ASEGURADORA, de responsabilidad, por cualquier demora o restricción en los vuelos causados por problemas mecánicos, por restricciones gubernamentales o por el piloto, o debido a condiciones operacionales o cualquier negligencia que resulte de tales servicios.

Cláusula 13

COBERTURA EXTENDIDA PARA DEPENDIENTES ELEGIBLES DEBIDO A LA MUERTE DEL ASEGURADO PRINCIPAL

En caso de que fallezca el Asegurado Principal, LA ASEGURADORA proporcionará cobertura continua a los dependientes sobrevivientes bajo esta póliza durante tres (3) años sin costo alguno, si la causa de la muerte del Asegurado Principal se debió a una condición que estaría cubierta bajo esta póliza si el Asegurado hubiera sobrevivido. Este beneficio aplica solamente a los dependientes cubiertos bajo la póliza existente y terminará automáticamente para el cónyuge o concubina(o) sobreviviente si contrae matrimonio, o para los dependientes sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta póliza o para los cuales se haya emitido su propia póliza por separado.

Cláusula 14

FISIOTERAPIA / REHABILITACIÓN

Se cubrirá por un período inicial de hasta treinta (30) días calendarios, siempre y cuando sea aprobado con anticipación por LA ASEGURADORA.

Cualquier extensión en incrementos de hasta treinta (30) días calendarios también deberá ser aprobada con anticipación, o el reclamo será denegado. Para obtener cada aprobación, se requiere presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.

Cláusula 15

CUIDADO DE LA MATERNIDAD

(a) El beneficio máximo es de veinte mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$20,000) por embarazo dentro y fuera del País de Residencia, sin deducible, para la respectiva titular o conyugue asegurada. Esta cobertura sólo aplica para las opciones 1, 2 y 3.

(b) Los tratamientos pre y post-natal, parto normal, parto por cesárea, complicaciones de la maternidad y el cuidado del recién nacido saludable están incluidos dentro del beneficio máximo por embarazo estipulado en esta póliza.

(c) Este beneficio aplicará para embarazos cubiertos. Los embarazos cubiertos son aquéllos para los que la fecha de parto es por lo menos diez (10) meses después de la fecha efectiva de cobertura para la madre asegurada.

(d) No hay cobertura de maternidad bajo esta póliza para hijas dependientes. Para tener cobertura bajo este beneficio, la hija dependiente deberá solicitar cobertura y ser aprobada bajo su propia póliza por separado.

(e) El período de espera de diez (10) meses para la cobertura de la maternidad aplica en toda ocasión, aun cuando el período de espera de sesenta (60) días calendarios para esta póliza haya sido eliminado.

Cláusula 16

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y EL PARTO

(Aplica para las opciones 1,2,3)

Las complicaciones del embarazo, la maternidad o del recién nacido durante el parto (exceptuando a condiciones relacionado a lo congénito hereditario), como son: prematuridad, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia, hipoglucemia, problemas respiratorios, y traumatismo durante el parto estarán cubiertas de la siguiente manera:

(a) Cobertura máxima vitalicia de un millón de dólares de los Estados Unidos de América (US\$1,000,000) por certificado.

(b) Este beneficio solamente aplicará como se describe en la cobertura cuidado de la maternidad de ésta póliza.

(c) Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida bajo esta póliza, incluyendo pero no limitado a complicaciones durante el parto o el embarazo que resulten o pudieren resultar en la infertilidad de la Asegurada, complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos no cubiertos.

(d) Las complicaciones causadas por una condición que ha sido diagnosticada antes del embarazo, o cualquiera de sus consecuencias, sólo serán cubiertas de acuerdo con las condiciones de esta póliza.

Cláusula 17

COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO

I. Si nace de un embarazo cubierto:

(a) Cobertura provisional: El recién nacido tendrá cobertura automática por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días de vida después del parto, hasta un máximo de cincuenta mil dólares de los Estados Unidos de América (\$50,000) sin deducible.

El cuidado para el recién nacido saludable solamente está cubierto como se describe en la cobertura "Cuidado de la Maternidad" de esta póliza.

(b) Cobertura permanente: Para que un recién nacido de un embarazo cubierto goce de cobertura permanente bajo esta póliza, deberá presentarse dentro de los primeros noventa (90) días después del parto una "Notificación de Nacimiento" que contenga el nombre completo del recién nacido, sexo y la fecha de nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente será entonces efectiva a partir de la fecha de nacimiento hasta el límite máximo de la póliza.

Si la notificación no es recibida durante los noventa (90) días después del parto, se requerirá una solicitud de seguro para incluir al recién nacido, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.

La inclusión del recién nacido en la póliza, queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente, en los términos de la cláusula 39 (Pago de la Prima).

La cobertura del recién nacido por complicaciones del nacimiento está limitado al beneficio máximo descrito en la cláusula 16, literal (a).

II. Si nace de un embarazo NO cubierto:

No gozará de la cobertura provisional. Para agregar al recién nacido a la póliza, se requiere la obligación de pago de la prima, en los términos de la cláusula 39 Pago de la Prima y el envío de una solicitud de seguro, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de LA ASEGURADORA.

Cláusula 18

DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL

Cuando la deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por trauma en un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si se lleva a cabo dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a dicho accidente y es aprobado con anticipación por LA ASEGURADORA. La evidencia del trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.)

Cláusula 19

SERVICIOS AMBULATORIOS

Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.

Cláusula 20

CONDICIONES PREEXISTENTES

Las condiciones preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:

(a) Las que son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro:

I. Estarán cubiertas después del período de espera de sesenta (60) días cuando el Asegurado haya estado libre de síntomas, signos o tratamiento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en un endoso a la póliza.

II. Estarán cubiertas después de dos (2) años de la fecha efectiva de la póliza, cuando el Asegurado presente síntomas, signos o tratamiento en cualquier momento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que estén excluidas específicamente en un endoso a la póliza.

(b) Las que no son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro:

Estas condiciones preexistentes NUNCA estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, LA ASEGURADORA tendrá el derecho de rescindir la póliza en base a la omisión de dicha información por parte del Asegurado.

Cláusula 21

MEDICAMENTOS RECETADOS

Ambulatorios

En el caso de recetas médicas ambulatorias, los beneficios están limitados a gastos incurridos por medicamentos que:

(a) Requieren receta médica para ser obtenidos;

(b) Deben ser dispensados por un médico o un farmacéutico con las apropiadas credenciales; y

(c) Deben estar aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (United States Food and Drug Administration).

Los medicamentos recetados ambulatorios serán pagados hasta dos mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$2,000) en el país de residencia. Dicho beneficio está sujeto a cualquier deducible aplicable y luego el plan cubrirá un ochenta por ciento (80%) hasta el máximo indicado.

Los medicamentos ambulatorios prescritos fuera del país de residencia serán cubiertos al cien por ciento (100%) luego del deducible.

Hospitalización

Los medicamentos recetados por primera vez durante o después de una hospitalización o cirugía ambulatoria serán cubiertos al cien por ciento (100%). En todos los casos, deberá incluirse con el reclamo una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado.

Cláusula 22

REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, LA ASEGURADORA cubrirá los

gastos de repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido, siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de esta póliza. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia del Asegurado. Los trámites deben ser coordinados conjuntamente con LA ASEGURADORA.

Cláusula 23

SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA

Si un cirujano ha recomendado que el Asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el Asegurado deberá notificar a LA ASEGURADORA por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si LA ASEGURADORA, considera que es necesaria una segunda opinión quirúrgica, ésta debe ser realizada por un Médico seleccionado y por LA ASEGURADORA. Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas requeridas y coordinadas a través de LA ASEGURADORA. En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, LA ASEGURADORA podrá cubrir el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado entre el Asegurado y LA ASEGURADORA. Si la segunda o tercera opinión quirúrgica, en caso de que ésta última haya sido necesaria, confirma la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo a lo establecido en esta póliza.

SI EL ASEGURADO NO OBTIENE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA REQUERIDA, SERÁ RESPONSABLE POR EL TREINTA POR CIENTO (30%) DE TODOS LOS GASTOS CUBIERTOS DE MÉDICOS Y HOSPITALES RELACIONADOS CON EL RECLAMO, ADEMÁS DEL DEDUCIBLE.

Cláusula 24

EXAMEN MÉDICO PREVENTIVO

El Asegurado Principal tiene derecho a un examen preventivo general por año póliza, sin deducible, que deberá ser realizado por un proveedor designado por LA ASEGURADORA.

El examen médico preventivo es válido únicamente para las opciones de deducible 1, 2, 3 y 4.

Cláusula 25

TRATAMIENTOS ESPECIALES

Prótesis, dispositivos ortopédicos, equipos médicos durables, implantes, diálisis, radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados estarán cubiertos de acuerdo a los límites y sublímites establecidos en la tabla de beneficios, pero deben ser aprobados y coordinados con anticipación por LA ASEGURADORA. Los tratamientos especiales serán cubiertos por LA ASEGURADORA o reembolsados al costo que hubiese incurrido LA ASEGURADORA si los hubiera comprado a sus proveedores.

Cláusula 26

PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE

La cobertura para el trasplante de órganos, células y tejidos humanos se ofrece únicamente dentro de la Red de Proveedores para trasplante de LA ASEGURADORA. No se proporcionará cobertura para trasplante fuera de la Red de Proveedores de LA ASEGURADORA.

El beneficio máximo pagadero para este beneficio es de un millón de dólares de los Estados Unidos de América (US\$1,000,000) por Asegurado, por diagnóstico, de por vida, después de satisfacer el deducible. Este beneficio de cobertura para procedimientos de trasplante comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por un médico, haya sido certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica y haya sido aprobada por LA ASEGURADORA, y está sujeta a todos los términos, gastos cubiertos y exclusiones de la póliza.

Este beneficio incluye:

- (a)** Cuidado antes del trasplante, el cual incluye todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento de trasplante, y preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento de trasplante.
- (b)** Reconocimiento médico pre-quirúrgico, incluyendo todos los exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
- (c)** Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta un máximo de veinticinco mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$25,000) por diagnóstico, el cual está incluido como parte del beneficio máximo de trasplante.
- (d)** El cuidado post-operatorio, incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento médicamente necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo.
- (e)** Cualquier medicamento o medida terapéutica utilizada para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado.
- (f)** Cualquier cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo, cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros o medicamentos relacionados con el trasplante.

Cláusula 27

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Los gastos incurridos cuando se haya manifestado clínicamente el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), incluyendo los gastos de diagnóstico para detectar el virus, se cubren después de cuatro (4) años de vigencia continua de la póliza, siempre y cuando los anticuerpos al VIH (sero-positivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes o durante este período y el tratamiento se lleve a cabo en el territorio nacional.

El beneficio máximo para esta cobertura, por Asegurado, es de doscientos cincuenta mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$250,000) vitalicio.

Cláusula 28

ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR

Se cubrirá por un período inicial de hasta treinta (30) días calendarios, siempre y cuando sea aprobado con anticipación por LA ASEGURADORA.

Cualquier extensión en incrementos de hasta treinta (30) días calendarios también deberá ser aprobada con anticipación, o el reclamo será denegado. Para obtener cada aprobación, se requiere presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.

Cláusula 29

HOSPICIO/ CUIDADOS TERMINALES

Se cubrirá por período inicial de hasta treinta (30) días calendarios, siempre y cuando sea aprobado con anticipación por LA ASEGURADORA.

Cualquier extensión en incrementos de hasta treinta (30) días calendarios también deberá ser aprobada con anticipación, o el reclamo será denegado. Para obtener cada aprobación, se requiere presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento. El beneficio máximo es del cien por ciento (100%) hasta cien mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$100,000) por año calendario.

Cláusula 30

PERÍODO DE ESPERA

(a) Esta póliza tiene un período de espera de sesenta (60) días a partir de la fecha efectiva de la póliza, durante el cual solamente estarán cubiertas aquellas enfermedades o lesiones causadas por un accidente que ocurra dentro de este período, o aquellas enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período.

(b) Los gastos incurridos por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), incluyendo los gastos de diagnóstico para detectar el virus, no serán cubiertos durante los cuatro (4) años de cobertura posteriores a la fecha de efectividad de la póliza.

Cláusula 31

ELIMINACIÓN DEL PERÍODO DE ESPERA

LA ASEGURADORA evaluará las solicitudes de eliminación del período de espera solamente si:

- (a)** El Asegurado tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos de otra compañía durante por lo menos un (1) año; y
- (b)** La fecha efectiva de la póliza se encuentra dentro de los sesenta (60) días después de que ha expirado la cobertura anterior; y
- (c)** El Asegurado ha informado sobre la cobertura anterior en la solicitud de seguro; y
- (d)** LA ASEGURADORA recibe la póliza anterior y copia del recibo de pago de la prima del último año

de cobertura, junto con la solicitud de seguro.

Si se elimina el período de espera, los beneficios pagaderos por cualquier condición que se manifieste durante los primeros sesenta (60) días de cobertura, están limitados al menor de los beneficios cubiertos bajo esta póliza o la póliza anterior, mientras esta póliza esté en vigencia.

Cláusula 32

AUTORIDAD

Toda modificación a las condiciones generales será válida previa autorización de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá. Ningún corredor, productor o agente tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la póliza. Después de que la póliza ha sido emitida, ningún cambio será válido a menos que se haya hecho constar por un endoso a la póliza.

Cláusula 33

CAMBIO DE PRODUCTO O PLAN

El Asegurado Principal puede solicitar un cambio de producto o plan en la fecha de renovación de la póliza. Éste debe ser notificado por escrito y recibido antes de la fecha de aniversario.

Algunas solicitudes están sujetas a evaluación de riesgo. Durante los sesenta (60) días siguientes a la fecha efectiva del cambio, los beneficios pagaderos por cualquier enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infecciosa, estarán limitados al menor de los beneficios cubiertos por el nuevo plan o el plan anterior. Durante los doce (12) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, los beneficios de maternidad, del recién nacido, de desórdenes congénitos y de Trasplante, estarán limitados al menor de los beneficios cubiertos por el nuevo plan o el plan anterior.

Cláusula 34

CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA

El Asegurado Principal debe notificar por escrito a LA ASEGURADORA, cualquier cambio de país de residencia, tanto de él como de cualquier Asegurado incluido en la póliza, dentro de los primeros treinta (30) días calendarios del cambio. LA ASEGURADORA se reserva el derecho de modificar o dar por terminada la cobertura de la póliza en caso de cambio de país de residencia de algún Asegurado.

La falta de notificación a LA ASEGURADORA de cualquier cambio de país de residencia de los Asegurados, otorga el derecho a LA ASEGURADORA de rescindir la póliza a partir de la fecha en que el aviso debió darse.

El Asegurado no podrá residir ni trabajar de manera permanente o temporal en los Estados Unidos de América (incluyendo Puerto Rico) o en Canadá.

El Asegurado deberá tener domicilio legal y por lo menos residir nueve (9) meses del año fuera de los Estados Unidos de América (incluyendo Puerto Rico) o Canadá.

Cláusula 35

COMIENZO Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Sujeto a los gastos cubiertos de esta póliza, los beneficios comienzan en la fecha de emisión de la Póliza y no en la fecha en que se solicitó la cobertura. La cobertura termina:

- (a) En la fecha de expiración de la póliza; o
- (b) Por falta de pago de la prima.

Cláusula 36

MONEDA Y TASA DE CAMBIO

Este seguro se contratará en la moneda de curso legal de la República de Panamá, cuyo equivalente lo constituye el dólar de los Estados Unidos de América.

Los pagos a efectuarse bajo esta póliza serán hechos en dólares de los Estados Unidos de América. Cualquier factura elegible presentada en moneda diferente a dólares, será pagada utilizando el promedio de la tasa de cambio en vigor durante el mes en que los servicios fueron prestados o los suministros fueron adquiridos.

Cláusula 37

OBLIGATORIEDAD DE COOPERAR

El Asegurado debe proporcionar a LA ASEGURADORA todos los resúmenes clínicos y reportes médicos y, cuando así lo solicite LA ASEGURADORA, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que LA ASEGURADORA obtenga tales resúmenes clínicos y reportes médicos. El no cooperar con LA ASEGURADORA, o el no autorizar el acceso de LA ASEGURADORA a los resúmenes clínicos y reportes médicos puede ser causa para que las obligaciones de LA ASEGURADORA queden extinguidas, de conformidad con la legislación vigente.

Cláusula 38

VALIDEZ DEL CONTRATO

Forman parte de este contrato y constituyen prueba de su celebración y validez, las condiciones generales, la Solicitud del Seguro, la Carátula, las declaraciones de salud, los endosos, anexos y condiciones especiales, de conformidad con la legislación vigente.

La traducción de esta póliza a cualquier otro idioma podría ser ofrecido como un servicio para el Asegurado, sin embargo, en caso de cualquier duda o controversia siempre prevalecerá la versión en español.

Cláusula 39

PAGO DE LA PRIMA

El Contratante del seguro se obliga a pagar la prima del seguro, la cual se calcula según la edad del

Asegurado y es determinada por LA ASEGURADORA de acuerdo con la tarifa vigente, de conformidad con la legislación vigente, en la fecha de inicio de cada periodo de Seguro. La prima de esta póliza vence en el momento de la celebración del contrato y tratándose de renovaciones, al inicio de la nueva vigencia. LA ASEGURADORA podrá ajustar las primas una vez al año a la fecha de aniversario de la póliza, previa autorización de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

El Contratante deberá pagar la prima y las cantidades que correspondan por concepto de gastos de expedición de póliza, en las oficinas de LA ASEGURADORA en la fecha de su vencimiento. El Contratante del seguro podrá elegir entre pagos anuales y semestrales, aplicándose en su caso, la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda. Los avisos de pago de primas son enviados al asegurado sin cargo a éste, y LA ASEGURADORA no garantiza la entrega de los mismos. Si el Asegurado no ha recibido un aviso de pago de prima treinta (30) días antes de la fecha de Vencimiento, y desconoce el monto del pago de su prima, el Asegurado deberá informarse con su corredor o directamente con LA ASEGURADORA. El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del Contratante o del Asegurado Titular. La prima debe ser pagada en la fecha de su vencimiento o dentro del Periodo de Gracia establecido.

Cláusula 40

PERÍODO DE GRACIA

Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella en los casos de pago fraccionado dentro del plazo de treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de su vencimiento (Periodo de Gracia), los efectos del contrato terminarán de conformidad con la legislación vigente.

En caso de fallecimiento del Asegurado Principal de la póliza, LA ASEGURADORA eximirá del pago de prima por un período de tres (3) años contados a partir de la próxima fecha de vencimiento de la misma, a los dependientes que se encuentren asegurados bajo la póliza de acuerdo a lo indicado en el punto referente a los Gastos Cubiertos por la Póliza.

Cláusula 41

PAGO DE RECLAMACIONES

LA ASEGURADORA tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales en todo el mundo. Cuando esto no sea posible, LA ASEGURADORA reembolsará al Asegurado Principal la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y LA ASEGURADORA o la tarifa usual, acostumbrada y razonable para esa área geográfica en particular, en un plazo no mayor de catorce (14) días hábiles. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado. En caso de que el Asegurado Principal fallezca, LA ASEGURADORA pagará cualquier beneficio pendiente de pago a los herederos legales del Asegurado. LA ASEGURADORA, deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la indemnización antes de: 1) Aprobar un pago directo; o 2) Reembolsar al Asegurado Principal.

Cláusula 42

PRUEBA DE RECLAMO

El Asegurado deberá someter prueba escrita del reclamo consistente en las facturas originales detalladas, resúmenes clínicos, y el formulario de reclamo debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados al domicilio de LA ASEGURADORA. Se requiere completar un formulario de reclamo por siniestro para todos los reclamos presentados. Los formularios de reclamo son proporcionados junto con la póliza; también pueden obtenerse comunicándose con su corredor o con LA ASEGURADORA a la dirección anteriormente mencionada, o en la página web: www.wwmedicalassurance.com. La tasa de cambio utilizada para pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean dólares de los Estados Unidos de América, estará de acuerdo con la cláusula 36 de Moneda y Tasa de Cambio. Para reclamos de hijos dependientes que hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, se deberá presentar un certificado o constancia de la universidad, como evidencia de que en el momento de emitir la póliza o renovarla, dichos hijos dependientes son estudiantes de tiempo completo, así como también una declaración por escrito firmada por el Asegurado Principal confirmando que dichos hijos dependientes son solteros.

Cláusula 43

LIMITACIÓN DE TIEMPO PARA SOMETER RECLAMOS

Los reclamos deben ser recibidos por LA ASEGURADORA dentro de los seis (6) meses siguientes a la fecha en que los servicios fueron recibidos o los suministros adquiridos. LA ASEGURADORA no aceptará prueba de una pérdida o notificación de un reclamo después de transcurridos seis (6) meses de la fecha en que los servicios fueron prestados o los suministros adquiridos.

Cláusula 44

EXÁMENES FÍSICOS

Durante el proceso de un reclamo, LA ASEGURADORA se reserva el derecho de solicitar exámenes de cualquier Asegurado cuya enfermedad o lesión sea la base del reclamo, cuando y con la frecuencia que lo considere necesario, corriendo los gastos a cargo de LA ASEGURADORA.

Cláusula 45

PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro prescribirán en un (1) año, contado desde la fecha del evento que les dio origen de conformidad con la legislación vigente.

Cláusula 46

RENOVACIÓN

Al finalizar el período de seguro estipulado en este Contrato, se entenderá como renovada la póliza por un nuevo período de igual duración. Las condiciones generales aplicables serán las que rijan en

la fecha de renovación y que están autorizadas a ese momento por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá. En tanto que, el incremento en la prima que se efectuará para cada renovación será el que resulte, conforme a las bases técnicas registradas ante el ente regulador. En cada renovación, la prima que deberá pagarse en términos del numeral referente al Pago de Prima, se aplicará de acuerdo a la edad del Asegurado y coberturas correspondientes.

El pago de la prima acreditado en el recibo extendido en las formas usuales de LA ASEGURADORA, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

En caso que LA ASEGURADORA suspenda la operación de este Plan, ofrecerá al contratante alguno similar entre los que tenga operando, eliminando los períodos de espera que correspondan de acuerdo a la antigüedad de esta póliza y amparando los padecimientos que estuvieren en curso sin considerarlos preexistentes y de acuerdo a las condiciones generales establecidas.

Cláusula 47

CANCELACIÓN, RESCISIÓN Y TERMINACIÓN

El Contratante o el Asegurado Principal está obligado a declarar en las solicitudes, cuestionarios médicos, declaraciones y demás requisitos, de acuerdo con el cuestionario que los mismos contienen, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir o que influyan en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del Contrato y en el momento del ingreso de cualquier Asegurado. Esta obligación aplica a los cuestionarios y a los demás requisitos solicitados por LA ASEGURADORA. La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a LA ASEGURADORA para considerar rescindido de pleno derecho este Contrato, aunque tales hechos o condiciones no hayan influido en la celebración del siniestro, de conformidad con la legislación vigente.

Asimismo, las obligaciones de LA ASEGURADORA estarán extinguidas, si se demuestra que el Contratante, Asegurado Titular, Beneficiario o sus representantes, no le proporcionen oportunamente la información que ésta les solicite sobre hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Con la terminación del seguro, terminará al mismo tiempo el derecho de indemnización. Sin embargo, las consecuencias de enfermedades, accidentes o lesiones sufridas durante la vigencia del seguro, estarán cubiertas durante un plazo de treinta (30) días calendarios posteriores a la terminación de la vigencia del seguro. El Contratante no podrá dar en prenda o ceder sus derechos de esta póliza.

Cláusula 48

INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA ASEGURADORA

El Contratante o el Asegurado estará obligado a comunicarle por escrito a LA ASEGURADORA cualquier cambio de nombre o domicilio, así como cualquier cambio en la cobertura de seguro médico con otra compañía. Asimismo, deberá notificarse la defunción del Asegurado Principal o de

cualquier otro asegurado. LA ASEGURADORA no será responsable de las consecuencias, en caso de que el Asegurado Principal o los asegurados hayan omitido notificarle tales sucesos. El Asegurado también estará obligado a proveerle a LA ASEGURADORA todas las informaciones disponibles y necesarias para la tramitación, por parte de LA ASEGURADORA, de las reclamaciones presentadas por el Asegurado. La presentación de una reclamación fraudulenta facultará a LA ASEGURADORA a rescindir la póliza sin necesidad de declaración judicial.

Asimismo, LA ASEGURADORA se reservará el derecho de obtener información sobre el estado de salud del Asegurado y de dirigirse a cualquier hospital, médico, etc., que atienda o haya atendido al Asegurado por enfermedades o trastornos físicos o psíquicos. LA ASEGURADORA, además, se reservará el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del Asegurado.

Cláusula 49

SUBROGACIÓN

LA ASEGURADORA se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. El Asegurado tendrá obligación de cooperar con LA ASEGURADORA para conseguir la recuperación del daño, el incumplimiento de esta obligación facultará a LA ASEGURADORA a considerar rescindido de pleno derecho el contrato.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o bien si es civilmente responsable de la misma.

Cláusula 50

AVISOS Y NOTIFICACIONES

Todas las notificaciones requeridas por esta Póliza serán dadas por escrito. Si la notificación es para el Contratante, ésta será enviada al agente o corredor del Contratante, y si debe ser dada a LA ASEGURADORA, debe ser enviada a su oficina principal.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos:

1. El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:

(a) Que no sea médicamente necesario; o

(b) Para un Asegurado que se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional no calificado y que no pertenezca a la red de prestadores de servicios; o

(c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor; o

(d) Que está relacionado con el cuidado personal; o

(e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones

hospitalarias.

- 2.** Cualquier cuidado o tratamiento, estando el Asegurado en su sano juicio o no, debido a enfermedades o lesiones auto infligidas, suicidio, suicidio fallido, u ocasionado por culpa grave del Asegurado por el uso o abuso de alcohol, uso o abuso de drogas no prescritas médicamente, uso de sustancias ilegales, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente resultante de cualquiera de los estados anteriores.
- 3.** Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición y su colocación, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual.
- 4.** Cualquier examen médico o de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar.
- 5.** Tratamiento quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa.
- 6.** Cualquier enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente, o enfermedad de origen infeccioso que se haya manifestado por primera vez dentro de los primeros sesenta (60) días calendarios desde la fecha efectiva de la póliza.
- 7.** Cirugía electiva o cosmética, o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea necesario debido a una lesión, deformidad, o enfermedad ocurrida por primera vez estando el Asegurado cubierto bajo esta póliza. Esto también incluye cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal, que no haya sido causado por trauma o accidente que haya sido cubierto por esta póliza o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.
- 8.** Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes, excepto como se definen y estipulan en esta póliza.
- 9.** Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido para el tratamiento indicado, o que sea considerado experimental o no aprobado para uso general de acuerdo a las disposiciones establecidas por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA).
- 10.** Tratamiento en cualquier institución gubernamental, cuando el Asegurado es derechohabiente de la misma, o de beneficencia pública.
- 11.** Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico, a menos que sean resultantes de una condición cubierta. Las enfermedades mentales o los desórdenes de la conducta o del desarrollo, el Síndrome de Fatiga Crónica, apnea del sueño y cualquier otro desorden del sueño.

- 12.** Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.
- 13.** Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, infertilidad, inseminación artificial, disfunción o inadecuación sexual, desórdenes relacionados con el Virus del Papiloma Humano (VPH) y/o enfermedades transmitidas sexualmente.
- 14.** El tratamiento o servicio por cualquier condición médica, mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de aquellos servicios médicos, mentales o dentales, u otras condiciones específicamente excluidas por un endoso, o no cubiertas bajo esta póliza.
- 15.** Cualquier gasto, servicio, tratamiento o procedimiento quirúrgico y sus consecuencias por obesidad, control de peso o cualquier forma de suplemento alimenticio.
- 16.** Cuidado podiátrico para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo, pero no limitado a: callos, callosidades, juanetes, verrugas plantares, fascitis plantar, Hallux valgus, dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles y pies débiles, incluyendo pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.
- 17.** Tratamiento por un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.
- 18.** Todo tratamiento a una madre o un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto.
- 19.** La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.
- 20.** Cualquier condición o enfermedad congénita o hereditaria, excepto como ha sido estipulado bajo las coberturas de esta póliza.
- 21.** Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.
- 22.** Tratamiento de lesiones que se produzcan, mientras el Asegurado se encuentra en servicio de una unidad militar o de la policía o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o las sufridas en prisión. Asimismo, se excluyen tratamientos de lesiones que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado o las derivadas de riñas en las que el Asegurado haya sido el provocador.
- 23.** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o enfermedades relacionadas con el SIDA o con la prueba positiva de VIH, excepto como se estipula bajo los Gastos Cubiertos de esta póliza.

24. La admisión electiva en un hospital por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por LA ASEGURADORA.

25. Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula, o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo, pero no limitado a: anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneomandibulares, u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula, que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.

26. Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier Asegurado bajo esta póliza.

27. Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta, medicamentos que no fueron originalmente recetados mientras el Asegurado estuvo hospitalizado, y medicamentos prescritos que no son recetados como parte de la continuación del tratamiento después de una cirugía ambulatoria. Medicamentos de uso rutinario tales como medicamentos para control de la presión arterial, de los lípidos, del asma, etc.

28. Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por LA ASEGURADORA.

29. Almacenamiento de médula ósea, célula madre, sangre de cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las coberturas de esta póliza. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

30. Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas, directa o indirectamente, con radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.

31. Tratamientos para enfermedades producto de pandemias o epidemias.

32. Tratamientos, procedimientos, suministros, tecnología experimental de acuerdo a como se define en esta póliza.

33. Gastos en exceso del máximo vitalicio como se estipula en esta póliza.

DEFINICIONES

1. ACCIDENTE: Una lesión fortuita que ocurre sin la intención del Asegurado y con un impacto externo, súbito sobre el cuerpo.

2. ACCIDENTE GRAVE: Un trauma imprevisto que ocurre sin la intención del Asegurado, el cual implica una causa externa e impacto violento en el cuerpo, resultando en una severa lesión corporal demostrable que requiere atención intrahospitalaria inmediata dentro de las primeras horas después de ocurrido el trauma accidental, para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. La existencia de lesiones accidentales graves será determinada de común acuerdo entre el médico tratante y el médico consultante de LA ASEGURADORA, después de revisar las notas de evaluación inicial, y los resúmenes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización.

3. ANEXO: Un documento añadido a la póliza por LA ASEGURADORA que agrega y detalla una cobertura opcional.

4. AÑO CALENDARIO: Del 1ero de enero al 31º de diciembre del mismo año.

5. AÑO PÓLIZA: El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la póliza, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.

6. ASEGURADO: La persona para quien se ha completado una solicitud de seguro, pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por LA ASEGURADORA. El término “Asegurado” incluye al Asegurado Principal y todos los dependientes cubiertos bajo esta póliza.

7. ASEGURADO PRINCIPAL: El solicitante nombrado en la solicitud de seguro. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.

8. ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: Cuidados al Asegurado en su hogar, los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante, los cuales son necesarios para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión, y prescritos en lugar de la hospitalización. La Atención Médica en el Hogar incluye los servicios de profesionales calificados y autorizados (por ejemplo, enfermeras, terapeutas, etc.) fuera del hospital, y no incluyen los Cuidados Personales.

9. CARÁTULA: Documento que forma parte de la póliza, que especifica la fecha efectiva, las condiciones, la extensión y cualquier limitación de la cobertura, y enumera a todas las personas cubiertas.

10. CENTRO MÉDICO DE DIAGNÓSTICO: Instalación médica debidamente autorizada para realizar exámenes y servicios de diagnóstico.

11. CERTIFICADO: Documento con cual se identifica dentro de una póliza de grupo a un núcleo familiar compuesto por el titular y sus dependientes.

12. COMPLICACIONES DE LA MATERNIDAD: Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta póliza, una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea no son consideradas

una complicación de la maternidad.

13. COMPLICACIONES DEL PARTO: Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo, pero no limitado a, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

14. CONDICIÓN PREEXISTENTE: Son aquellos padecimientos por los que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando LA ASEGURADORA cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación. También se consideran preexistentes aquellos padecimientos por los que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate.

La presencia de síntomas los cuales llevarían a una persona normalmente prudente a asistir a un médico para diagnóstico, cuidado y tratamiento, también se considerarán como condiciones preexistentes si estos síntomas existían antes de la fecha efectiva de la póliza.

15. CONDICIONES O ENFERMEDADES CONGÉNITAS O HEREDITARIAS:

Cualquier condición o enfermedad existente antes del nacimiento, independientemente de la causa, y de si se manifestó o fue diagnosticada al momento del nacimiento, después del nacimiento o años después.

16. CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE: Es el cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

17. CUIDADOS PERSONALES: Cuidados de ayuda con las actividades de la vida diaria que pueden ser proporcionadas por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.)

18. DAÑO CORPORAL ACCIDENTAL: Daño infligido al cuerpo que ha sido ocasionado por una causa externa, súbita e imprevista.

19. DEDUCIBLE: La cantidad de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos. Los gastos incurridos en el país de residencia están sujetos al deducible en el país de residencia. Los gastos incurridos fuera del país de residencia

están sujetos al deducible fuera del país de residencia.

20. DIÁLISIS: Procedimiento o terapia de reemplazo de la función renal de manera artificial debido a un fallo de la función de ambos riñones como órgano. Este procedimiento permite eliminar las sustancias tóxicas que de manera natural elimina el riñón sano.

21. DONANTE: Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos o tejido para ser trasplantadas en el cuerpo de otra persona (receptor).

22. EMBARAZO CUBIERTO: Los embarazos cubiertos son aquéllos en que la fecha actual del parto es por lo menos diez (10) meses posterior a la fecha de cobertura para la madre asegurada. La madre asegurada no puede ser una hija dependiente.

23. EMERGENCIA: Condición médica que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del Asegurado, si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.

24. ENDOSO: Documento agregado a la póliza por LA ASEGURADORA y que forma parte de la misma, que aclara, explica, o modifica sus Condiciones Generales. Lo estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

25. ENFERMEDAD: Condición anormal del cuerpo humano, manifestada por signos, síntomas o hallazgos anormales en los exámenes médicos, que hacen esta condición diferente del estado normal del organismo.

26. ENFERMEDAD DE ORIGEN INFECCIOSO: Una condición anormal del organismo, cuya única causa es la presencia de un microorganismo con capacidad de producir infección en órganos o tejidos saludables.

27. ENFERMERO(A): Profesional legalmente autorizado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento.

28. EXPERIMENTAL: Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o período de hospitalización (o parte de un período de hospitalización) que:

a) No ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional.

b) Se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

29. FAMILIAR(ES) DEPENDIENTE(S):

Se considerará(n) como familiar(es) dependiente(s):

a) El cónyuge legal, o en su defecto, la persona que viviendo en calidad de cónyuge permanente del

Asegurado Principal, esté registrado como tal en LA ASEGURADORA y que conviva con el Asegurado Principal en el mismo domicilio. El cónyuge debe tener menos de sesenta y cinco (65) años de edad en el momento de entrar en la Póliza;

b) Los hijos, hijastros o hijos legalmente adoptados, siempre que sean mayores de diez (10) días de nacidos y menores de diecinueve (19) años de edad. Cualquiera de los antes mencionados deben ser solteros, vivir en la misma residencia del Asegurado Principal y depender económicamente de éste;

c) Los hijos del Asegurado Principal, solteros mayores de diecinueve (19) años de edad, que dependan económicamente de él, vivan o no con este y que se encuentren estudiando. El Asegurado Principal debe presentar certificación a LA ASEGURADORA de la calidad de estudiante de sus hijos. El amparo, en estos casos, se extiende hasta el cumplimiento de los veinticinco (25) años de edad;

d) Los padres del Asegurado Principal menores de cincuenta y cinco (55) años de edad, siempre que el Asegurado Principal sea soltero y conviva con sus padres en la misma residencia. Los mismos deberán solicitar la cobertura en la fecha efectiva del seguro del Asegurado Principal y en todo momento estarán sujetos a las normas de selección de riesgo de LA ASEGURADORA.

30. FECHA DE ANIVERSARIO: Ocurrencia anual de la fecha de efectividad de la póliza.

31. FECHA DE RENOVACIÓN: El primer día del siguiente año póliza. La renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario de la póliza.

32. FECHA DE VENCIMIENTO: La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

33. FECHA EFECTIVA: Fecha en que comienza la cobertura bajo la póliza, tal como aparece en la carátula de la póliza.

34. HONORARIOS DE ANESTESISTA: Cargos de un anestesista por la administración de anestesia durante la realización de un procedimiento quirúrgico o por servicios médicamente necesarios para controlar el dolor.

35. HONORARIOS DEL MÉDICO/CIRUJANO ASISTENTE: Cargos del médico o cirujano que ayudan al cirujano principal en la realización de un procedimiento quirúrgico.

36. HOSPICIO Y CUIDADOS TERMINALES: Terapia de soporte vital necesaria que es llevada a cabo en centros de salud especializados en el cuidado y la protección de la salud de personas con enfermedades crónicas en etapa terminal, es decir, aquellas enfermedades generalmente de curso crónico con daños anatomofisiológicos irreversibles y de curso fatal en un plazo más o menos corto.

37. HOSPITAL: Cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opera, y que: a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y el tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos; y b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar

de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.

38. HOSPITALIZACIÓN: Ingreso del Asegurado a una instalación hospitalaria por más de veintitrés (23) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

39. LESIÓN: Daño causado al organismo por una causa externa.

40. MÉDICAMENTE NECESARIO: El tratamiento, servicio o suministro médico que es determinado por LA ASEGURADORA como necesario y apropiado para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:

- (a)** Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, enfermero(a) privado(a), sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite); o
- (b)** No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Asegurado; o
- (c)** Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado; o
- (d)** Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.).

41. MEDICAMENTOS RECETADOS: Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico.

42. MÉDICO O DOCTOR: Profesional debidamente autorizado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento y mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término "Médico" o "Doctor" también incluirá a personas legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.

43. PAÍS DE RESIDENCIA: El país:

- (1)** Donde el Asegurado reside la mayor parte del año calendario o del año póliza; o
- (2)** Donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la póliza está en vigor.

44. PERÍODO DE GRACIA: El período de tiempo de treinta (30) días calendarios después de la fecha de vencimiento de la prima, durante el cual LA ASEGURADORA permitirá que la póliza sea pagada.

45. PROCEDIMIENTO DE TRASPLANTE: Procedimiento durante el cual un órgano, célula o tejido es implantado de una parte a otra, o de un individuo a otro de la misma especie, o cuando un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.), o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

46. RECEPTOR: La persona que ha recibido, o está en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido.

47. RECIÉN NACIDO: Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.

48. RED DE PROVEEDORES: Grupo de médicos y hospitales aprobados y contratados para tratar a Asegurados en nombre de LA ASEGURADORA. La lista de hospitales y médicos en la Red de Proveedores de LA ASEGURADORA, está disponible en la página web: www.wvmedicalassurance.com, y está sujeta a cambio sin previo aviso.

49. RED DE PROVEEDORES PARA PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: Grupo de hospitales y médicos contratados en nombre de LA ASEGURADORA con el propósito de proporcionar beneficios de trasplante al Asegurado. La lista de hospitales y médicos dentro de la Red de Proveedores para Procedimientos de Trasplante está disponible en LA ASEGURADORA y está sujeto a cambio sin previo aviso.

50. SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: La opinión de un médico distinto del que está atendiendo actualmente al Asegurado.

51. SERVICIOS AMBULATORIOS: Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requiere hospitalización. Los servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas.

52. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO: Servicios y pruebas de laboratorio médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografías computarizadas y tomografía por emisión de positrones.

53. SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía seria, o para tratamiento del dolor, para alcanzar y mantener normal su función física, sensorial e intelectual. Estos servicios pueden incluir: cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional y otros.

54. SERVICIOS HOSPITALARIOS: Personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones privadas o semi-privadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el Asegurado que ha sido hospitalizado.

El (la) enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o junior suite no se consideran Servicios Hospitalarios.

55. SOLICITANTE: La persona que firma la solicitud de seguro para obtener cobertura.

56. SOLICITUD: Declaración escrita en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes, usada por LA ASEGURADORA para determinar la aceptación o denegación del riesgo. La solicitud de seguro incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica hecha por LA ASEGURADORA, historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, LA ASEGURADORA antes de la emisión de la póliza.

57. TABLA DE BENEFICIOS: Cantidades máximas de los gastos médicos cubiertos, que serán pagados una vez que superen el deducible anual aplicable, detallados en la carátula y condiciones generales de la Póliza.

58. TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes naturales que han sido dañados o perdidos en un accidente cubierto.

59. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA: Atención o servicios médicamente necesarios debido a una emergencia.

60. TRANSPORTE POR AMBULANCIA AÉREA: Transporte aéreo de emergencia desde el hospital donde el Asegurado está ingresado, hasta el hospital más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.

61. TRANSPORTE POR AMBULANCIA TERRESTRE: Transporte de emergencia hacia un hospital por ambulancia terrestre.

62. USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE: Los gastos usuales, acostumbrados y razonables por servicios médicos proporcionados en un área geográfica determinada, independientemente de si se realizó pago directo o reembolso.

LEYES Y JURISDICCIÓN

Las partes convienen en someter sus diferencias a los tribunales de justicia ordinarios de la Ciudad de Panamá, República de Panamá, así como a las leyes panameñas.