

Worldwide Medical Assurance, Ltd. Corp., una sociedad organizada de conformidad con las Leyes de la República de Panamá, inscrita en el Registro Público ficha No. 516959 y Documento No. 910364, en adelante “**LA ASEGURADORA**”, indistintamente, en consideración al pago de la prima convenida y a las declaraciones contenidas en la solicitud de póliza de seguro correspondientes, y el Asegurado nombrado en las condiciones particulares de esta póliza, han convenido en celebrar el presente Contrato de Seguro de Salud, sujeto a lo estipulado en las Condiciones Particulares de esta póliza y a los términos y condiciones que a continuación se detallan:

Sección I - CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1

OBJETO DEL SEGURO

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.

CLÁUSULA 2

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.

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 3

DEFINICIONES

Ciertas palabras o frases usadas en esta Póliza se definen a continuación. Otras palabras o frases son definidas cuando son usadas.

En esta Póliza, el uso del género masculino automáticamente implica el género femenino, a no ser que el texto indique lo contrario.

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. Para los efectos de esta definición, no se considerará accidente el homicidio doloso o intencional.

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.

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

BASE AMBULATORIA: Significa que los servicios médicos se rinden como paciente externo no hospitalizado. El servicio incluye atención médica, pruebas de laboratorio y Rayos X o cualquier otro servicio médico cubierto bajo la Póliza.

COASEGURO: Significa el porcentaje en que participará el Asegurado en su riesgo, o en el de sus Familiares Dependientes Asegurados, conforme lo establecido en esta Póliza.

CONDICIÓN PRE-EXISTENTE: Son aquellos padecimientos por los que previamente a la celebración del contrato o previo a la entrada de un Familiar Dependiente a la póliza, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o 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 o tratamiento 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 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.

CUARTO SEMI-PRIVADO: Habitación en un hospital con por lo menos dos (2) camas.

DEDUCIBLE: Cantidad de gastos elegibles que está obligado a pagar el Asegurado durante cada año calendario antes de que algún gasto elegible sea pagado bajo esta Póliza. Todos los gastos, a menos que fuere establecido de otro modo, están sujetos a deducible. El deducible no es reembolsado por **LA ASEGURADORA**.

EDAD: La edad en el último cumpleaños.

EMERGENCIA MÉDICA: Agravamiento inesperado de una condición médica, manifestada por síntomas de tal severidad que el dejar de proveer la atención médica necesaria dentro de las 24 horas siguientes a su ocurrencia, pudiera resultar en: poner en serio peligro la vida del Asegurado; o poner en serio deterioro las funciones corporales; o poner en seria disfunción cualquier órgano o parte del cuerpo.

ENFERMEDAD CONGÉNITA: Enfermedad, condición o trastorno existente en o desde el nacimiento, que haya sido o no diagnosticada en ese momento o que haya sido diagnosticada tiempo después en el desarrollo del Asegurado, independientemente de la causa de la misma.

ENFERMEDAD INFECCIOSA: Enfermedad o condición anormal del organismo, cuya causa principal es la presencia de un microorganismo con capacidad de producir infección en órganos o tejidos saludables, tales como parásitos, bacterias, protozoos, hongos, virus, entre otros.

ENFERMEDAD O TRASTORNO MENTAL: Psiconeurosis, psicosis, condición o desorden de la personalidad como se define en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de trastornos Mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. Se incluye el abuso o uso ilegal de sustancias químicas, incluyendo el alcohol.

ENFERMERA: Enfermera titulada, práctica o vocacional, debidamente autorizada y que no es ni el Asegurado Principal, ni ninguno de sus Familiares Dependientes, ni ningún pariente cercano del Asegurado.

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.

FAMILIAR(ES) DEPENDIENTE(S): Se considerará(n) como Familiar(es) Dependiente(s):

- (a) El cónyuge legal, o a 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 setenta y cinco (75) años de edad en el momento de entrar en la Póliza;
- (b) Los hijos legítimos, hijastros o hijos legalmente adoptados, siempre que sean mayores de diez (10) días de nacidos y menores de diecinueve (19) años. Cualquiera de los antes mencionados debe ser soltero, vivir en la misma residencia del Asegurado Principal y depender económicamente de éste;
- (c) Los hijos solteros mayores de diecinueve (19) años que vivan con el Asegurado Principal, que dependan económicamente de él y que se encuentren estudiando. El Asegurado Principal debe presentar certificación a **LA 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**.

Los **Familiares Dependientes** inscritos en la póliza serán considerados como Asegurados.

HOSPITAL, CENTRO HOSPITALARIO O CLÍNICA: Establecimiento legalmente autorizado como centro médico o quirúrgico en el lugar donde proporciona sus servicios, el cual reúne las condiciones para atender a pacientes, el cual no se constituye en un lugar de reposo, de ancianos, convalecientes, ni tampoco se constituye en una institución o instalación para cuidados a largo plazo. Esta entidad está legalmente autorizada para prestar los servicios que le son propios.

LÍMITE MÁXIMO VITALICIO: Cantidad total pagadera con respecto a un Asegurado. Esta cantidad es por la vida de la Póliza o el Asegurado, lo que primero cese.

MÉDICO: Profesional legalmente autorizado a ejercer la medicina en el lugar donde proporciona su servicio y mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión.

PARIENTE CERCANO: Asegurado Principal, su cónyuge, hijo legal, adoptivo o hijastro, hermano o hermana y padres del Asegurado Principal o de su cónyuge.

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

RED DE PROVEEDORES: Agrupación de todos los Proveedores de Servicios Médicos que se han comprometido a prestarle servicios al Asegurado a cambio de un honorario establecido entre ellos y **LA ASEGURADORA**. La póliza de gastos médicos ofrece cobertura mundial dentro de una Red de Proveedores Cerrada, 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 con **LA ASEGURADORA**.

SOLICITUD: Formulario que deberá completarse para solicitar cobertura bajo la Póliza.

TARIFA DE CUARTO SEMI-PRIVADO: Significa el cargo diario más común por un cuarto hospitalario ocupado por dos o más personas. Si el hospital donde el Asegurado se encuentra recluido no ofrece cuartos semi-privados, se considerará como tarifa de cuarto semi-privado el 80% de la tarifa del cuarto privado de menor costo.

CLÁUSULA 4 ELEGIBILIDAD

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

1. 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 Familiar Dependiente, 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.

CLÁUSULA 5 INICIO 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:

1. En la fecha de expiración de la póliza;
2. En la fecha en que el Asegurado Principal, o alguno de sus Dependientes Elegibles dejan de calificar como elegibles, tal como se estipula en esta Póliza;
3. Por falta de pago de la prima, cuando venza el periodo de gracia y el plazo otorgado por la ley de seguros vigente; o
4. Por cancelación de la póliza, de acuerdo a la ley de seguros vigente.

Durante los primeros cuatro (04) meses de vigencia sólo se cubrirán gastos generados por 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.

LA ASEGURADORA podrá evaluar la solicitud de eliminación del período de espera, conforme a sus políticas internas.

Cualquier ingreso a la Póliza de Familiares Dependientes solicitado con posterioridad a la fecha de expedición tendrá efecto a partir de la fecha de aceptación de dicho Familiar Dependiente por LA ASEGURADORA. La aceptación será comunicada por escrito.

Si en la fecha de iniciación del seguro un Asegurado se encuentra hospitalizado, LA ASEGURADORA no tendrá ninguna responsabilidad por los gastos incurridos relacionados a la causa de la hospitalización, y el ingreso a la Póliza será determinado por LA ASEGURADORA.

CLÁUSULA 6

TABLA DE BENEFICIOS

La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios a nivel mundial cubiertos durante la vigencia de la póliza, está sujeta a los términos y condiciones en la misma. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por Asegurado, por año calendario y sólo serán pagaderos al presentarse pruebas fehacientes e irrefutables de los gastos incurridos por el Asegurado.

Beneficios y Alcances del Plan	Cobertura Máxima
Beneficio máximo renovable al año	US\$2,000,000.00
Máximo vitalicio a partir de los 80 años	US\$1,500,000.00 hasta edad 100.
Opciones de deducible Internacional	
Opción I	US\$1,000.00
Opción II	US\$2,000.00
Opción III	US\$3,000.00
Opción IV	US\$5,000.00
Opción V	US\$10,000.00
Opción VI	US\$20,000.00
Emergencias	Cobertura Máxima
En el país de residencia	100%
En el extranjero, proveedores participantes	100%
Hospitalización y Cirugías	Cobertura Máxima
Hospitalización en el país de residencia	90%
Red de Hospitales de WW Concierge en Estados Unidos	100%
Fuera de Red en Estados Unidos	No aplica cobertura
Evacuación Médica	Cobertura Máxima
Ambulancia aérea y terrestre Internacional	US\$50,000.00
Ambulancia aérea y terrestres en el territorio nacional	100% (por reembolso)
Maternidad	Cobertura Máxima
Beneficio de maternidad	US\$ 3,500.00
Complicaciones de maternidad (vitalicio)	US\$100,000.00
Cobertura del recién nacido los primeros noventa (90) días	US\$10,000.00
Servicios Ambulatorios (sólo aplica en el extranjero)	Cobertura Máxima
Consultas a médicos o especialistas en Estados Unidos	Co-pago US\$20 por consulta

Procedimientos de diagnósticos en el extranjero	100%
Medicamentos prescritos en el extranjero post-quirúrgicos o luego de una hospitalización	US\$4,000.00 al año
Medicamentos ambulatorios en el extranjero	90% hasta US\$1,500.00 al año
Otros Beneficios	Cobertura Máxima
Condiciones congénitas o hereditarias	US\$100,000.00
Procedimientos de trasplante	US\$400,000.00
Tratamiento de cáncer • Quimioterapia/Radioterapia	100%
Fisioterapia-Rehabilitación	Máximo 30 terapias por año
Prótesis e implantes durante cirugía	90%
Diálisis	US\$50,000.00 por año
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	US\$20,000.00 (Vitalicio)
Complementarios	Cobertura Máxima
Beneficio de vida	US\$10,000.00
Beneficio adicional por muerte accidental y desmembramiento	US\$10,000.00
Renta mensual por incapacidad por accidente luego de 90 días	US\$1,000.00 hasta un máximo de 24 meses
Asistencia al viajero	US\$10,000.00
Cobertura Dental por Emergencia por Enfermedad o Accidente (Aplica únicamente en Panamá)	Incluida

CLÁUSULA 7

BENEFICIOS

(1) Servicios de Hospital

Los Beneficios Cubiertos están limitados a:

Reclusión en Hospital:

- Si un Hospital en el extranjero correspondiente a la red de proveedores cerrada, no posee habitaciones semi-privadas, el máximo pagadero por concepto de cuarto y alimentos será el 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 por un máximo de tres 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 encuentra internado), quirófano, sala de recuperación, suministros médicos y quirúrgicos, exámenes diagnósticos de laboratorios y rayos-x, electrocardiogramas, electro-encefalogramas, oxígeno y su administración, soluciones intravenosas e inyecciones.

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 al mismo nivel como si el Asegurado hubiera sido internado.

(2) Servicios Médicos

- Visitas en el Hospital, limitada a una visita por día de hospitalización. No se pagarán visitas relacionadas a un procedimiento quirúrgico o a fisioterapia.
- Cirugía. Los Beneficios Cubiertos incluyen los cargos de procedimientos quirúrgicos necesarios, incluyendo, pero no limitados a, tratamiento de fracturas y dislocaciones de huesos y operaciones necesarias para el tratamiento o diagnóstico de una enfermedad que involucre incisiones o suturación de una herida, siempre y cuando el procedimiento involucrado esté cubierto bajo la Póliza y sea hecho en un Hospital, consultorio médico o en un centro de cirugía ambulatoria.

Un beneficio por separado es pagadero por cada procedimiento quirúrgico efectuado, excepto procedimientos múltiples que son efectuados durante la misma sesión quirúrgica o a través de la misma incisión, los cuales son únicamente pagaderos por el procedimiento que provea el mayor reembolso bajo la Póliza.

(3) **Condiciones Congénitas o Hereditarias.** La cobertura para condiciones congénitas o hereditarias bajo este contrato es igual al límite máximo de cien mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$100,000.00) luego de satisfacer el deducible correspondiente.

(4) **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.

Transporte por ambulancia aérea:

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 de **LA ASEGURADORA**.

La cantidad máxima pagadera por este beneficio se encuentra indicada en la Tabla de Beneficios, por año calendario.

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.

(5) **Fisioterapia/Rehabilitación.** Se cubrirá hasta un máximo de treinta (30) terapias por año calendario, siempre y cuando sea aprobado con anticipación por **LA ASEGURADORA**. Para obtener cada aprobación, se requiere presentar evidencia actualizada de la necesidad médica y el plan de tratamiento.

(6) **Cuidado de la Maternidad**

- (a) El beneficio de maternidad es de tres mil quinientos dólares de los Estados Unidos de América (US\$3,500.00).
- (b) Los tratamientos pre y post-natal, parto normal, parto por cesárea, 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.
- (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 cuatro (04) meses para esta póliza haya sido eliminado.

(7) **Complicaciones del embarazo, la maternidad y el parto.** Las complicaciones del embarazo o del recién nacido durante el parto (**exceptuando condiciones relacionadas a lo congénito o hereditario**), tales como prematuridad, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia, hipoglucemia, problemas respiratorios y traumatismo durante el parto, estarán cubiertas conforme se indica en el Cuadro de Beneficios, y de la siguiente manera:

- (a) Cobertura máximo vitalicia de hasta cien mil dólares de los Estados Unidos de América (**US\$100,000.00**) por certificado.
- (b) **Este beneficio solamente aplicará como se describe en la cobertura cuidado de la maternidad de esta póliza.**
- (c) **Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida bajo esta póliza, incluyendo, pero no limitado a 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, serán cubiertas de acuerdo con las condiciones de esta póliza.

(8) **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 diez mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$10,000.00). El cuidado para el recién nacido saludable solamente está cubierto como se describe en la cobertura “Beneficios de Maternidad” de esta póliza.
- (b) **Cobertura permanente:** Para que un hijo 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 sobre Pago de la Prima.

La cobertura del recién nacido por complicaciones del nacimiento está limitado al beneficio máximo descrito en este contrato.

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 sobre 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**.

(9) **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.)

(10) **Servicios Ambulatorios.** Esta póliza sólo incluye servicios ambulatorios en el extranjero.

Las pruebas o exámenes de laboratorio, medicamentos y las imágenes en general (rayos x, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, entre otros) estarán cubiertos de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios, en el extranjero.

(11) **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.

(12) **Medicamentos Recetados Ambulatorios.** Hasta el máximo establecido en el Cuadro de Beneficios, 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 por primera vez después de una hospitalización o cirugía ambulatoria en el extranjero, serán cubiertos hasta un máximo de cuatro mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$4,000.00) por Asegurado por año calendario, durante un periodo máximo de seis (6) meses continuos. En todos los casos, deberá incluirse con el reclamo una copia de la receta del médico que atiende al Asegurado.

(13) **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 VIH (sero-positivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes o durante este período.

El beneficio máximo para esta cobertura, por Asegurado, es de veinte mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$20,000.00) vitalicio.

(14) **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 por **LA ASEGURADORA**. Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas requeridas y coordinadas a través de **LA ASEGURADORA** conforme al monto establecido en el Cuadro de Beneficios. 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.

(15) **Traslado interhospitalario.** Todo traslado de un Asegurado que se encuentre hospitalizado a otro centro médico, hospital o centro de salud cubierto por este plan, requerirá la aprobación previa y expresa de **LA ASEGURADORA**. El Asegurado deberá presentar a **LA ASEGURADORA** declaración de un médico autorizado del centro hospitalario donde se encuentre, expresando que el traslado es médicamente necesario. El hospital, centro hospitalario o clínica donde se traslade al Asegurado deberá pertenecer a la red de proveedores de **LA ASEGURADORA**.

LA SOLICITUD DE TRASLADO ESTARÁ SUJETA A APROBACIÓN EXPRESA POR PARTE DE LA ASEGURADORA. SI EL ASEGURADO HOSPITALIZADO PROCEDE AL TRASLADO SIN CONTAR CON LA AUTORIZACIÓN PREVIA Y ESCRITA DE LA ASEGURADORA, ÉSTA SE RESERVA EL DERECHO DE DENEGAR LA COBERTURA DE HOSPITALIZACIÓN.

(16) **Beneficio de Vida.** En caso de muerte del Asegurado Principal, el beneficio es un pago único correspondiente a diez mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$10,000.00), en cumplimiento de los requisitos solicitados por **LA ASEGURADORA** para la realización de este pago.

(17) **Tratamientos especiales.** Prótesis e implantes durante cirugía, así como quimioterapia y medicamentos altamente especializados estarán cubiertos de acuerdo a los límites y sub-límites establecidos en la Tabla de Beneficios, pero deben ser aprobados y coordinados con anticipación por **LA ASEGURADORA**. Los tratamientos especiales, cuando fueren aprobados, serán cubiertos por **LA ASEGURADORA** o reembolsados al costo que hubiese incurrido **LA ASEGURADORA** si los hubiera comprado a sus proveedores.

(18) **Procedimientos de trasplante.** La cobertura para el trasplante de órganos, células y tejidos humanos se establece en el Cuadro de Beneficios. El beneficio máximo pagadero para este beneficio es de cuatrocientos mil dólares de los Estados Unidos de América (US\$400,000.00) 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 monto del beneficio incluye:

- (a) Cuidados 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 incluidos 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.

Solamente se cubrirán los siguientes trasplantes:

- Corazón
- Corazón/pulmón
- Pulmón
- Hígado
- Páncreas
- Riñón
- Médula ósea
- Córnea

El beneficio de trasplante de órganos y tejidos está sujeto a todas las estipulaciones, condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza. Ningún beneficio de trasplante será pagadero por tratamiento, procedimiento servicio, cirugía o suministro:

- (a) Suministrado como resultado de, o de alguna manera relacionado con un trasplante que no esté específicamente indicado aquí; o que no ha sido previamente aprobado por LA ASEGURADORA;
- (b) Que sea considerado experimental (como se define en esta Póliza) o electivo;
- (c) Suministrado cuando tratamientos o procedimientos alternos, igualmente efectivos para tratar la condición o enfermedad que causa el trasplante, estén disponibles;
- (d) Suministrado como resultado de un trasplante en el cual el Asegurado recibe un equipo artificial o aparatos designados para reemplazar los órganos humanos o si el órgano donado proviene de un animal; o
- (e) Suministrado como un segundo trasplante a un trasplante inicial que fue suministrado antes de la fecha efectiva de esta Póliza y el cual no tuvo éxito.

CLÁUSULA 8

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 veinticuatro (24) 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.

La comunicación con LA ASEGURADORA revisora no garantiza el pago de ningún servicio prestado. Cualquier pago por servicios prestados, estará sujeto a todos los términos y condiciones de la Póliza.

LA ASEGURADORA pudiera sugerir tratamientos alternos o el uso de facilidades no cubiertas bajo la Póliza. Cuando esto ocurra, sujeto a la aprobación de **LA ASEGURADORA**, los gastos incurridos de esa manera estarían cubiertos en las mismas bases de los cuidados y tratamientos que sustituyen.

CLÁUSULA 9

DEDUCIBLE

Los gastos incurridos están sujetos al deducible. El Deducible se aplica a los Beneficios Cubiertos incurridos por los Asegurados durante cada año en que la Póliza esté en vigor, antes que la póliza pague los beneficios que apliquen.

En pólizas con dependientes, se aplica un máximo de dos (2) deducibles por certificado, por año calendario, hasta satisfacer un máximo de dos (2) deducibles fuera del país de residencia.

Los siguientes cargos no pueden ser utilizados para satisfacer el Deducible: (a) cargos en exceso de los Gastos Razonables y Acostumbrados; (b) cargos incurridos para tratamientos, suministros, o servicios que no están cubiertos bajo esta Póliza; (c) cargos en exceso de las limitaciones de los beneficios (por ejemplo, número de días, meses, consultas o cantidades monetarias); (d) cualquier penalidad incurrida por no cumplir con los Requisitos para Ingresar a un Hospital; o (e) otros cargos indicados en un anexo a esta Póliza.

CLÁUSULA 10

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 adquiridos, considerando, los gastos usuales, razonables y acostumbrados (URA).

CLÁUSULA 11

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, con el fin de hacerla incurrir en error, puede ser causa para que las obligaciones de **LA ASEGURADORA** queden extinguidas, de conformidad con la legislación vigente.

CLÁUSULA 12

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 particulares y especiales, de conformidad con la legislación vigente.

CLÁUSULA 13

PAGO DE LA PRIMA

El Contratante del seguro se obliga a pagar la prima del seguro en la moneda señalada en la presente póliza y de conformidad con los términos y condiciones de las Condiciones Particulares. La prima 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 período 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 emisión 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 este, 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 y/o del Asegurado Titular. La prima debe ser pagada en la fecha de su vencimiento o dentro del Periodo de Gracia establecido. **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de rechazar el pago de cualquier reclamo incurrido mientras la prima se encontraba vencida y adeudada. Sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Seguros vigente.

CLÁUSULA 14

PERÍODO DE GRACIA Y SUSPENSIÓN

Corresponde al período de treinta (30) días calendarios, en los cuales se puede efectuar el pago de prima (s), que no sea la inicial. Durante este período de gracia la póliza permanecerá vigente.

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 (Período de Gracia) y el periodo de suspensión; los efectos del contrato terminarán de conformidad con la legislación vigente.

Una vez concluido el Periodo de Gracia, y el Asegurado se encuentre aún en mora de la prima o alguna de las fracciones de las primas subsiguientes, según el periodo de pago que le corresponda, se suspende inmediatamente la cobertura de esta póliza, hasta sesenta (60) días calendarios; 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, sin embargo, la rehabilitación de la póliza no tendrá efectos retroactivos.

CLÁUSULA 15

PAGO DE RECLAMACIONES

LA ASEGURADORA tiene como política efectuar pagos directos a médicos y hospitales. 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. **LA ASEGURADORA** tiene el derecho de recuperar pagos de beneficios emitidos incorrectamente y puede aplicar a pagos futuros, cualquier pago en exceso que haya sido emitido con anterioridad. El Asegurado no tomará acción alguna que perjudique el derecho de **LA ASEGURADORA** a recuperar los pagos realizados en exceso y ejecutará y proporcionará cualquier documento o información que **LA ASEGURADORA** pudiese requerir para estos fines.

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 16

PRUEBA DE RECLAMO

El Asegurado deberá someter prueba escrita del reclamo para el pago o reembolso de servicios de salud, 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.

En caso de fallecimiento del Asegurado Principal, deberán someterse los siguientes documentos a **LA ASEGURADORA**:

- Certificado de Defunción Oficial (cuando aplique).
- Un documento oficial que indique la fecha de nacimiento del Asegurado.
- Reporte médico detallado sobre el comienzo y desarrollo de la enfermedad o lesión corporal que causó la muerte o desmembramiento. En caso de no haber tratamiento médico, un certificado médico o certificado oficial deben indicar la(s) causa(s) y circunstancias de la muerte o desmembramiento.
- Reporte policial detallado, si fuere necesario.
- Cualquier otro documento que **LA ASEGURADORA** pueda requerir para considerar el reclamo.

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 17

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, los suministros adquiridos o la muerte del Asegurado Principal.

CLÁUSULA 18

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 19

SEGUROS COEXISTENTES

El Asegurado se obliga a informar a **LA ASEGURADORA**, al momento de la solicitud, suscripción o en el momento de presentar una reclamación, sobre la existencia de cualquier seguro simultáneo.

Cuando existan varios seguros, la indemnización será asumida en orden de antigüedad, siendo la aseguradora que emitió la póliza con fecha más antigua, la primera responsable y así sucesivamente; de acuerdo a lo establecido en el artículo 1012 del Código de Comercio de la República de Panamá.

CLÁUSULA 20

PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA 21

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 entidad reguladora aplicable, junto con las condiciones particulares aplicables, serán informadas a través de una nota por separado o de una forma que sea evidente, de acuerdo al artículo 243, numeral 7 de la ley de seguros vigente. 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.

LA ASEGURADORA, notificará la renovación a los contratantes o sus corredores con un mínimo de treinta días calendarios de anticipación a la fecha de inicio de vigencia correspondiente, en concordancia con el artículo 155 de la Ley de Seguros vigente.

El pago de la prima acreditado en el recibo otorgado en las formas usuales entre **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 de 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.

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

CLÁUSULA 22

CANCELACIÓN DEL CONTRATO

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**.

Cualquier fraude, declaración errónea, falsa, omisión o encubrimiento relacionado a cualquier asunto que afecte al seguro o relacionado con cualesquiera de los beneficios establecidos en este contrato, reclamos y otros relacionados, conllevará la NULIDAD de la póliza; y resultará en la desestimación de cualquier solicitud, reclamo o situación relacionada a la póliza. Cualesquiera montos que hayan sido pagados o reembolsados por **LA ASEGURADORA** en provecho de un Asegurado respecto a la cobertura de servicios, previo a que el acto fraudulento u omisión fueren descubiertos, serán inmediatamente exigibles en provecho de **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, con el fin de hacerla incurrir en error, no le proporcionen la información que ésta les solicite sobre hechos relacionados con el siniestro, en un periodo de siete (7) días calendarios, y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

La participación del Asegurado en actividades delictivas o en contradicción de la ley, o por las cuales un Asegurado sea privado de su libertad, o esté bajo fianza de la autoridad competente o sobre quien pese una medida cautelar con motivo de haber cometido un delito, serán causales de RESCISIÓN de esta póliza, a consideración de LA ASEGURADORA.

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, y de conformidad a los términos de este contrato.

La cancelación de esta póliza será notificada por escrito al contratante, a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de LA ASEGURADORA; una copia de este aviso será enviada al corredor de seguros, si lo hubiere.

Si la cancelación de la póliza se debe al incumplimiento en el pago de la prima, la notificación de la cancelación del contrato será realizada con quince (15) días hábiles previo a la fecha efectiva de cancelación.

CLÁUSULA 23 NULIDAD DE LA PÓLIZA

La falta de pago total o primer pago fraccionado a la emisión de la póliza, conlleva la nulidad absoluta del contrato, cualquiera que sea la forma de pago, sin necesidad de declaración judicial, aunque la misma hubiera sido emitida, de acuerdo al artículo 154 de la Ley de Seguros vigente.

Toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el asegurado, por el asegurador o por los representantes de uno u otro que hubieren podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato, traen consigo la nulidad del mismo; de acuerdo al artículo 1000 del Código de Comercio de la República de Panamá.

CLÁUSULA 24 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.

Con la finalidad de administrar los beneficios establecidos en la presente póliza, LA ASEGURADORA podrá solicitar y contactar directamente al Asegurado o su(s) beneficiario (s) para la obtención de cualquier información adicional que considere necesaria. LA ASEGURADORA podrá solicitar información y documentación soporte del Asegurado Principal o beneficiario(s) tales como, prueba de identidad, o cuando aplique, certificado de defunción cuando LA ASEGURADORA lo considere necesario para procesar una reclamación bajo un beneficio de esta póliza. LA ASEGURADORA se reserva el derecho de negar total o parte de una reclamación si el Contratante o Asegurado o beneficiario(s) no son cooperativos.

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 25

SOLICITUD DE DOCUMENTOS

Es responsabilidad del Asegurado y del (los) beneficiario(s) mantener copias de toda correspondencia, física o electrónica intercambiada con **LA ASEGURADORA** (en particular, copias de los documentos relativos a reclamos y recibos médicos), ya que **LA ASEGURADORA** se reserva el derecho de requerir estas copias en cualquier momento con fines de detección de fraude, luego de liquidado el reclamo. **LA ASEGURADORA** no se hace responsable de correspondencia no recibida por **LA ASEGURADORA** por cualquier razón que se encuentre fuera de su control.

CLÁUSULA 26

CONTRATO INDIVISIBLE

La Póliza, la Solicitud y todos los anexos y endosos constituyen el contrato indivisible entre las partes. Para que una modificación a la Póliza sea válida, tendrá que ser hecha por medio de un anexo o endoso firmado por un oficial autorizado de **LA ASEGURADORA**. Ningún agente o cualquier otra persona puede efectuar cambio alguno a la Póliza, ni puede renunciar alguna de sus estipulaciones.

CLÁUSULA 27

AVISOS Y NOTIFICACIONES

Todas las notificaciones requeridas por esta Póliza serán dadas por escrito. Si la notificación es para el Contratante y/o asegurado principal, se dará personalmente o será enviada a la dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la póliza que mantiene **LA ASEGURADORA**. Cualquier cambio de dirección del contratante y/o asegurado principal, deberá ser notificado a **LA ASEGURADORA**, de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de la póliza.

Si los avisos y notificaciones van dirigidos a **LA ASEGURADORA**, deben ser enviados a su oficina principal.

CLÁUSULA 28

SUSPENSIÓN Y REHABILITACIÓN

Una vez concluido el Periodo de Gracia, y el Asegurado se encuentre aún en mora de la prima o alguna de las fracciones de las primas subsiguientes, según el periodo de pago que le corresponda, se suspende inmediatamente la cobertura de esta póliza, hasta sesenta (60) días calendarios; 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, sin embargo, la rehabilitación de la póliza no tendrá efectos retroactivos.

Rehabilitación por cancelación: Cancelada la póliza, el Asegurado Principal puede someter un formulario de rehabilitación, solicitando que la Póliza sea rehabilitada. Este formulario debe ser presentado en un periodo de sesenta (60) días calendarios posteriores a la cancelación de la póliza, el formulario de rehabilitación puede ser aceptado o negado por **LA ASEGURADORA**. Si el formulario es aprobado, los beneficios serán rehabilitados en la fecha de vencimiento de las primas, siempre y cuando dichas primas fuesen pagadas. Los Beneficios rehabilitados solamente cubrirán Accidentes sufridos después de la fecha de rehabilitación y Enfermedades que se iniciaron diez (10) días después de dicha fecha. En todos los otros aspectos, el Asegurado tendrá todos los derechos concedidos bajo la Póliza antes de la fecha de vencimiento de las primas. La rehabilitación podrá estar sujeta a evaluación médica del Asegurado, conforme lo determine **LA ASEGURADORA**.

CLÁUSULA 29

DECLARACIÓN INEXACTA DE LA EDAD

Si se determina que existe una declaración inexacta de la edad de los Asegurados, se tomará en consideración lo siguiente:

1. Si la inexactitud tiene efecto en las primas, un ajuste de primas será hecho; y
2. La edad correcta determinará si los Asegurados tiene derecho a estar cubiertos bajo la Póliza.

CLÁUSULA 30

ACCIONES U OMISIONES DE TERCERAS PERSONAS

LA ASEGURADORA no asume responsabilidad por las acciones u omisiones de ningún Hospital, Médico, o cualquier otra tercera persona.

CLÁUSULA 31

LEYES Y JURISDICCIÓN

Las partes convienen en someter sus diferencias, controversias y conflictos a la autoridad competente, según el artículo 244 de la Ley de Seguros vigente, y los Tribunales de Justicia Ordinarios de la Ciudad de Panamá, República de Panamá, así como a las leyes panameñas.

El conocimiento y atención de cualquier queja o controversia que surja entre el Asegurado y **LA ASEGURADORA**, corresponderá al Ejecutivo de Controversias de **LA ASEGURADORA**, quien informará por escrito, en un periodo de treinta (30) días calendarios, al Asegurado la respuesta de **LA ASEGURADORA**.

Si el Asegurado no recibe una respuesta en el periodo anteriormente establecido, o está inconforme con la misma, puede presentar la acción administrativa correspondiente ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, en un plazo de noventa (90) días hábiles.

CLÁUSULA 32

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

a. 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.

b. Esta póliza no proporciona cobertura o beneficios por ningún tratamiento, procedimiento, servicio o suministro en los siguientes casos:

1. 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.

2. 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.

3. 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 demostrarla capacidad del Asegurado para trabajar o viajar.
4. Tratamiento quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa.
5. 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 cuatro (4) meses desde la fecha efectiva de la póliza.
6. 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.
7. Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes, excepto como se definen y estipulan en esta póliza.
8. Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científicamente 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).
9. Tratamiento en cualquier institución gubernamental, cuando el Asegurado es derechohabiente de la misma, o de beneficencia pública.
10. Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico, 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.
11. 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.
12. 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) o enfermedades transmitidas sexualmente.
13. 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.
14. Cualquier gasto, servicio, tratamiento o procedimiento quirúrgico y sus consecuencias por obesidad, control de peso o cualquier forma de suplemento alimenticio.
15. Cuidado pediátrico 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.
16. Consulta, 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.

17. Todo tratamiento a una madre o un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto.
18. La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.
19. Cualquier condición o enfermedad congénita o hereditaria, excepto como ha sido estipulado bajo las coberturas de esta póliza.
20. Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.
21. 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.
22. 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.
23. 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 temporo mandibular, desórdenes cráneo mandibulares, 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.
24. Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier Asegurado bajo esta póliza.
25. 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.
26. Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por LA ASEGURADORA.
27. 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.
28. 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.
29. Tratamientos para enfermedades producto de pandemias o epidemias.
30. Tratamientos, procedimientos, suministros, tecnología experimental de acuerdo a como se define en esta póliza.
31. Gastos en exceso del máximo vitalicio como se estipula en esta póliza.

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 N° DRLA-055 de 30 de agosto de 2017.