

COMPAÑÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A.

MEDIRED

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA I.- CONTRATO:

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

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

Si el contenido de este contrato no concordare con la oferta, el Contratante y/o Asegurado Principal podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 10 días siguientes a la emisión de la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las condiciones de este seguro.

La Compañía podrá modificar esta Póliza o cualquiera de sus anexos unilateralmente en cualquier fecha previa autorización por parte de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, así como notificación por escrito con 30 días de anticipación al Contratante y/o Asegurado Principal. De no aceptar el Asegurado las modificaciones hechas, se aplicarán las disposiciones de la Póliza relativas a la cancelación del contrato.

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

CLÁUSULA II.- DEFINICIONES Y GENERALIDADES:

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

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

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

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

En caso de que el Asegurado Principal y/o Familiar Dependiente Asegurado mantenga dos o más pólizas o planes, ya sea de forma colectiva o individual, la Compañía pagará hasta el máximo de la Póliza cuyo Límite Máximo sea el mayor de todas.

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

Pólizas Individuales:

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

Pólizas Colectivas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 12.- **DERECHO DE CONVERSIÓN:** Bajo esta póliza, el Asegurado Principal y sus dependientes inscritos, que pertenezcan a la colectividad que conforma el Contratante por un período mínimo de cinco (5) años, podrá optar por convertir su cobertura a póliza individual, sin presentar evidencia de asegurabilidad, siempre que a la Compañía se le solicite dicha Póliza y se le pague la prima inicial dentro de los primeros treinta y un (31) días calendario siguientes a la terminación de la cobertura bajo la Póliza Colectiva. La Póliza de seguro de salud individual puede ser cualquiera de las pólizas regulares que se encuentren dentro de la oferta de seguros disponibles y sean comercializados por la Compañía, de una cobertura similar y por un límite máximo al existente bajo la Póliza Colectiva al momento de la conversión. La prima a pagar será basada en la tarifa de la Compañía aplicable a la clase de riesgo a la cual pertenezca el Asegurado y a la edad que tenga en la fecha efectiva de la póliza de seguro de salud individual.

En adición a lo detallado, para los efectos del Derecho de Conversión se entenderá por terminación de cobertura cuando se cumplan con las siguientes condiciones:

1. El Asegurado Principal haya dejado de formar parte del grupo colectivo por terminación de empleo o relación laboral con el Contratante.
2. La Póliza haya sido cancelada por el Contratante, siempre y cuando el grupo colectivo no fuera traspasado a otra Compañía de Seguros con Continuidad de Cobertura.
3. El Asegurado Principal y/ Familiares Dependientes lleguen a la edad de terminación de cobertura, que establece la Póliza Colectiva.
4. En el caso de muerte del Asegurado Principal o si el matrimonio termina por divorcio o anulación, para el caso de sus dependientes asegurados.

La conversión de cobertura comienza inmediatamente que el Seguro bajo la Póliza Colectiva termine. Bajo la póliza individual, la Compañía no es responsable de los gastos incurridos por el Asegurado y/o Dependientes durante el tiempo en que el hayan estado asegurado bajo la póliza Colectiva, ya que los mismos serán pagados bajo las condiciones establecidas en dicha Póliza Colectiva.

Las coberturas por condiciones médicas (exclusiones y/o limitaciones) de los Asegurados que se encuentran excluidas bajo la Póliza Colectiva y/o bajo el Certificado Individual del Asegurado Principal o de alguno de los dependientes asegurados se mantendrán excluidas en la nueva Póliza Individual.

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

Limitaciones y Exclusiones:

El Derecho de Conversión no será aplicable cuando:

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

13.- ELEGIBILIDAD: Serán elegibles todas aquellas personas que tengan la calidad de Aseguro Principal y/o Familiar Dependiente. En el caso de pólizas colectivas los Asegurados deberán pertenecer a la colectividad que conforma el Contratante en el momento de la expedición de este seguro o que ingresen a la misma con posterioridad. En estos casos, los empleados elegibles para el seguro serán los empleados permanentes del Contratante que laboren en jornada completa con un mínimo de 40 horas semanales, a menos que se disponga algo diferente en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

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

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

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

- b) Se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.
- c) Cumpla con los estándares de las guías de prácticas clínicas aceptadas en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde se lleve a cabo el servicio. Los medicamentos deben contar con la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para tratar la condición diagnosticada y la aprobación de cualquiera otra agencia o Ministerio federal o estatal requerida en los Estados Unidos de América y en la República de Panamá, independientemente del lugar donde se lleve a cabo el tratamiento médico o donde se emitan las facturas.

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

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

Pólizas Individuales:

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

Pólizas Colectivas:

El cónyuge debe ser mayor de 18 años de edad y menor de 60 años de edad (edad alcanzada o actuarial en seis meses al momento de efectividad del seguro). La cobertura para el cónyuge será hasta los 70 años, a menos que se disponga algo diferente en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

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

La cobertura de los hijos solteros, mayores de 18 años, que dependan económicamente del Asegurado Principal, se encuentren estudiando y vivan en la misma residencia del Asegurado Principal, estará vigente hasta el día en que cumplan 23 años de edad. El Asegurado Principal deberá presentar la certificación de estudiante de sus hijos.

Movimientos de Asegurados:

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

Cualquier cambio dentro de esta póliza que implique mayores beneficios para los Asegurados Principales y/o Familiares Dependientes Asegurados sólo tendrá efecto para aquellos asegurados que cumplan las edades de elegibilidad establecidas en la Cláusula II, Punto No. 4 – Asegurados y a partir de la fecha de aceptación que la compañía notifique por escrito, sin embargo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime convenientes antes de otorgar su aceptación.

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

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

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

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

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

1. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del Asegurado;
2. No excede en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado;
3. Ha sido prescrito por un Médico;
4. Es consistente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en Panamá; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento;
5. No pueda ser administrado fuera de un hospital o centro de transplante sin poner en riesgo a el paciente; y
6. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia del Asegurado, de su familia, de su médico u otro proveedor.

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

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

22.- NIÑO PREMATURO: Significa el nacimiento de un niño antes de las 37 semanas de gestación.

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

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

En los casos de planes con Cobertura Internacional, especificados en la Tabla de Beneficios, quedan excluidos de este requisito, los hijos dependientes que estudien en el extranjero previa aceptación de la

Compañía, y casos de Asegurados Principales y Cónyuges, que por motivo de estudio deban salir de Panamá por periodos mayores a dos (2) meses consecutivos, para lo cual estos casos deben ser notificados y aprobados mediante endoso por la Compañía, de lo contrario la Compañía no realizará reembolso alguno.

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

- 24.- PARTICIPACIÓN MÁXIMA DEL ASEGURADO ("Stop Loss"): Es el monto máximo en que un Asegurado debe participar por año póliza, sobre la porción de coaseguro que le corresponde bajo los beneficios que apliquen, según lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables de esta póliza. En exceso del monto indicado, la Compañía asumirá el 100% de los gastos incurridos y cubiertos durante el resto de ese año póliza para los beneficios donde aplique coaseguro.

Bajo este beneficio, no se incluye la porción de penalización o reducción de beneficios por tratamientos, procedimientos y/o hospitalizaciones no pre-autorizados y/o no aprobados por la Compañía, así como por la utilización de proveedores médicos no pertenecientes a la Red de Proveedores de la Compañía y cualquier otra detallada.

- 25.- PERÍODO DE GRACIA: Lapso de 30 días calendarios durante el cual la Compañía difiere en el tiempo el cumplimiento del pago de la prima correspondiente, contado a partir de la fecha de vencimiento del pago de la misma, conforme a la forma pactada y calendario de pago establecido en las condiciones particulares de la póliza y durante el cual surten efecto las garantías de la póliza en caso de siniestro.

- 26.- RED DE PROVEEDORES: Red de médicos, hospitales, clínicas, laboratorios, centros de diagnósticos y demás proveedores de servicios de salud que se encuentren inscritos en la lista vigente de proveedores designados por la Compañía para el Plan de Salud.

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

El Asegurado es responsable ante el proveedor de los montos en concepto de co-pagos, coaseguros y demás condiciones establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

- 27.- RESPONSABLE DE PAGO: Es la persona, natural o jurídica, que se obliga a responder por el pago de las primas de la póliza, en virtud del contrato suscrito y según la frecuencia y forma de pago pactado.

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

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

30.-URGENCIA MEDICA: Se considera como Urgencia Médica la aparición repentina de una alteración en la salud del Asegurado, la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad que ponen en peligro la vida del enfermo o lesionado, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que se requiere de atención médica de inmediato.

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

CLÁUSULA III- INICIACIÓN DEL SEGURO:

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

CLÁUSULA IV.- BENEFICIOS CUBIERTOS:

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

Para tener derecho a los beneficios bajo la Póliza, el Asegurado Principal y/o Familiares Dependientes Asegurados deberán residir en Panamá, según lo establecido en los numerales 23 de la Cláusula II. País de Residencia y el numeral 5 de la Cláusula XIV. Terminación de la Cobertura. Solamente serán excluidos de esta limitación de país de residencia, los hijos dependientes del Asegurado Principal inscritos en la Póliza, que estén cursando estudios en el extranjero, así como el Asegurado Principal y demás familiares elegibles por tiempo definido, siempre y cuando sean autorizados por escrito por la Compañía.

La Compañía reconocerá para todos los beneficios los costos pactados con los proveedores de red siempre y cuando sean médicamente necesarios para la enfermedad o accidente cubierto por la Póliza y que tenga relación directa con el diagnóstico dictado por el médico tratante.

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

La Compañía pagará directamente al médico, hospital, proveedor de la salud y/o reembolsará al Contratante y/o Asegurado Principal los siguientes servicios, con base a lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forma parte de este contrato.

1.- RECLUSIÓN EN EL HOSPITAL:

- a.- Cuarto y Alimentación Diaria: Los cargos de cuarto y alimentación hechos por el hospital en concepto de habitación privada o semi-privada en Panamá y Centroamérica, según lo detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, y habitación semi-privada en los otros países. Si un hospital del extranjero (excepto Centroamérica) no posee habitaciones semi-privadas, el máximo pagadero por concepto de habitación y comida será el 75% de la tarifa más baja que tenga el hospital por una habitación privada.

Queda entendido que este beneficio no será pagadero en los días en que el Asegurado se encuentre recluido en la Unidad de Cuidado Intensivo.

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

- b.- Cuidado Intensivo Diario: Los cargos hechos por reclusión de un Asegurado en la Unidad de Cuidado Intensivo o Unidad Coronaria.
- c.- Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos): Los cargos facturados por el hospital, tales como pero no limitados a: sala de operaciones, sala de recobro, material de cirugía, anestésicos, exámenes de laboratorio, radiografías, medicinas, drogas, transfusiones, terapias físicas y radiológicas, oxígeno y todos los demás servicios que normalmente presta un establecimiento asistencial, de acuerdo con la dolencia que se trate limitados a las cantidades médicamente requeridas durante la reclusión del Asegurado en el hospital. Este beneficio se pagara también en los casos de Cirugía Ambulatoria.
- d.- Cirugía: Los honorarios profesionales de un médico calificado por procedimiento quirúrgico, incluyendo las visitas de control post-operatorios con base a lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

Si dos o más operaciones se ejecutan al mismo tiempo, y por la misma incisión, el reembolso total para todas estas intervenciones quirúrgicas estará limitado al máximo fijado para aquella operación cuyo costo sea el más alto. Cuando sea necesario efectuar dos o más operaciones quirúrgicas en la misma sesión operatoria y/o acto quirúrgico, pero en diferentes campos operatorios se aplicarán los honorarios correspondientes a cada procedimiento.

En caso de necesidad médica y previa autorización por parte de la Compañía, se podrán reconocer los honorarios médicos de un asistente cirujano durante un proceso operatorio, siempre y cuando este beneficio este detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, sujeto al pago del 20% del honorario pactado con el Médico Cirujano de la red.

Bajo este beneficio no se cubrirán cargos efectuados por dos o más médicos de la misma especialidad, ambos en calidad de cirujano principal o de asistente quirúrgico.

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

El pago por anestesia solamente se hará cuando el mismo sea administrado personalmente por un médico anestesiólogo que permanezca en presencia constante durante el procedimiento y el mismo estará sujeto al pago del 40% del honorario pactado con el Médico Cirujano de la red.

En caso de necesidad médica y previa autorización por parte de la Compañía, se podrán reconocer los Honorarios Médicos de un Asistente Anestesiólogo durante el proceso operatorio, siempre y cuando este beneficio este detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, sujeto al pago del 20% del honorario del Anestesiólogo Principal de la red.

Bajo este beneficio no se cubrirán cargos efectuados por dos o más anestesiólogos, ambos en calidad de anestesiólogo principal o asistente anestesiólogo.

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

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

2.- SERVICIOS AMBULATORIOS:

Los cargos por atenciones médicas en un consultorio y facturaciones por: medicamentos, drogas, terapias físicas y de rehabilitación, acupuntura, quiropráctica, inhaloterapias o nebulizaciones, laboratorios, radiología, exámenes especiales o pruebas diagnósticas especializadas, hemodiálisis, quimioterapias y radioterapias que no requieran hospitalización, siempre y cuando hayan sido tratados, recetados o prescritos por un médico calificado, sean cubiertos por la póliza y se encuentren detallados en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

Los cargos por exámenes especiales o pruebas diagnósticas especializadas tales como, pero no limitadas a: Resonancia Magnética ("MRI"), Pruebas nucleares (materiales especiales incluidos), Tomografías Computarizadas ("CT SCAN"), Electromiogramas, Conducción Nerviosa ("EMG", "NCV"), Laboratorio Cardiovascular no invasivo ejemplo ("Holter, Stress Test"), Ecocardiograma, Endoscopias, Colonoscopias y cualquier otro que la Compañía considere como tal, deben realizarse previa autorización por parte de la Compañía. **El incumplimiento de este requisito causará al Asegurado que sus beneficios pagaderos o cubiertos se reduzcan al 50% sobre los costos pactados con nuestros proveedores.**

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

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

Solamente serán cubiertos cuando el Asegurado es capaz de alcanzar funcionalidad o actividad ambulatoria por medio del uso de la prótesis y si el Asegurado no sufre de una condición cardiovascular, neuromuscular o del aparato locomotor que sea significativa y

pueda llegar a afectar o ser afectada negativamente por el uso del dispositivo artificial (por ejemplo, una condición que impida al paciente caminar normalmente).

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

Bajo este beneficio quedan expresamente excluidos todos los gastos relacionados directa o indirectamente con Maternidad.

3.- CUARTO DE URGENCIA:

a. Por Accidente:

Los cargos por atención médica ambulatoria incurridos exclusivamente en el Cuarto de Urgencias, debido a una lesión corporal sufrida por un Asegurado en un accidente, que se incurran dentro de las 24 horas subsiguientes al mismo en un Centro Hospitalario.

Incluye el cuidado dental de emergencia para restaurar dientes naturales en buen estado, perdidos y dañados por un accidente cubierto bajo esta Póliza, así como los tratamientos dentales y/o de ortodoncia fuera del Cuarto de Urgencia que resultasen necesarios a consecuencia de dicho accidente, los cuales serán cubiertos bajo los beneficios de Reclusión en el Hospital, Cirugía Ambulatoria y/o Servicios Ambulatorios, según lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, hasta 90 días después de ocurrido el Accidente. El plan de tratamiento, exámenes realizados al Asegurado y el costo estimado deberán ser entregados a la Compañía y solicitar su pre-autorización antes de comenzar los tratamientos dentales. **El incumplimiento de los requisitos anteriores causará la pérdida de todo beneficio. No aplica cuando dicha lesión ocurra cuando el Asegurado se encuentre realizando actividades tales como, pero no limitadas a, comer e ingerir bebidas.**

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

b. Por Enfermedad:

Los cargos por atención médica ambulatoria incurridos exclusivamente en el Cuarto de Urgencias, debido a una enfermedad cubierta y sufrida por un Asegurado, que se incurran dentro de las 24 horas subsiguientes a la aparición de los síntomas en un Centro Hospitalario.

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

En el caso de atención médica ambulatoria de un Asegurado incurridos en el Cuarto de Urgencia y no considerada Crítica dentro de la descripción arriba señalada, la Compañía procederá con el pago según lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables bajo Enfermedad No Crítica Detallada o Servicios Ambulatorios.

4.- CIRUGÍA AMBULATORIA:

Significa los servicios hospitalarios (cargos misceláneos) y Honorarios Médicos ocasionados por un Asegurado que no requiera hospitalización y que se lleven a cabo en un hospital, clínica, centro de cirugía ambulatoria o consultorio de médico, según lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

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

Cirugía y Honorarios Médicos, que no requieran hospitalización, y que por la condición y seguridad del Asegurado, dicha cirugía debe ser realizada en el área del Salón de Operaciones de un Hospital, Clínica o en el Centro de Cirugía Ambulatoria.

b. Realizada en el Consultorio Médico:

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

5.- MATERNIDAD:

Los gastos ocasionados por el embarazo de una Asegurada se reembolsarán según lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximo Reembolsables. El período de espera (contado a partir de la fecha de inclusión de la Asegurada en la Póliza), será el establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

Durante el periodo de espera, los gastos incurridos por la Asegurada Principal o Cónyuge en concepto de embarazo no estarán cubiertos bajo esta Póliza.

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

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

La Compañía cubrirá automáticamente y sin pasar por requisito de asegurabilidad a los niños recién nacidos cubiertos por ésta Póliza según lo detallado en este numeral, para lo cual es requerido que el Asegurado Principal notifique por escrito a la Compañía la inclusión del recién nacido dentro de los diez (10) primeros días del nacimiento y deberá pagar la totalidad de la prima mensual correspondiente a dicha inclusión y en función de la frecuencia de pago establecida en la póliza. Queda entendido que él o los hijos inscritos quedan asegurados bajo las mismas condiciones y beneficios de esta Póliza.

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

a. Recién Nacidos Prematuros:

Queda entendido que se cubren los gastos relacionados con el cuidado crítico neonatal del recién nacido bajo esta póliza, siempre y cuando la madre haya sido cubierta bajo el Beneficio de Maternidad, según lo detallado en esta cláusula y la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables. Se entiende que el límite máximo por evento o parto establecido en la Tabla de

Beneficios Máximo Reembolsables, aplica para todos los gastos cubiertos e incurridos por todos los recién nacidos en el mismo evento o parto y mientras se encuentren hospitalizados o como paciente ambulatorio a consecuencia de su condición de prematuridad.

6.- ENFERMEDADES CONGÉNITAS, HEREDITARIAS O ADQUIRIDAS DEL RECIEN NACIDO:

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

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

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

7.- SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA):

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

8.- TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS (PSIQUIATRICOS):

Los cargos de hospitalizaciones, honorarios médicos, suministros y servicios ambulatorios para tratamientos de psiquiatría por trastornos nerviosos o mentales, se cubrirán siempre y cuando este beneficio esté detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables y hasta el límite establecido en la misma, la cual forman parte integral de esta póliza.

9.- COBERTURA DENTAL:

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

Bajo esta cobertura, se estipula que los gastos elegibles, se tomaran en cuenta en base los costos pactados con los proveedores de red en la República de Panamá.

10.- TRANSPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS:

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

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

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

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

El periodo de espera para la cobertura de este beneficio, será de doce (12) meses a partir de la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, siempre y cuando no exista una condición pre-existente y/o exclusión temporal o permanente del Asegurado.

Para gozar de este beneficio el Aseguro Principal o Familiar Asegurado deberá obtener aprobación expresa de la Compañía por adelantado, tanto para el procedimiento como para la facilidad médica donde el trasplante será realizado, el incumplimiento de este requisito causará al Asegurado que los beneficios pagaderos o cubiertos se reduzcan al 50% sobre los costos pactados con los proveedores de la red.

11.- SERVICIOS PRIVADOS DE ENFERMERÍA:

Suministrados por enfermeras(os) graduados debidamente licenciados o registrados, siempre que no sean parientes cercanos del Asegurado. Los servicios de enfermería que se requieran para un Asegurado hospitalizado o de carácter ambulatorio deberán ser solicitados a la Compañía por el médico tratante, expresando las razones y necesidad del mismo. Previa autorización por parte de la Compañía, los servicios serán pagados siempre y cuando este beneficio esté detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables y hasta el límite establecido en la misma, la cual forman parte integral de ésta Póliza.

Cualquier servicio especial de enfermería que se utilice sin el consentimiento y aprobación de la Compañía, no será reconocido bajo esta Póliza.

12.- AMBULANCIA TERRESTRE Y AÉREA:

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

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

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

Por Ambulancia aérea se entiende que:

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

13.- PASAJE AÉREO:

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

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

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

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

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

14.- HOSPEDAJE DE UN ACOMPAÑANTE:

Cuando un Asegurado al encontrarse viajando fuera del país resultare hospitalizado por una enfermedad o accidente, la Compañía pagará los gastos de hospedaje de un acompañante, siempre y cuando la necesidad médica requiera la presencia de un familiar y sea aprobado por la Compañía, solo por los días de hospitalización del Asegurado.

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

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

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

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

15.- MEDICINA PREVENTIVA:

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

16.- GASTOS DE REPATRIACIÓN:

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

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

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

17.- EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS:

En caso de fallecimiento del Contratante y/o Aseguro Principal, ya sea por accidente o enfermedad cubierta por la Póliza, la Compañía otorgará la continuidad de cobertura a los dependientes inscritos en la Póliza a una nueva póliza con iguales condiciones a esta Póliza. Adicionalmente, la Compañía exonerará a dichos dependientes del pago de la prima de la nueva Póliza por el período de tiempo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, a partir de la fecha de fallecimiento del Contratante y/o Asegurado Principal.

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

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

18.- INGRESO O RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN:

La Compañía pagará los beneficios bajo esta cobertura, al recibirse la adecuada y fehaciente prueba de hospitalización del Asegurado durante el periodo de cobertura del mismo en esta Póliza a consecuencia de una enfermedad, accidente o emergencia médica **cubierta bajo esta Póliza y siempre y cuando**

que el motivo de la hospitalización no se encuentre dentro de las exclusiones y/o limitaciones establecidas en la Póliza y/o del Asegurado, así como por hospitalizaciones relacionadas con la maternidad o embarazo (alumbramiento o complicaciones).

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

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

19.- URGENCIAS MÉDICAS FUERA DE PANAMÁ:

Queda entendido que la Compañía, reembolsará los gastos incurridos por el Asegurado fuera del Territorio Nacional, siempre y cuando los mismos correspondan a una Urgencia Médica, ya sea por enfermedad o lesiones corporales por accidente, siempre y cuando este beneficio este detallado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables y según el porcentaje establecido en la misma la cual forman parte integral de ésta Póliza.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica del Asegurado, cesará la emergencia y por tanto los efectos de este beneficio.

Cabe señalar que esta cobertura no aplica para cirugías o tratamientos electivos, programados, del conocimiento del Asegurado antes de su viaje o por los cuales el Asegurado pueda ser tratado al regresar al Territorio Nacional.

20.- COBERTURA FUERA DE PANAMÁ:

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

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

21.- BENEFICIOS ADICIONALES:

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

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

Queda entendido que cualquier gasto incurrido por el Asegurado con proveedores médicos fuera de la Red de Proveedores de la Compañía, local o internacional en los casos que aplique, por motivo de enfermedad o de lesión corporal accidental, mientras se encuentre asegurado bajo esta Póliza y los términos y condiciones de la misma, serán reembolsados al Asegurado, en base a lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos

Reembolsables que forma parte de este contrato. Para la indemnización de la reclamación, la misma deberá ser presentada a la Compañía dentro de los 45 días siguientes de haber sido el Asegurado atendido por la condición médica.

CLÁUSULA VI.- EXCLUSIONES:

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

- 1. Cirugía estética para fines de embellecimiento y cualquier cirugía plástica u ortopédica, a menos que sean consecuencia directa de una enfermedad o accidente sufridos durante la vigencia de su póliza y cubiertos por la misma.**
- 2. Tratamientos médicos o quirúrgicos por enfermedad o lesiones pre-existentes y manifiestas antes de la vigencia de la póliza y/o fecha de inicio del seguro de un Asegurado. Sin embargo, esta exclusión cesará de aplicar después de 365 días (12 meses) de cobertura continua del Asegurado a partir de la fecha de su inclusión en la Póliza, para aquellas lesiones o enfermedades que hubiesen sido declaradas por el Asegurado en la solicitud individual; excepto para aquellas que la Compañía hubiese excluido de por vida o limitado a un periodo mayor a los 365 días (12 meses).**
- 3. Anomalías congénitas, hereditarias o defectos adquiridos, excepto la de los recién nacidos cubiertos por la Póliza y sólo hasta el límite y condiciones estipuladas en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forma parte de esta Póliza.**
- 4. Tratamientos médicos o quirúrgicos de enajenación mental, psicológica o estados de depresión psíquicos o nerviosos, histerias, locura, etc., cualquiera que sea su origen en exceso de lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables de esta póliza bajo el Beneficio de Trastornos Mentales y Nerviosos en los planes que aplique.**
- 5. Afición a las drogas o alcoholismo. Por encontrarse en estado de embriaguez o aliento alcohólico. Consumo de drogas o estupefacientes. Cualquier gasto por tratamientos, terapias, etc. encaminados a la rehabilitación de estas condiciones.**
- 6. Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje, el lenguaje, déficit atencional, apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica.**
- 7. Atención médica o tratamientos que tengan como objeto principal el chequeo médico general o control de salud (chequeo rutinario), con excepción de los estipulados en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forma parte de este contrato bajo el Beneficio de Medicina Preventiva.**
- 8. Lesiones o enfermedades sufridas en guerra o acción de guerra declarada o no, rebelión, revolución, huelgas, asonadas, motín o conmoción civil, terrorismo o mientras el asegurado se encuentre en servicio activo o entrenamientos en las Fuerzas Públicas, Policía Nacional, Fuerza Naval, Aérea o Terrestre. Lesiones ocasionadas directa o indirectamente por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias.**
- 9. Tratamientos dentales y odontológicos, ya sean quirúrgicos o no, a los dientes o tejidos adyacentes incluyendo abscesos, con excepción de los necesarios a dientes naturales por causa de un accidente cubierto por esta Póliza y aquellos establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables cubiertos por la Póliza, bajo el Beneficio de Cobertura Dental y hasta el límite estipulado en dicha Tabla.**

10. Suicidio o tentativa de suicidio. Lesiones causadas voluntariamente por sí mismo o por un miembro de la familia. Riñas o actos delictuosos en que el Asegurado participe por culpa grave o dolo de él mismo o de un miembro de su familia.
11. Refracciones visuales o Cirugía Refractiva con Excimer Laser, suministro o ajuste de anteojos, lentes de contacto o aparatos auditivos, con excepción de los establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables cubiertos por la Póliza.
12. Suministro de los frenillos, bragueros, prótesis, equipos ortopédicos, aparatos mecánicos o electrónicos. En cuanto a las prótesis y aparatos mecánicos o electrónicos, la Compañía podrá determinar y aprobar cuales pueden ser cubiertos de acuerdo a la necesidad médica en aquellos casos que requieran ser colocados quirúrgicamente (Endoprótesis). No serán cubiertas aquellas prótesis o aparatos mecánicos o electrónicos que son colocados de manera externa (Exóprotesis u Ortésis), con excepción de los establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables cubiertos por la Póliza.
13. Abortos voluntarios o provocados criminalmente. Partos programados en casa u otro lugar que no sea un centro hospitalario y/o hospital.
14. Cuidados de enfermeras especiales no aprobados por la compañía y en exceso de lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables cubiertos en esta póliza bajo el Beneficio de Servicios de Enfermera Privada.
15. Tratamientos de acupuntura, del dolor o de fisiología, en exceso a lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables cubiertos en esta póliza bajo los Beneficios de Quiropráctico y Acupuntura.
16. Tratamientos o intervención quirúrgica por infertilidad, intento de embarazo por medio de terapias de hormonas y/o cualquier otra, inseminación artificial o implantación de embriones in Vitro y transferencia de embrión y/o cualquier tipo de concepción que no haya sido natural. Esterilización y procedimientos o tratamientos anticonceptivos o métodos de planificación familiar incluyendo los dispositivos intrauterinos.
17. Disfunción eréctil, cambio de sexo y frigidez. Clonación. Enfermedades de Transmisión sexual.
18. Tratamientos y hospitalizaciones a consecuencia, relacionadas, provocadas o desencadenadas por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), en exceso de lo estipulado en la Tabla de Beneficios que forma parte de este contrato.
19. Tratamientos o procedimientos por obesidad, control o pérdida de peso, regimenes de ejercicio y dietas, enfermedad o trastorno del comer y sus consecuencias o complicaciones, en exceso de lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forman parte de este contrato.
20. Ginecomastía o Mastoplastía.
21. Tratamientos o procedimientos experimentales o para investigación.
22. Cuidado quiropráctico y/o podiátrico incluyendo el cuidado, tratamiento y/o cirugía de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles, juanetes, hallux valgus o cualquier otra dolencia de los pies, así como los soportes de zapatos, plantillas, aparatos o dispositivos de cualquier tipo.
23. Gastos por el tratamiento de problemas en la mandíbula incluyendo el síndrome temporomandibular, craneomandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura.

24. **Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.**
25. **Suministros médicos, atención médica y cualquier tratamiento médico que no se consideren médicamente necesarios, o que no hayan sido recomendados por un médico; o que excedan los montos pactados con los proveedores de red; o los cuales no hubiesen sido suministrados de no existir este seguro; o por el cual no se han hecho cargos o por el que un Asegurado no está legalmente obligado a pagar, incluyendo aquellos insumos o suministros no cubiertos por la Compañía y que se encuentran detallados por la misma.**
26. **Servicios de custodia, curas de reposo o de embellecimiento, o por reclusión en un centro o institución de convalecencia, spas, hospicios, asilo u hogar de ancianos, aún cuando tales servicios sean necesitados por el paciente, o hayan sido certificados como necesidad médica por un médico.**
27. **Gastos causados por, o como resultado de la participación activa en cualquier hecho delictivo, aviación privada, práctica profesional de cualquier deporte arriesgado, tales como, pero sin estar limitados a: conducción de motocicletas, carrera de velocidad automovilística, vuelos sin motor, alpinismo, paracaidismo, buceo, esquí, boxeo, u otros similares, así como la práctica de deportes profesionales y la de cualquier deporte peligroso aún de carácter amateur que exponga, por irresponsabilidad, desconocimiento o por circunstancias agravantes la vida y salud del Asegurado.**
28. **Transplantes de Órganos y Tejidos y los gastos de donantes, en exceso de lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables de esta póliza cubiertos bajo el Beneficio de Transplante de Órganos y Tejidos en los planes que apliquen.**
29. **Cualquier gasto efectuado por tratamiento o intervención quirúrgica a consecuencia de una enfermedad o padecimiento cubierto por ésta Póliza que se origine por participar el Asegurado como donante de Órganos o Tejidos. En caso de que nuestro Asegurado sea el receptor de un donante vivo, se excluyen todos los gastos por complicaciones del donante, así como cualquier gratificación o remuneración que el donante reciba.**
30. **Que se originaron antes de la fecha de vigencia de esta Póliza o fecha de inclusión del Asegurado y/o Familiar Dependiente Asegurado, así como exclusiones durante el periodo temporal, permanente, período de espera o limitaciones estipuladas en la Póliza para un Asegurado, en ciertas coberturas o enfermedades.**
31. **Tratamientos, medicamentos, suministros por deficiencia o sobreproducción de hormonas de crecimiento, con excepción de enanismo deformante.**
32. **Tratamientos en Cámara Hiperbárica, con excepción de aquellos necesarios en las siguientes condiciones: Intoxicación por monóxido de carbón, enfermedad de descompresión, embolismo gaseoso y tratamientos de osteoradionecrosis.**
33. **Cualquier gasto por cargos incurridos por mantenimiento de signos vitales con respiradores o cualquier otro tipo de instrumentos o equipos especializados (sistemas de mantenimiento de vida) donde los demás sistemas del cuerpo están en estado letal y se use este mecanismo únicamente para mantenimiento de signos vitales.**
34. **Cualquier gasto incurrido por el Asegurado fuera de la República de Panamá, con excepción de los establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forma parte de este contrato cubiertos bajo los Beneficios de Urgencia Médica Fuera de Panamá o Cobertura Fuera de Panamá en los casos que apliquen.**
35. **Tratamientos y/o Cirugías mediante el uso de Técnica Robótica.**

36. Tratamientos, medicamentos, insumos, exámenes y cualquier gasto relacionado con Climaterio.
37. Tratamientos o procedimiento relacionados con el diagnóstico o control de las alergias, con excepción de los establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables que forman parte de este contrato.
38. Medicamentos prescritos para la prevención o cura relacionados con la Osteoporosis.
39. Atenciones médicas, tratamientos y demás gastos relacionados con Acné con excepción de los diagnósticos como Pustular o Vulgaris (maligno), previa presentación de informes médicos.
40. Prueba de Amnioscentesis a menos que la asegurada tenga 38 años o más y que este debidamente aprobada por la Compañía.
41. Por participación del Contratante y/o Asegurado en actividades delictivas o presuntamente delictivas o esté bajo fianza de un tribunal o sobre quien pese alguna medida cautelar con motivo de haber cometido un delito o se le acuse de haberlo cometido.

CLÁUSULA VII.- LIMITACIONES:

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

- Amígdalas o adenoides.
- Artroscopia.
- Asma Bronquial.
- Cataratas, Pterigión, Chalazión, Glaucoma y Queratocono.
- Circuncisión.
- Colectomía (Extracción de la Vesícula).
- Columna Vertebral.
- Endometriosis.
- Enfermedad por Lesiones Deportivas.
- Enfermedades Ulcero Péptica y Ácido Péptica.
- Fibromas, Nódulos o Pólipos de cualquier tipo o clase.
- Hemorroides, divertículos o enfermedades ano rectales.
- Hernia de cualquier tipo o clase, cualquiera que sea su causa.
- Litiasis de cualquier tipo o clase (Cálculos / Piedras).
- Migrañas Crónicas.
- Padecimientos Prostáticos
- Resección submucosa del Septum nasal, de los cornetes, sinusitis o rinitis.
- Tiroides
- Tumoraciones Benignas Mamarias
- Tumores o Lesiones Benignas de la piel.
- Útero, piso perineal, ovarios y sus anexos.
- Várices.
- Varicocele e Hidrocele.

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

A. Requerimientos de Pre-Certificación / Autorización:

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

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

En los casos de una admisión de emergencia, el Asegurado o una persona en su nombre deberá notificar a la Compañía dicha admisión dentro de un período no mayor de 48 horas, **el incumplimiento de este requisito causará al Asegurado Principal o Familiar Dependiente Asegurado que sus beneficios pagaderos o cubiertos se reduzcan a un 50% de los costos pactados con los proveedores de la red.**

El Asegurado es responsable de someter todos los procedimientos y/o tratamientos indicados en esta Cláusula que requieran pre-certificación / autorización con la Compañía, según lo indicado, y confirmar la aprobación o declinación de los mismos antes de su realización. **Si el Asegurado recibiera el tratamiento o procedimiento sin recibir la certificación de aprobación por parte de la Compañía, los beneficios pagaderos o cubiertos se reducirán a un 50% de los costos pactados con los proveedores de la red.**

B. Segunda Opinión Médica:

La compañía se reserva el derecho de enviar al Asegurado a una Segunda Opinión Médica en los casos que estime conveniente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si el Asegurado, se atendiera electivamente fuera de la República de Panamá sin recibir la aprobación / certificación por parte de la Compañía, los beneficios pagaderos o cubiertos se reducirán a un 50% de los costos pactados para dichos procedimientos y/o tratamientos con nuestros proveedores en Panamá.

En caso que la condición médica del Asegurado no amerite su atención fuera de la República de Panamá, la Compañía le reembolsará los gastos por las condiciones cubiertas por esta póliza, según se detalla en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables en base a los costos pactados con nuestros proveedores en Panamá para dichos procedimientos y/o tratamientos.

En los casos de una admisión de emergencias cubierta por esta Póliza, el Asegurado o una persona en su nombre deberá notificar a la Compañía dicha admisión dentro de un período no mayor a 48 horas. **El incumplimiento de este requisito causará al Asegurado Principal o Familiar Asegurado, que sus beneficios pagaderos o cubiertos se reduzcan hasta un 50% sobre los costos del lugar del servicio o atención médica.**

CLÁUSULA IX.- RECLAMACIONES:

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

Para el pago de cualquier reclamación, la misma deberá presentarse a la Compañía dentro de los 45 días siguientes de haber incurrido el gasto o recibido la atención el Asegurado. El Asegurado o el proveedor de salud, deben completar el formulario de reclamo y enviarlo a la Compañía con las facturas detalladas por todos los gastos y constancias de pago en original.

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

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

2.- PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN:

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

- a) **Falsificación y/o adulteración de informes médicos, facturas, cuentas, recetas, reportes, etc.**

- b) **Presentación de las reclamaciones fuera del término estipulado de 45 días, sin previa justificación aceptada por la Compañía.**
- c) **El incumplimiento del pago de la prima correspondiente transcurrido el Período de Gracia, una vez haya transcurrido la suspensión de cobertura y se ha cumplido con el aviso de cancelación de acuerdo de la Cláusula XV de la póliza.**
- d) **Por inexactitud, falsedad o reticencia por parte del Asegurado en la solicitud de seguro que forma parte integral de este contrato, formularios de pre-autorización, formularios de reclamos, informes médicos y/o cualquier otro documento vital para la correcta suscripción del Asegurado, evaluación de Pre-autorizaciones y pago de reclamos por la Compañía.**

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

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

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

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

4.- SUBROGACIÓN:

La Compañía tendrá el derecho de recuperar de cualesquiera fuentes, los pagos hechos con base a la Póliza de hospitalización por lesiones recibidas por el Asegurado Principal y/o sus Familiares Dependientes Asegurados, ya sean causadas por terceras personas o mientras la persona asegurada utiliza o maneja vehículos o equipo propios o de terceras personas o de empresas que tienen cobertura para dichas lesiones.

En virtud del derecho de subrogación, la Compañía podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipo, o de los Aseguradores de éstos. En igual forma, lo podrá hacer con el Asegurado Principal y/o Familiares Dependientes Asegurados, si han recuperado ellos los pagos en violación del derecho de subrogación.

Derecho de Subrogación: La Compañía pagará el beneficio de la Póliza sujeto a que el Asegurado Principal y/o Familiares Dependientes Asegurados:

- a.- Firmen el finiquito respectivo y subroguen en la Compañía todos y cada uno de los derechos que pudieran corresponderle.
- b.- No hayan tomado o tomen ninguna acción que pueda perjudicar los derechos subrogados; y
- c.- Cooperen y asistan a la Compañía en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

CLÁUSULA X.- PRUEBAS MÉDICAS:

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

Si el Asegurado Principal o Familiar Dependiente Asegurado no cumple con los requisitos que exige la

Compañía en caso de un reclamo o pre-certificación / autorización, la Compañía quedará liberada de su obligación de indemnizar.

CLÁUSULA XI.- SEGUROS COEXISTENTES:

El Contratante y el Asegurado quedan obligados a informar a la Compañía, en el momento de presentar la reclamación sobre la existencia de cualquier seguro coexistente, con indicaciones de quien esta asegurado como Asegurado Principal, como Familiares Asegurados y sobre los términos, condiciones y coberturas de cada uno. **El incumplimiento de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a recibir beneficios bajo esta póliza.**

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

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

CLÁUSULA XII.- PRIMAS:

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

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

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

CLÁUSULA XIII.- RENOVACIÓN:

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

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

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

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

CLÁUSULA XIV.- TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

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

- 1.- **El incumplimiento por parte del Contratante y/o Asegurado Principal del pago total o primer pago fraccionado, según la frecuencia de pago establecida, a la emisión y renovación de la Póliza.**
- 2.- **Cuando un familiar dependiente asegurado pierda su calidad de tal. En este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente para la persona que pierde su calidad de familiar o dependiente asegurado de acuerdo a los términos de este contrato.**
- 3.- **Cuando el Contratante y/o el Asegurado Principal solicite por escrito a la Compañía la cancelación de esta Póliza.**
- 4.- **Por falta de pago de las primas, según lo establecido en las Cláusula XII – Primas y XV.- Cancelación de la Póliza.**
- 5.- **Por dejar de residir en Panamá o al estar fuera de la República de Panamá por más de (2) meses consecutivos. Con excepción de los hijos dependientes que estudien en el extranjero previa**

aceptación de la Compañía y casos de Asegurados Principales y Cónyuges, que por motivo de estudio deban salir de Panamá por períodos mayores a los dos (2) meses consecutivos, para lo cual estos casos deben ser notificados y aprobados mediante endoso por la Compañía, de lo contrario la Compañía no realizará reembolso alguno y su cobertura termina automáticamente.

- 6.- Falsificación y/o adulteración de informes médicos, facturas, cuentas, recetas, reportes, etc.
- 7.- Por inexactitud, falsedad o reticencia por parte del Contratante y/o Asegurado Principal y/o Familiar Dependiente Asegurado en la solicitud de seguro que forma parte integral de este contrato, formularios de pre-autorización, formularios de reclamos, informes médicos y/o cualquier otro documento vital para la correcta suscripción del Asegurado, evaluación de Pre-autorizaciones y pago de reclamos por la Compañía.
- 8.- Al llegar el Asegurado a la edad de 70 años para el caso de pólizas colectivas, a menos que se disponga algo diferente en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 9.- Cuando el Asegurado Principal deje de pertenecer a la entidad Contratante o pierda su calidad de miembro elegible dentro del colectivo, los beneficios del seguro terminarán tanto para el Asegurado Principal como para los Familiares Dependientes Asegurados.

CLÁUSULA XV.- CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA:

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

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

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

CLÁUSULA XVI.- REHABILITACIÓN:

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

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

La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar la Solicitud de Rehabilitación.

Al terminar esta Póliza por causa de falta de pago de la prima correspondiente, cualquier aceptación de una prima y rehabilitación de la Póliza que haga la Compañía a opción suya, solamente cubrirá gastos médicos

cubiertos por la póliza que resulten de lesión sufrida o enfermedad que se origine después de la fecha de dicha rehabilitación.

CLÁUSULA XVII.- TÉRMINO:

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

CLÁUSULA XVIII.- NOTIFICACIONES:

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

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

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

CLÁUSULA XIX.- DOMICILIO, LEY APLICABLE Y JURISDICCIÓN:

Para los efectos legales de esta Póliza, la Compañía señala como domicilio legal la República de Panamá, a cuyos tribunales se somete expresamente para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente contrato.

No obstante lo anterior, define que las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a arbitraje o arbitramientos si lo considera conveniente a sus intereses.

Este contrato queda sujeto a las leyes de la República de Panamá.

Asegurado

Cía. Internacional de Seguros, S.A.



Representante Autorizado