



PÓLIZA COMPRENSIVA DE SALUD COMPLEMENTARIO PLUS

CONDICIONES GENERALES

Por el pago de la prima estipulada en los términos establecidos en el contrato, **ASEGURADORA ANCÓN, S.A.**, organizada de conformidad con las leyes de la República de Panamá, (de aquí en adelante llamada La Compañía) se compromete, sujeto a las disposiciones de esta póliza, lo cual incluye sus Condiciones Particulares, Generales, Endosos, y Solicitud de Seguro, a pagarle al Asegurado /Contratante nombrado en las Condiciones Particulares (de aquí en adelante llamado el Asegurado), al recibir, por los medios establecidos en este documento, prueba fehaciente de gastos incurridos debido a reclusión hospitalaria y otros gastos cubiertos por esta póliza, de acuerdo a los términos y condiciones y sujeto a las excepciones y limitaciones establecidas en esta póliza, sólo como se define subsiguientemente.

Esta póliza se emite en consideración a la Solicitud, cuya copia se incluye para formar parte integral de esta póliza, y al pago de la prima, según se estipula en las Condiciones Particulares.

CLAUSULA PRIMERA **CAUSALES DE TERMINACIÓN**

Serán causales de terminación de este contrato y por ende de su cobertura, las siguientes:

- **POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA, POR PARTE DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO, CUMPLIDOS LOS TÉRMINOS CONTENIDOS EN ESTÁ PÓLIZA Y LA LEY.**
- **PARA EL CÓNYUGE DEL ASEGURADO, SI ES PERSONA CUBIERTA, AL DIVORCIARSE Y ESTO SE COMPRUEBE MEDIANTE SENTENCIA EN FIRME O UNA SEPARACIÓN FINAL, EN EL CASO DE UNIÓN CONSENSUAL DE HECHO.**
- **POR NO CUMPLIR CON LA CONDICIÓN DE RESIDIR PERMANENTEMENTE EN LA REPÚBLICA DE PANAMÁ: SE ENTIENDE QUE EL CONTRATANTE, ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA NO CUMPLE CON LA CONDICIÓN, EN EL MOMENTO QUE RESIDA FUERA DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ POR MÁS DE TRES (3) MESES.**
- **POR SOLICITUD DEL ASEGURADO: A SOLICITUD DEL ASEGURADO, EN LA FECHA EN QUE ÉL LO SOLICITE POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA O A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA RECIBIDA LA SOLICITUD EN LA COMPAÑÍA, LA FECHA QUE SEA POSTERIOR.**
- **LA COMPAÑÍA TENDRÁ DERECHO A DAR POR TERMINADA ESTA PÓLIZA SI DESCUBRE O TIENE CONOCIMIENTO DE CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA DE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS CONOCIDAS POR EL ASEGURADO O SU CORREDOR QUE HUBIESEN PODIDO INFLUIR DE MODO DIRECTO EN LA DECISIÓN DE DAR COBERTURA BAJO ESTA PÓLIZA O HABER OTORGADO COBERTURA EN CONDICIONES DISTINTAS DE HABER SIDO CONOCIDOS LOS HECHOS POR LA COMPAÑÍA AL MOMENTO DE SUSCRIBIR LA PÓLIZA.**

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

- CUANDO EL ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA DEJE DE SER MIEMBRO PERMANENTE DE LA COLECTIVIDAD CONTRATANTE DEL SEGURO POR CUALQUIER CAUSA;
- EN LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA CUMPLA SETENTA (70) AÑOS;
- EN LA FECHA EN QUE TERMINE LA PÓLIZA O QUE LA COBERTURA CESE POR O PARA EL CONTRATANTE;
- POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA, POR PARTE DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO, CUMPLIDOS LOS TÉRMINOS CONTENIDOS EN ESTA PÓLIZA Y LA LEY.
- PARA EL CÓNYUGE DEL ASEGURADO, SI ES PERSONA CUBIERTA, AL DIVORCIARSE Y ESTO SE COMPRUEBE MEDIANTE SENTENCIA EN FIRME O UNA SEPARACIÓN FINAL, EN EL CASO DE UNIÓN CONSENSUAL DE HECHO.
- LA COMPAÑÍA TENDRÁ DERECHO A DAR POR TERMINADA ESTA PÓLIZA O EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SER EL CASO, SI DESCUBRE O TIENE CONOCIMIENTO DE CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA DE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS CONOCIDAS POR EL ASEGURADO O SU CORREDOR QUE HUBIESEN PODIDO INFLUIR DE MODO DIRECTO EN LA DECISIÓN DE DAR COBERTURA BAJO ESTA PÓLIZA O HABER OTORGADO COBERTURA EN CONDICIONES DISTINTAS DE HABER SIDO CONOCIDOS LOS HECHOS POR LA COMPAÑÍA AL MOMENTO DE SUSCRIBIR LA PÓLIZA.
- LA COBERTURA DE UN HIJO DEL ASEGURADO, SI ES UNA PERSONA CUBIERTA, CESARÁ EN EL PRÓXIMO ANIVERSARIO DE LA PÓLIZA DESPUÉS QUE CESE DE SER ELEGIBLE DE ACUERDO A SU EDAD SEGÚN SE DEFINE EN LA SECCIÓN DE ELEGIBILIDAD, EXCEPTO SI ESTÁ INCAPACITADO PARA MANTENER UN EMPLEO PARA SU SOSTENIMIENTO DEBIDO A INCAPACIDAD MENTAL O DEFECTO FÍSICO Y SI ES COMPLETAMENTE DEPENDIENTE DEL ASEGURADO EN CUYO CASO LA COBERTURA CONTINUARÁ MIENTRAS PERSISTAN ESTAS CONDICIONES. EVIDENCIA DE LA INCAPACIDAD DEBERÁ SER SOMETIDA A LA COMPAÑÍA DENTRO DE TREINTA (30) DÍAS CALENDARIO DESPUÉS QUE EL HIJO DEPENDIENTE HAYA CUMPLIDO LA EDAD MÁXIMA ESTABLECIDA Y SUBSIGUIENTEMENTE TAL EVIDENCIA PODRÁ SER REQUERIDA POR LA COMPAÑÍA, PERO NO MÁS DE UNA VEZ ANUALMENTE DESPUÉS DE HABER PASADO DOS AÑOS DESDE LA EDAD LÍMITE, SEGÚN LO DEFINE ESTA PÓLIZA. SI TAL INCAPACIDAD O DEPENDENCIA TERMINA, EL ASEGURADO DEBERÁ ASÍ NOTIFICARLO A LA COMPAÑÍA. SI LA COBERTURA FUERA TERMINADA POR FALTA DE EVIDENCIA Y LA MISMA ES LUEGO SOMETIDA A LA COMPAÑÍA, ENTONCES LA COBERTURA SERÁ REINSTALADA.

CLÁUSULA SEGUNDA COBERTURAS

DEFINICION DE COBERTURAS: Donde quiera que sean utilizados en esta póliza y sujeto a las provisiones de esta, los siguientes términos significarán:

GASTO ELEGIBLE	BENEFICIOS
CUARTO Y ALIMENTACIÓN	La Compañía pagará el cien por ciento (100%) del valor de un cuarto privado regular en los hospitales participantes en Panamá, por reclusión relacionada a una misma enfermedad, lesión o tratamiento, de acuerdo a costos Usuales, Razonables y Acostumbrados según establece la Tabla de Cobertura por condición en las Condiciones Particulares de la póliza.

GASTO ELEGIBLE	BENEFICIOS
<p align="center">UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS</p>	<p>La Compañía pagará el cien por ciento (100%) del valor por el uso de la unidad de cuidados intensivos en los hospitales participantes en Panamá, por reclusión relacionada a una misma enfermedad, lesión o tratamiento, de acuerdo con los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados según establece la Tabla de Cobertura por condición en las Condiciones Particulares de la póliza.</p>
<p align="center">GASTOS MISCELÁNEOS DEL HOSPITAL</p>	<p>La Compañía pagará el cien por ciento (100%) del valor de los gastos elegibles, por reclusión relacionada a una misma enfermedad, lesión o tratamiento, de acuerdo a costos Usuales, Razonables y Acostumbrados según establece la Tabla de Cobertura por condición en las Condiciones Particulares de la póliza.</p>

1. HOSPITALIZACIONES: Indemniza los gastos elegibles incurridos en concepto de servicios prestados por **hospitales participantes de la red**. Se incluyen dentro de este beneficio, única y exclusivamente los siguientes gastos:

Si menos de cuarenta y cinco (45) días calendario separan a dos períodos de reclusión hospitalaria por una misma enfermedad, lesión o tratamiento, este segundo período de reclusión hospitalaria se considerará como la continuación de la reclusión hospitalaria anterior, para los propósitos de calcular el número de días máximos a pagar por este beneficio. **En ningún caso se pagarán beneficios por más de un total de trescientos sesenta y cinco (365) días por la misma enfermedad, lesión o tratamiento.**

Si la hospitalización ocurre en un hospital no-participante, el Asegurado deberá cancelar la totalidad de los gastos y presentarlo para reembolso a La Compañía, donde se aplicará como razonable y acostumbrado el máximo que cubre la Red de Proveedores, pero nunca se pagará una suma mayor a la pactada con los hospitales participantes, por servicio similar, según el área geográfica donde ocurra la hospitalización.

2. GASTOS MISCELÁNEOS DEL HOSPITAL: Para los propósitos de este beneficio, incluye los siguientes servicios o procedimientos médicos suministrados al Asegurado o Persona Cubierta mientras se encuentre hospitalizado o utilizando los servicios ambulatorios del hospital:

- Uso de la sala de operaciones y sala de recuperación.
- Uso de la sala de parto y sala de labor.
- Uso de la sala de recién nacidos e incubadora, incluyendo la unidad de intensivo neonatal e intensivo pediátrico para niños nacidos de una maternidad cubierta por esta póliza.
- Uso de la sala de urgencias y de las facilidades para cirugía ambulatoria.
- Atención de enfermeras provistas por el hospital.
- Equipo de asistencia de corazón y riñón artificial.
- Material médico quirúrgico, anestésicos y su administración, materiales de cura, vendajes, yeso, medicinas, soluciones intravenosas e inyecciones.
- Oxígeno, respirador y ventilador.
- Análisis de laboratorio, radiografías, exámenes patológicos y estudios especiales requeridos para diagnósticos.
- Tratamientos de radioterapia, isótopos, cobalto y quimioterapia y tratamientos por insuficiencia renal incluyendo la diálisis.
- Transfusiones de sangre, plasma y sus derivados.
- Pruebas de sensibilidad de alergias y sus tratamientos de inmunización.
- Terapia física y respiratoria.

- Prótesis, implantes, equipos y aparatos especiales que se requieran por prescripción médica para la cirugía cubierta; siempre y cuando sea medicamente necesario y de acuerdo a los costos usuales, razonables y acostumbrados según área geográfica.

3. HONORARIOS DEL CIRUJANO PRINCIPAL, CIRUJANO ASISTENTE Y ANESTESIÓLOGO: Durante una hospitalización, este beneficio pagará el cien por ciento (100%) de los costos usuales, razonables y acostumbrados de la red de proveedores. En caso de médicos no-participantes el asegurado deberá cancelar la totalidad de los gastos y presentarlo para reembolso a la compañía de seguros, donde se aplicará como razonable y acostumbrado el máximo que cubre la red de proveedores, pero nunca se pagará una suma mayor a la pactada con los proveedores participantes, por servicio similar, según el área geográfica donde ocurra la cirugía.

Este beneficio también pagará los honorarios de un cirujano asistente, limitando el pago al veinte por ciento (20%) del pago que corresponda al cirujano principal. El pago para el anestesiólogo también está limitado al cuarenta por ciento (40%) del pago que corresponda al cirujano principal. Este pago aplicará solo en los casos cuando un médico anestesiólogo administre personalmente la anestesia al paciente y permanezca en presencia constante durante todo el tiempo que dure la cirugía.

Si dos o más operaciones se efectúan al mismo tiempo y por la misma incisión, el pago total para todas las operaciones se limitará al costo usual y acostumbrado que aplique para el procedimiento cuyo costo resulte ser el más alto. Si dos o más operaciones se ejecutan al mismo tiempo, pero en diferentes campos operatorios, se pagarán los honorarios correspondientes a cada operación, **sin embargo, no se pagarán honorarios a dos o más cirujanos de la misma especialidad.** Si un mismo cirujano ejecuta dos o más operaciones al mismo tiempo, pero en diferentes campos operatorios, se pagarán los honorarios correspondientes al procedimiento cuyo costo resulte ser el más alto, más el 50% del costo del procedimiento que resulte ser de menor costo.

4. HONORARIOS DE OTROS MÉDICOS TRATANTES: Durante una hospitalización este beneficio pagará el cien por ciento (100%) de los costos usuales, razonables y acostumbrados de la red de proveedores. **En caso de médicos no-participantes el Asegurado deberá cancelar la totalidad de los gastos y presentarlo para reembolso a La Compañía, donde se aplicará como razonable y acostumbrado el máximo que cubre la Red de Proveedores, pero nunca se pagará una suma mayor a la pactada con los Proveedores participantes, por servicio similar, según el área geográfica donde ocurra la cirugía. El pago de este beneficio está limitado a dos (2) visitas diarias si el paciente se encuentra recluso en la unidad de cuidados intensivos y a una (1) visita diaria si el paciente se encuentra recluso en una habitación corriente.**

5. USO DEL CUARTO DE URGENCIAS: Los cuidados iniciales si el Asegurado acude al cuarto de urgencias dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de haber ocurrido el accidente o una emergencia médica por cualquiera de las condiciones cubiertas por esta póliza y que se describen en la Tabla de Cobertura por condición del Condicionado Particular de esta póliza.

Estas atenciones se cubrirán así:

Urgencia por Lesión Accidental: Cubre a primer riesgo el cien por ciento (100%) de los costos del Cuarto de Urgencia y el cien por ciento (100%) de los honorarios de un Médico Especialista en base a costos usuales, razonables y acostumbrados. Este beneficio aplica si la lesión accidental terminase siendo una causa de las siguientes condiciones descritas en la Tabla de Cobertura por condición: Quemaduras Graves o Gran Quemado, Politraumatismo por accidente.

Urgencia por Emergencia Médica (Crítico Detallada): Cubre a primer riesgo el cien por ciento (100%) de los costos del Cuarto de Urgencia y el cien por ciento (100%) de los honorarios de un Médico Especialista en base a costos usuales, razonables y acostumbrados por cualquier condición considerada una "emergencia médica". Este beneficio aplica si la Emergencia Médica terminase siendo por consecuencia de las siguientes condiciones descritas en la Tabla de Cobertura por condición: Cáncer, Enfermedades Neurológicas, Cirugía Cardíaca o Angioplastia, Insuficiencia Renal Crónica (Diálisis), Sepsis, Enfermedades Autoinmunes, Enfermedades Congénitas, Trasplantes de órganos.

La cobertura por uso del Cuarto de Urgencia y atención del Médico Especialista es la misma tanto en hospitales participantes como en hospitales no-participantes.

Este beneficio se deduce del límite establecido para la condición que aplique.

6. CIRUGÍA AMBULATORIA

CIRUGÍA AMBULATORIA MAYOR: Este beneficio cubre los costos del Salón de Operaciones y Cuarto de Recobro y demás servicios y suministros, facturados por el hospital por cada cirugía ambulatoria y los honorarios de un cirujano y del anestesiólogo según establece la Tabla de Cobertura por condición en las Condiciones Particulares de la póliza. **En caso de que la cirugía se efectúe en un hospital o centro de cirugía ambulatoria y/o con médicos no-participantes, el Asegurado deberá cancelar la totalidad de los gastos y presentarlo para reembolso a La Compañía, donde se aplicará como razonable y acostumbrado el máximo que cubre la Red de Proveedores, pero nunca se pagará una suma mayor a la pactada con los Proveedores participantes, por servicio similar, según el área geográfica donde ocurra la cirugía ambulatoria.**

7. ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA Y/O URGENCIA EN EL EXTRANJERO:

Este beneficio cubre el cien por ciento (100%) hasta un máximo total vitalicio de veinticinco mil balboas (B/. 25,000.00) por cualquier tratamiento médico de emergencia que el Asegurado o Persona Cubierta requiera mientras se encuentre fuera de la República de Panamá en viaje de negocios o de turismo como consecuencia de una de las condiciones cubiertas y descritas en la Tabla de Cobertura por condición del Condicionado Particular de esta póliza. Por tratamiento médico de emergencia se entiende que es aquella condición de aparición súbita o imprevista que ponga en peligro la vida o la salud del Asegurado o de sus funciones vitales y que requiera de una atención médica o quirúrgica inmediata.

Tratamiento médico de emergencia no aplica para ninguna cirugía electiva o programada. Este beneficio tampoco aplica para aquel Asegurado o Persona Cubierta que se encuentre fuera de la República de Panamá por razones de estudios o que se encuentre residiendo temporal o permanentemente en el extranjero, el período máximo de cobertura es de tres (3) meses.

Este beneficio aplica en hospitales y con médicos participantes o no-participantes. Adicional incluye gastos de repatriación hasta un máximo de tres mil balboas (B/. 3,000.00) que se cubre al cien por ciento (100%) contra reembolso.

Este beneficio se deduce del límite establecido para la condición que aplique.

8. GASTOS FUERA DE HOSPITAL: Se cubren al cien por ciento (100%) de los costos usuales, razonables y acostumbrados del área geográfica los gastos que sean elegibles y médicamente necesarios para la atención y diagnóstico de las condiciones cubiertas y descritas en la Tabla de Cobertura por condición del Condicionado Particular de la póliza, como se describe a continuación:

- Honorarios médicos por atención o consulta médica efectuada en el consultorio privado del médico tratante o en la residencia del Asegurado o Persona Cubierta siempre que se trate de condiciones cubiertas por esta póliza.
- Costo de medicamentos, drogas o tratamientos de terapia física y terapia respiratoria, siempre que éstos sean médicamente necesarios, estén recetados por un médico idóneo en la República de Panamá y se trate de condiciones cubiertas por esta póliza;
- Pruebas y procedimientos necesarios para diagnóstico o tratamientos (laboratorios y rayos X). **No incluye gastos por estudios especiales genéticos ni cromosómicos, excepto, los requeridos para el tratamiento del Cáncer.**
- Del costo de equipo médico durable, limitado a un máximo vitalicio de cinco mil balboas (B/. 5,000.00), tales como, entre otros, sillas de ruedas, muletas, bastones, andaderas, sillas para baño o para inodoro, camas tipo hospital, barandas para camas, máquinas para ayudar a levantar el paciente, siempre y cuando sean aprobadas por La Compañía y se cumpla con el requisito de pre-autorización;
- **Este beneficio se deduce del límite establecido para la condición que aplique.**

En caso de un “gasto fuera del hospital” incurrido en o con proveedores no-participantes, el Asegurado deberá cancelar la totalidad de los gastos y presentarlo para reembolso a La Compañía, donde se aplicará como usual,

razonable y acostumbrado el máximo que cubre la Red de Proveedores, pero nunca se pagará una suma mayor a la pactada con los Proveedores participantes, por servicio similar, según el área geográfica donde ocurra el gasto elegible.

- 9. TRATAMIENTOS POR TRASTORNOS O ALTERACIONES MENTALES:** Cubre al cien por ciento (100%) y en caso de requerir hospitalización como consecuencia de una condición cubierta por la póliza y descritas en la Tabla de Cobertura por condición del Condicionado Particular de esta póliza y hasta el límite descrito en la misma.
Gastos de hospital: Cubre al cien por ciento (100%) los gastos de hospital y honorarios de un psiquiatra durante la hospitalización, hasta el límite de este beneficio.
Este beneficio se deduce del límite establecido para la condición que aplique.
- 10. SERVICIOS DE ENFERMERIA DOMICILIARIA:** Cubre al cien por ciento (100%) los gastos de honorarios por atención de enfermera domiciliaria de ser requerido como consecuencia de la atención de las condiciones cubiertas por la póliza y descritas en la Tabla de Cobertura por condición del Condicionado Particular de esta póliza, hasta el límite y cargos usuales, razonables y acostumbrados establecidos. **Este beneficio se deduce del límite establecido para la condición que aplique.**
- 11. TRANSPORTE DE EMERGENCIA:** Este beneficio cubre únicamente un transporte terrestre o aéreo de urgencia dentro de la República de Panamá, limitado a viajes de traslado al hospital que sea necesario para tratar una lesión accidental o una emergencia médica cubierta por esta póliza cuando la vida del Asegurado o Persona Cubierta está en peligro, según se define en las Condiciones Generales. Este beneficio cubre:
- **Ambulancia Aérea dentro de la República de Panamá:** La Compañía pagará el cien por ciento (100%) del costo usual y acostumbrado hasta un total de mil balboas (B/. 1,000.00) por ocurrencia según las estipulaciones descritas en las Condiciones Generales.
 - **Ambulancia Terrestre:** La Compañía pagará el cien por ciento (100%) del costo usual y acostumbrado de una ambulancia terrestre dentro de la República de Panamá, según las estipulaciones descritas en las Condiciones Generales.
- 12. CUIDADOS PALIATIVOS:** Este beneficio cubre al cien por ciento (100%) los gastos elegibles de los servicios prescritos por un médico idóneo y que sea médicamente necesario para el manejo y/o tratamiento de las condiciones cubiertas por esta póliza y hasta el límite descrito para esta cobertura en la Tabla de Cobertura por condición del Condicionado Particular de esta póliza.

CLÁUSULA TERCERA **DEFINICIONES GENERALES**

Dondequiera que sean utilizados en esta póliza y sujeto a las provisiones de la misma, los siguientes términos significarán:

ACCIDENTE: es un suceso involuntario, imprevisto, repentino, fortuito y violento ocasionado por acción externa no deseada por el Asegurado o Persona Cubierta, que resulta en un daño o lesión corporal para él o ella. No se considerarán accidentes para efectos de esta póliza, las lesiones autoinfligidas o la tentativa de suicidio. El homicidio doloso, el homicidio preterintencional, así como las lesiones que resulten de las tentativas de éstos y sus frustraciones, sólo se considerarán accidentes si se comprueba que el Asegurado o Persona Cubierta no provocó el incidente.

AERONAVE PRIVADA: cualquier aeronave que no pertenezca a una línea aérea comercial operada por pilotos comerciales profesionales y licenciados con horarios de vuelos regulares entre aeropuertos preestablecidos.

AMBULANCIA AÉREA: transporte aéreo de emergencia desde el aeropuerto adecuado más cercano al hospital donde el Asegurado o Persona Cubierta, herida o enferma se encuentre hospitalizado, hasta el aeropuerto adecuado más cercano al hospital donde se hospitalizará para recibir tratamiento. Para que este beneficio surta efecto, las siguientes estipulaciones aplican:

(a) el transporte aéreo deberá ser para el tratamiento de una condición cubierta por la póliza, que primero haya resultado en una hospitalización y

(b) deberá ser considerado médicamente necesario (*) y

(c) deberá ser previamente aprobado y coordinado por la Compañía.

(*) Médicamente necesario en este caso significa que el tratamiento no puede ser suministrado localmente y que el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida del Asegurado o Persona Cubierta.

Este hecho tiene que ser certificado por el médico que esté tratando al paciente por la condición que lo mantiene hospitalizado.

AMBULANCIA TERRESTRE: transporte terrestre de urgencia, limitado a viajes de traslado hacia un hospital cuando éstos sean necesarios para tratar una lesión accidental o una emergencia médica cubierta por esta póliza.

AÑO PÓLIZA: significa los doce (12) meses transcurridos desde la fecha de expedición de la póliza o desde cualquier fecha de aniversario posterior.

ASEGURADO: significa única y exclusivamente la persona natural que aparece designada como Asegurado en las Condiciones Particulares, con excepción de cualesquiera otras Personas Cubiertas por esta póliza. El Asegurado es la persona responsable de contestar las preguntas hechas en la solicitud de seguros y de dar fe que dichas respuestas son ciertas y verdaderas.

BENEFICIOS: significa el pago de los cargos cubiertos por esta póliza, incurridos por el Asegurado o por la Persona Cubierta, de acuerdo a los términos y condiciones de esta póliza, sujeto al límite máximo total que para cada cual, está especificado en la sección de "beneficios", hasta el máximo total de por vida indicado en la carátula de la póliza.

Máximo total por vida significa la cantidad del beneficio máximo total a pagar durante la vida del Asegurado o cada una de las Personas Cubiertas. Es condición fundamental para obtener los beneficios que la póliza se encuentre vigente.

CARGOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS: significa cargos razonables y comúnmente cobrados en una misma zona geográfica, por personal médico idóneo de igual categoría y experiencia, por servicios médicos, medicamentos o suministros con características similares. Estos costos serán el reflejo de muestras estadísticas actualizadas, que permitirán determinar el costo razonable a pagar en cada caso, tomando en consideración el área geográfica donde se incurre en el gasto, así como la dificultad del procedimiento o la gravedad de la enfermedad o lesión objeto del reclamo.

CENTRO DE TRASPLANTE: es un hospital que está equipado especialmente y tiene el personal médico idóneo para efectuar trasplantes de órganos y de tejidos y que está reconocido y aceptado como centro de trasplante por las autoridades médicas competentes del país donde se efectúe el trasplante.

CENTRO MEDICO DE DIAGNOSTICO: instalación médica debidamente autorizada para realizar exámenes físicos completos.

CERTIFICACIÓN DE ADMISIÓN Y/O ESTADIA EN UN HOSPITAL: es el proceso de pre-autorización (según se describe en la Cláusula Décimo Quinta de esta póliza) con el que se deberá cumplir en caso de que el ingreso a un hospital no sea debido a una emergencia médica o un accidente. El Asegurado o Persona Cubierta o el médico que lo ingresa al hospital debe comunicarse con la Compañía o su representante antes del ingreso para certificar la admisión basada en la necesidad médica. En caso de una admisión de emergencia, el hospital en el que el asegurado ingrese deberá comunicarse con la Compañía o su representante, dentro de las veinticuatro (24) horas inmediatas a la admisión o ingreso. El no cumplir con este procedimiento podrá causar que los beneficios que aplican para estos casos se reduzcan.

CLASE: significa todos los Asegurados de todas las pólizas de un mismo tipo, incluyendo, pero no limitado a beneficios, deducciones, grupo de edades, área geográfica, planes, grupos de años o una combinación de éstos.

COASEGURO: es la porción de los gastos médicos elegibles que el Asegurado o Persona Cubierta debe pagar, además del deducible, según se estipula en las Condiciones Particulares de la póliza.

COBERTURA: significa que se pagarán beneficios por gastos cubiertos, incurridos por cuidado médico y tratamiento del Asegurado o de cada Persona Cubierta a consecuencia de las enfermedades y condiciones no excluidas de cobertura, según se define en esta póliza.

COMPAÑÍA: Aseguradora Ancón, S.A.

CONDICIÓN, ENFERMEDAD O LESIÓN PREEXISTENTE: significa cualquier condición, enfermedad, lesión, síntoma, dolencia o alteración de la salud que se manifiesta o aparece por primera vez o se trata médicamente antes de la fecha de efectividad de la póliza o de la cobertura en caso de adiciones posteriores, tanto en la persona del Asegurado como en las de las Personas Cubiertas. Es toda afección, sus causas, complicaciones, secuelas o sus efectos tardíos, (aunque éstos sólo se manifiesten con posterioridad a la fecha de efectividad de esta póliza o de la cobertura), que el Asegurado o la Persona Cubierta tenga antes de esta fecha. Una condición, enfermedad, lesión, síntoma, dolencia o alteración de la salud se manifiesta cuando los síntomas son suficientemente evidentes como para inducir a una persona prudente a procurar el diagnóstico, cuidado o tratamiento de un médico. Tal condición será rechazada solamente cuando la Compañía muestre prueba documentada de que el Asegurado o la Persona Cubierta tenía conocimiento de tal condición con anterioridad a la fecha de efectividad del seguro o de su cobertura. Esta disposición no aplicará a tales condiciones preexistentes informadas en la solicitud, que no hayan sido expresamente excluidas de cobertura por la Compañía.

CONDICIONES PRE-EXISTENTES NO DECLARADAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO: condiciones preexistentes, según la definición descrita en el párrafo anterior, no declaradas en la solicitud de seguro, impiden a la Compañía hacer un juicio correcto al evaluar el riesgo. La Compañía se reserva el derecho de asegurar a aquellos individuos que considere estén en buen estado de salud y que sean un buen riesgo moral. En consecuencia, las condiciones preexistentes no declaradas no están cubiertas por la póliza y si es evidente que el Asegurado ha hecho declaraciones falsas o incompletas o que ocultó información en la solicitud puede resultar en la cancelación de la póliza.

CONDICIONES PARA LA RENOVACION: la póliza se renovará automáticamente si no se emite ningún aviso de cancelación por ninguna de las partes por lo menos con treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha de renovación. Ningún individuo asegurado podrá ser independientemente penalizado con la cancelación de su póliza debido a una mala experiencia de reclamos, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas. La no renovación por cualquier otro motivo debe basarse en criterios que afectarían a toda una misma clase de asegurados. **La Compañía, sin embargo, se reserva el derecho de cancelar o no renovar la póliza o de modificar la prima, el deducible y los beneficios, en forma general y específica, si el Asegurado o alguna Persona Cubierta cambia su país de residencia, sin importar los años que la póliza haya estado en vigor.**

Cualquier cambio de residencia tiene que ser notificado a la Compañía. Si un individuo se convierte en residente de los Estados Unidos de Norteamérica, la cobertura terminará automáticamente con el cambio de residencia. No habrá límite de edad en las renovaciones para la cobertura del Asegurado y su cónyuge, si éste es Persona Cubierta, excepto los colectivos.

CONTRATANTE: es la persona natural o jurídica quien suscribe esta póliza con la Compañía y actúa en nombre propio y de las personas asegurables, cuando se trata de una póliza Individual y en representación de la colectividad que se asegura si se trata de una póliza colectiva, cuya solicitud sirve de base para emitir la póliza y quien es responsable por pagar la prima estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza.

COORDINACION DE BENEFICIOS: de existir otra póliza que proporcione beneficios también cubiertos por esta póliza, todas las reclamaciones incurridas en el país de residencia deben ser efectuadas primero a través de la otra póliza. Esta póliza sólo proveerá beneficios cuando las coberturas bajo la otra póliza hayan sido agotadas y siempre y cuando estén amparadas por esta póliza.

CUIDADOS DE SALUD EN EL HOGAR: cuidados y tratamientos del Asegurado en su hogar los cuales han sido ordenados y certificados por escrito por el médico de cabecera del Asegurado, como requeridos para el tratamiento adecuado de la enfermedad o lesión y usados en lugar de la hospitalización.

CUIDADOS PALIATIVOS: cuidados y tratamiento que un médico idóneo brinda a un asegurado cuando enfrenta una condición de salud grave y que compromete su vida, con el propósito de aliviar el dolor físico y brindar la mejor condición de vida posible.

DEPENDIENTE ELEGIBLE: cualquier familiar o persona (s) a servicio del asegurado principal, quien (es) deben ser declarado (s) en la solicitud o incluidos mediante solicitud adicional, si se adquieren posterior a la Fecha de Efectividad. Para garantizar la cobertura, el Asegurado principal deberá avisar a Aseguradora Ancón cualquier novedad que ocurra en su grupo inscrito en el contrato por nacimiento, adopción o matrimonio, dentro de los treinta (30) días siguientes a la novedad o creación del vínculo.

DERECHO A SUBROGACIÓN DE LA COMPAÑÍA: la Compañía tiene el derecho de proceder, a su propio costo y en nombre del Asegurado, contra terceros que puedan ser responsables de presentar una reclamación bajo este seguro, o que puedan ser responsables de proporcionar compensación de beneficios similares a los de este seguro. La Compañía tiene todo el derecho de ejercer la subrogación y de anular la cobertura prevista por esta póliza, en caso de que el Asegurado tomase medidas que lo perjudicasen en el ejercicio de dicho derecho de subrogación.

DONANTE: persona viva o fallecida a la cual se le ha extraído uno, o más de uno de los órganos o tejidos de su cuerpo con la finalidad de trasplantarlos en el cuerpo de otra persona (receptor).

EMERGENCIA MEDICA: es aquella condición de aparición súbita o imprevista que ponga en peligro la vida o la salud del Asegurado o de sus funciones vitales y que requiera de una atención médica o quirúrgica inmediata (dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de haber surgido).

ENDOSO O ANEXO: cualquier adición a la póliza que aclara, explica o modifica la póliza.

ENFERMEDAD: padecimiento, dolencia, malestar o desorden físico o mental que requiera tratamiento por un médico y que suceda por primera vez después de la fecha de efectividad de esta póliza.

ESTADIA MAXIMA EN EL HOSPITAL: la estadía máxima en un hospital por una enfermedad específica, lesión o cualquier tratamiento relacionado con las mismas es de ciento ochenta (180) días durante los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la primera admisión.

EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO: un procedimiento médico, quirúrgico o diagnóstico, equipo o medicamento: (a) Que no ha sido aprobado para el tratamiento de una enfermedad o lesión por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA); o
(b) Está bajo investigación y su uso limitado a investigaciones clínicas controladas.

FECHA DE EFECTIVIDAD: es la fecha del inicio de la vigencia de la póliza.

FECHA DE INICIO DE COBERTURA: fecha en que comienza la cobertura bajo la póliza, y que aparece en el Certificado de Cobertura. En ningún caso el inicio de los beneficios comienza en la fecha en que se solicitó el seguro.

FECHA DE RENOVACION: la fecha en que la cobertura bajo la póliza expira naturalmente.

GASTOS DE REPATRIACION: La Compañía proveerá el servicio de traslado del Asegurado, en ambulancia o en el medio que considere más idóneo el médico que ella designe, hasta el centro hospitalario más cercano. Cuando sea absolutamente imprescindible el servicio de ambulancia aérea, éste se proporcionará únicamente desde Estados Unidos de Norteamérica y Canadá. Desde todos los países restantes, el traslado aéreo se efectuará en avión de línea comercial. De aplicar este beneficio, se indicará en las Condiciones Particulares.

GASTOS ELEGIBLES: a los efectos de esta póliza, y estando sujeto a lo estipulado en estas Provisiones de la Póliza y a todas las demás disposiciones y condiciones de la póliza, se entenderá por gastos amparados los gastos usuales, razonables y acostumbrados incurridos por la persona Asegurada durante el periodo de vigencia de esta póliza por

tratamientos, servicios o suministros médicamente necesarios, incurridos como resultado de, o en relación con el tratamiento de las enfermedades o necesidades médicas amparadas.

HIJO DEPENDIENTE: para los propósitos de esta póliza, se define como cualquier hijo, hijastro o menor de edad legalmente adoptado o en proceso legal de adopción por el Asegurado y que haya sido nombrado en la solicitud, y sea menor de diecinueve (19) años de edad o menor de veinticinco (25) años de edad y que sea estudiante a tiempo completo de una institución académica debidamente reconocida.

Hijo dependiente también será cualquier hijo que nazca después de haberse completado la solicitud que forma parte de esta póliza, o que siendo menor de dieciocho (18) años de edad sea adoptado legalmente por el Asegurado.

Ningún hijo se considera como hijo dependiente antes de que cumpla los treinta (30) días calendario de nacido, a no ser que nazca cubierto por esta póliza.

Para recibir cobertura, el Asegurado tiene que solicitar por escrito que el recién nacido o el hijo adoptivo sea incluido en la póliza dentro de los treinta (30) días calendario de nacido o de la formalización legal de los trámites de adopción.

Si la solicitud se recibe después de este período, la misma estará sujeta a la aprobación de la Compañía, luego de recibir evidencia de asegurabilidad del recién nacido o del hijo adoptivo.

La cobertura de un hijo asegurado cesará en el próximo aniversario de la póliza después que éste deje de ser elegible de acuerdo a su edad, según lo define esta póliza.

Para los efectos de esta póliza, cualquier hijo que esté casado, emancipado o que sea autosuficiente, que no depende económicamente del Asegurado o que no resida permanentemente en la República de Panamá, no es considerado un "hijo dependiente" y no es elegible para recibir beneficios como tal.

HOGAR DE CONVALECENCIA: significa solamente una institución reconocida por autoridad competente, legalmente operada para dar cuidado y tratamiento a personas con problemas de salud, quienes han estado previamente confinadas en un hospital a consecuencia de alguna de las enfermedades cubiertas por esta póliza. Un hogar de convalecencia no incluirá ninguna institución que sea regularmente un hogar de descanso, enfermería, hogar para personas de la tercera edad o que sea principalmente una institución para el cuidado y tratamiento de adictos a drogas o de alcohólicos.

HONORARIOS DE ANESTESISTAS: cargos de un Anestesista por su participación en la realización de un procedimiento quirúrgico o que sean médicamente necesarios para controlar el dolor.

HONORARIOS DEL MEDICO / CIRUJANO ASISTENTE: cargos del médico o médicos que asisten al cirujano en la realización de un procedimiento quirúrgico.

HOSPITAL: significa única y exclusivamente una institución legalmente reconocida como hospital por autoridad competente, operada para el cuidado y el tratamiento de personas enfermas o heridas, con facilidades de laboratorios y equipo de Rayos-x establecidos para diagnósticos, salón para operaciones quirúrgicas y que cuenta con los servicios de enfermeras graduadas, veinticuatro (24) horas al día. Un hospital no incluirá ninguna institución que sea regularmente un hogar de descanso, enfermería, hogar de convalecencia, hogar para personas de la tercera edad o que sea principalmente una institución para el cuidado y tratamiento de adictos a drogas o de alcohólicos.

HOSPITAL PARTICIPANTE: es todo hospital o institución hospitalaria que forma parte de la cadena de hospitales que participan en programas contractuales de cobertura para los Asegurados de la Compañía y forma parte del listado de Proveedores Participantes de ésta. La Compañía se reserva el derecho de modificar, adicionar, sustituir, reemplazar o cancelar, de tiempo en tiempo, uno o varios de los hospitales participantes. Cualquier cambio de esta naturaleza será notificado a través de nuestra página web.

LESIÓN: daños al organismo causados por un accidente.

MÉDICAMENTE NECESARIO O NECESIDAD MÉDICA: significa que un trasplante, tratamiento, servicio, suministro, equipo, medicamento o estancia en un Hospital o Centro de Trasplantes:

1. es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de una persona asegurada;
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 ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en los Estados Unidos; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento; y
5. en el caso de un paciente internado en un Hospital o Centro de Trasplantes, no puede ser administrado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente. La Necesidad Médica es determinada por (la Compañía), tomando como base la definición anterior.

El hecho de que un tratamiento, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un Médico no es necesariamente suficiente para considerarlo Médicamente Necesario.

MEDICAMENTOS ELEGIBLES: medicamentos cuya venta y uso estén legalmente limitados a la orden de un médico y no incluye medicamentos que puedan comprarse sin receta médica y/o medicamentos que paguen ITBM, al ser considerados medicamento cosméticos.

MÉDICO O DOCTOR: significa un doctor en medicina legalmente calificado, que no sea el Asegurado o Persona Cubierta, dedicado a la práctica de la medicina dentro de los límites para los cuales lo autoriza su licencia respecto al diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones cubiertas por esta póliza. El término "Doctor" incluirá también a personas licenciadas como "Dentista". Se excluyen Quiroprácticos, Optómetras y Podiatras.

MIEMBROS DE LA FAMILIA: para los efectos de esta póliza, significa:

- el Cónyuge del Asegurado por matrimonio o por unión consensual de hecho.
- los hijos solteros del Asegurado, incluyendo niños legalmente adoptados, niños durante el período de trámite legal de adopción, e hijastros, que:
 - sean menores de diecinueve (19) años de edad y que dependan del Asegurado, o
 - menores de veinticinco (25) años de edad que sean estudiantes a tiempo completo de una institución académica debidamente reconocida.

MODO DE PAGO DE LA PRIMA: la prima se puede pagar anual, semestral, trimestral o mensualmente, en la fecha que así se indica en las Condiciones Particulares de esta póliza, permitiéndose un período de gracia de treinta (30) días calendario para efectuar el pago.

MONEDA: todos los pagos relacionados con esta póliza serán hechos en la moneda de curso legal que se utiliza en la República de Panamá, a menos que se especifique de otra manera.

PAÍS DE RESIDENCIA: el país donde el asegurado reside la mayor parte del año (por lo menos nueve (9) meses). Este puede ser diferente del lugar legal de residencia del asegurado. El país de residencia debe ser el de la dirección declarada en la solicitud que para efectos de esta póliza debe ser la República de Panamá.

El asegurado deberá notificar por escrito a la Compañía sobre cualquier cambio de residencia que exceda seis (6) meses, incluyendo los casos cuando haya un dependiente o Persona Cubierta, que permanece fuera del país de residencia declarado en la solicitud, por motivo de estudios u otra causa. Residir en cualquier otro país que no sea el que aparece en la solicitud por más de seis (6) meses al año, podría resultar en la cancelación de la póliza o en un ajuste de la prima y/o modificación a todos o cualquiera de los siguientes: primas, beneficios, deducible o coaseguro.

PERÍODO DE GRACIA: si la prima no se recibe antes de o en la fecha de pago, según señala las Condiciones Particulares de esta póliza, la Compañía concederá al Contratante un período de gracia de treinta (30) días calendario para recibir el pago correspondiente. Si la Compañía no recibe el pago de la prima antes de que el período de gracia expire, esta póliza y todos sus beneficios entraran en periodo de suspensión por el término de sesenta (60) días calendarios. La póliza se dará por terminada quince (15) días calendario después de la fecha del envío del aviso de cancelación.

PERSONA CUBIERTA: es el Asegurado y/o cualquier familiar o persona (as) a su servicio que se convierta y permanezca como una Persona Cubierta, según se establece en la sección de "Elegibilidad" dentro de las Estipulaciones Generales.

PERSONAS ELEGIBLES: serán aquellas personas que tengan la calidad de Persona Cubierta, tal como quedó definido anteriormente, y que al momento de solicitar su ingreso al seguro no se encuentren hospitalizados, ni incapacitados, ni inválidos, ni reciban en el presente o hayan recibido en el pasado, de cualquier fuente, beneficios por incapacidad.

POR CAUSA: una enfermedad, accidente o diagnóstico médico diferente e independiente.

RECEPTOR: la persona que ha recibido o está en proceso de recibir un trasplante de órgano o tejido.

RED DE PROVEEDORES DE TRASPLANTE DE ORGANOS: Un grupo de hospitales y médicos contratados a nombre de La Compañía con el propósito de proporcionar al Asegurado los beneficios del trasplante de órganos.

PROVEEDOR PARTICIPANTE o RED DE PROVEEDORES (ANCON HEALTH NETWORK): es todo hospital, clínica, farmacia, laboratorio, centro de diagnóstico, médico u otro profesional de la medicina que forma parte de la cadena de establecimientos y personas que brindan servicios de salud que participan en programas contractuales de cobertura para los Asegurados de La Compañía y forman parte del listado de Proveedores Participantes de ésta, la cual podrá ser consultadas a través de la página Web de La Compañía, quien se reserva el derecho de modificar, adicionar, sustituir, reemplazar o cancelar, de tiempo en tiempo, uno o varios de los proveedores participantes. Cualquier cambio de esta naturaleza será notificado a través de nuestra página web.

SEGUNDA OPINION MEDICA O DE CIRUGIA: la opinión de un médico distinto al que está atendiendo actualmente al Asegurado, designado y pagado por La Compañía.

SERVICIOS AMBULATORIOS: tratamientos y servicios médicamente necesarios prestados al Asegurado o Persona Cubierta en las facilidades ambulatorias de un hospital (cuarto de urgencia, salón de operaciones, cuarto de recobro, etc.), sin que éstos pasen más de doce (12) horas recluidos en el hospital.

SERVICIOS DE HOSPITAL: tratamientos y servicios médicamente necesarios ordenados por un médico a un Asegurado o Persona Cubierta, que ha sido admitido como paciente en un hospital, donde pase por lo menos una noche internado.

SERVICIOS DE LABORATORIO Y RAYOS X: estos incluyen exámenes de laboratorio médicamente necesarios, así como otros procedimientos utilizados para diagnosticar y tratar una enfermedad, siempre y cuando sean médicamente necesarios y hayan sido ordenados por un médico.

SOLICITANTE: es el individuo que completa una solicitud para cobertura.

SOLICITUD: declaración escrita en un formulario por un propuesto Asegurado sobre sí mismo y sus dependientes y/o Personas Cubiertas, usada por La Compañía para determinar la aceptación del riesgo. La solicitud incluye cualquier historial médico, cuestionario, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por La Compañía.

TITULAR DE LA POLIZA: el Asegurado nombrado en la solicitud para este seguro. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y el retorno de cualquier prima no devengada.

TRATAMIENTO: La atención y cuidado médico o quirúrgico de un paciente.

TRATAMIENTO DE EMERGENCIA: Tratamientos médicamente necesario debido a una emergencia.

TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: tratamiento de emergencia necesario para reponer o restaurar los dientes naturales dañados o perdidos en un accidente. Los implantes dentales necesarios a causa de otra razón que no sea debida a un accidente no se cubren. Solo se cubrirá la reconstrucción de los incisivos, caninos, y premolares sanos fracturados o perdidos en un accidente, incluyendo la restauración (prótesis) sobre un implante dental. Tratamientos de ortodoncia no tienen cobertura, aunque sea para corregir una malposición dental a consecuencia de un accidente.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: son las áreas especiales de cuidados intensivos, que están separadas y aparte de la sala de recuperación de intervenciones quirúrgicas y de otras salas, camas y salones usualmente usados para la reclusión de pacientes. En adición, dichas unidades de cuidados intensivos deberán tener atención constante de enfermeras asignadas sobre una base de tiempo completo exclusivamente para dicha unidad y dicha unidad contendrá los aparatos especiales utilizados en el tratamiento del paciente críticamente enfermo. Además, dichas facilidades o unidades de cuidados intensivos deberán estar bajo la supervisión y/o dirección profesional directa de un Médico Director a tiempo completo o de un comité permanente de cuidados intensivos de la facultad médica del hospital. Una unidad de cuidados intensivos incluirá salones especiales para cardíacos cuando dichos salones reúnan los estándares antes indicados.

URGENCIA: es todo accidente o evento considerado una emergencia médica según está definida en esta sección.

DEFINICION DE CONDICIONES CUBIERTAS:

ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA: dilatación de un vaso sanguíneo por medio de un catéter con globo.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, ya sea por isquemia o hemorragia.

CANCER: significa una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolable y el esparcimiento de células malignas en cualquier parte del cuerpo, incluyendo Leucemia. **Para los efectos de esta póliza, se excluye de cobertura cánceres in situ del cuello uterino, cánceres de la piel, con excepción de melanoma y tumores en presencia de virus de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).**

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

SEPTICEMIA (DESORDEN INFECCIOSO GRAVE): desorden causado por la multiplicación de bacterias y la presencia de sus toxinas en la sangre, y que puede manifestarse con por lo menos cuatro (4) de las siguientes condiciones: Cultivo de sangre positivo, temperatura rectal mayor que treinta y ocho punto cinco grados (38.50°), anemia, leucocitosis (>12,000) o leucopenia (<4,000), trombocitopenia (<140,000), trastornos de la coagulación y acidosis metabólica.

DESORDENES O ENFERMEDADES CONGENITAS: cualquier desorden o enfermedad existente al momento o antes del nacimiento, independientemente de la causa o si se manifestó o fue diagnosticado al momento del nacimiento, después del nacimiento o años después.

ENFERMEDADES AUTOIMUNES: Afecciones por la que el sistema inmunitario del cuerpo ataca los tejidos propios, produciendo inflamación en varias partes del cuerpo, incluyendo al tejido conjuntivo y varios órganos según la enfermedad autoinmunitaria. **Para los efectos de esta póliza se incluyen dentro de estas enfermedades: Miositis autoinmunitaria, Fascitis eosinófila, Enfermedad mixta del tejido conjuntivo, Policondritis recidivante, Síndrome de Sjögren, Lupus eritematoso sistémico y Esclerosis sistémica.**

ENFERMEDADES NEUROLOGICAS: enfermedad en la cual el sistema nervioso central y/o periférico, se encuentran afectados por un desorden que se origina y ocurre principalmente dentro de las estructuras que componen el sistema nervioso central y/o periférico. **No se considerará enfermedad neurológica a los efectos de este seguro, cualquier enfermedad o desorden que afecte en forma secundaria al sistema nervioso central y/o al periférico, o el cual haya sido causado por condiciones o factores ajenos al sistema nervioso.**

INFARTO DEL MIOCARDIO: enfermedad que consiste en la muerte de una parte del músculo cardíaco como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser respaldado por cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (EKG), aumento en los valores de las enzimas cardíacas y otros estudios diagnósticos.

INSUFICIENCIA RENAL: etapa terminal de una enfermedad crónica renal, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento renal, como consecuencia de la cual se hace necesario el tratamiento con diálisis o el trasplante de riñón.

NEUROCIRUGIA: Toda intervención quirúrgica del sistema nervioso central y/o periférico.

POLITRAUMATISMO: es el trauma grave de varios órganos y tejidos del cuerpo humano como consecuencia de una acción física externa y debido a la cual el paciente puede sufrir incapacidad temporal o definitiva e inclusive la muerte.

QUEMADURAS GRAVES: lesión de los tejidos causada por acción de factores físicos o químicos. **A los efectos de cobertura de la presente póliza solo serán consideradas como Quemaduras Graves aquellas que sean catalogadas como Quemaduras de Tercer (3) Grado.**

QUIMIOTERAPIA: uso de agentes químicos, prescritos por un médico para el tratamiento y control del cáncer.

RADIOTERAPIA: uso de radiaciones ionizantes prescritas por un médico para el tratamiento y control del cáncer.

TRASPLANTE DE ORGANOS: Procedimiento mediante el cual se inserta en el cuerpo de una persona (receptor) un órgano o tejido procedentes de un donante de la misma especie.

La cobertura de trasplante de órganos será proporcionada solamente dentro de la "Red de Proveedores" de la Compañía. **NO HAY COBERTURA FUERA DE LA "RED DE PROVEEDORES" DE LA COMPAÑÍA.**

La cobertura es solamente para el trasplante de los órganos o tejidos humanos o una combinación de éstos tal como se indica en la Tabla de Cobertura por condición en las Condiciones Particulares y en la Cláusula Segunda de esta póliza.

Este beneficio de trasplante de órganos comienza una vez que la necesidad del trasplante ha sido determinada y certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica y está sujeto a todos los términos, provisiones y exclusiones de la póliza, incluyendo:

- a) Cuidados previos al trasplante, lo cual incluye los servicios directamente relacionados con evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del Asegurado para el procedimiento del trasplante y preparación y estabilización del Asegurado para el procedimiento.
- b) Estudios prequirúrgicos incluyendo exámenes de laboratorio, Rayos-X, tomografía computarizada (CT Scan), imágenes de resonancia magnética (RMN), ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
- c) El costo de búsqueda, obtención y transporte del órgano hasta un máximo de diez mil balboas (B/.10,000) (que está incluido como parte de la cobertura máxima en el beneficio de trasplante).
- d) Cuidados posteriores al trasplante incluyendo, pero no limitado a, tratamientos médicamente necesarios como resultado del trasplante y cualquier complicación como consecuencia directa o indirecta del procedimiento de trasplante.
- e) Cualquier medicamento o medida terapéutica destinada a asegurar la viabilidad y permanencia del órgano trasplantado.
- f) Cualquier cuidado de salud en el hogar, cuidado de enfermería (por ejemplo, cuidado de la lesión, infusión, evaluación, etc.) transportación de emergencia, atención médica, visitas al consultorio o la clínica, transfusiones, suministros o medicamentos relacionados con el trasplante.

CLÁUSULA CUARTA
EXCLUSIONES

SE ENCUENTRA EXCLUIDO DE LA COBERTURA DE ESTA PÓLIZA LO SIGUIENTE:

- 1. CÁNCERES IN SITU DEL CUELLO UTERINO.**
- 2. CÁNCERES DE LA PIEL, CON EXCEPCIÓN DE MELANOMA.**
- 3. TUMORES EN PRESENCIA DE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).**
- 4. CON LA EXCEPCIÓN DE LA ANGIOPLASTIA CON GLOBO, NO ESTARÁ CUBIERTO CUALQUIER OTRO PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR QUE NO REQUIERA CIRUGÍA.**
- 5. CUALQUIER TRASPLANTE DE ÓRGANO O DE TEJIDO QUE NO ESTÉ AMPARADO POR LA PÓLIZA.**
- 6. TRATAMIENTO O SERVICIO POR CUALQUIER CONDICIÓN MÉDICA, MENTAL O DENTAL SECUNDARIA A AQUELLAS CONDICIONES MÉDICAS, MENTALES O DENTALES QUE ESTÁN EXCLUIDAS O NO CUBIERTAS POR LA PÓLIZA.**
- 7. CUALQUIER CARGO RELACIONADO CON CONDICIONES, ENFERMEDADES O LESIONES PREEXISTENTES COMO SE DEFINEN EN LA SECCIÓN DE DEFINICIONES GENERALES DN ESTA PÓLIZA.**
- 8. CIRUGÍA ELECTIVA O COSMÉTICA O TRATAMIENTO MÉDICO CUYO PROPÓSITO PRINCIPAL ES EL EMBELLECIMIENTO, AUN CUANDO SEA NECESARIO DEBIDO A UNA LESIÓN, DEFORMIDAD O ENFERMEDAD OCURRIDA POR PRIMERA VEZ ESTANDO EL ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA, AMPARADO BAJO ESTA PÓLIZA, EXCEPTO LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA COMO RESULTADO DE CÁNCER, QUEMADURAS GRAVES O POLITRAUMATISMO.**
- 9. CUALQUIER CUIDADO, LESIÓN O TRATAMIENTO ESTANDO EL ASEGURADO EN SU JUICIO O NO, DEBIDO A ENFERMEDADES O LESIONES AUTOINFLIGIDAS, SUICIDIO, SUICIDIO FALLIDO, USO O ABUSO DE ALCOHOL, USO O ABUSO DE DROGAS, O EL USO ILEGAL DE SUBSTANCIAS CONTROLADAS. ESTO INCLUYE CUALQUIER ACCIDENTE RESULTANTE DE CUALQUIERA DE LOS CRITERIOS ANTERIORES.**
- 10. TRATAMIENTOS, SERVICIOS O SUMINISTROS QUE NO ESTÉN CIENTÍFICA O MÉDICAMENTE RECONOCIDOS PARA EL TRATAMIENTO ORDENADO O QUE SEAN CONSIDERADOS EXPERIMENTALES Y/O QUE NO ESTÉN APROBADOS PARA USO GENERAL POR LA ADMINISTRACIÓN DE DROGAS Y ALIMENTOS DE LOS EE. UU. (FDA).**
- 11. TRATAMIENTO EN CUALQUIER INSTITUCIÓN GUBERNAMENTAL O CUALQUIER GASTO SI EL ASEGURADO TUVIESE DERECHO A CUIDADOS GRATUITOS. TRATAMIENTO O SERVICIO POR LOS CUALES NO HABRÍA QUE PAGAR DE NO EXISTIR UNA COBERTURA DE SEGURO.**
- 12. CUALQUIER PORCIÓN DE CUALQUIER GASTO QUE EXCEDA LO USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE PARA EL ÁREA GEOGRÁFICA EN PARTICULAR DONDE EL TRATAMIENTO O EL SERVICIO FUE SUMINISTRADO.**
- 13. CUIDADO QUIROPRÁCTICO, TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO O ACUPUNTURA.**
- 14. TRATAMIENTO DE LESIONES RESULTANTES DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES PELIGROSAS QUE EXPONE AL PARTICIPANTE A UN RIESGO O PELIGRO PREVISIBLE. EJEMPLOS DE ACTIVIDADES PELIGROSAS INCLUYEN, PERO NO SE LIMITAN A: CLAVADO AÉREO, ALPINISMO, MONTAÑISMO, RODEO, TAUROMAQUIA, CUALQUIER TIPO DE DEPORTE DE AVIACIÓN, ESPELEOLOGÍA, CANOTAJE EN RÁPIDOS QUE EXCEDEN GRADO 5, PARACAIDISMO, "PARAGLIDING", VELIDELTISMO, "PARAPENTING", COMPETENCIAS DE VELOCIDAD, CARRERAS DE MOTOCICLETAS, DEPORTES O COMPETENCIAS CON VEHÍCULOS DE MOTOR, BUCEO A UNA PROFUNDIDAD DE MÁS DE 30 METROS, BOXEO, EQUITACIÓN, SALTO EN BUNGEE, PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER DEPORTE EXTREMO O PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER DEPORTE POR COMPENSACIÓN O COMO PROFESIONAL.**
- 15. CUALQUIER TRATAMIENTO O SERVICIO DENTAL QUE NO SEA UN TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA COMO SE DEFINE EN ESTA PÓLIZA DENTRO DE LA SECCIÓN DE DEFINICIONES GENERALES.**
- 16. PRÓTESIS, DISPOSITIVOS DE CORRECCIÓN, EQUIPOS MÉDICOS QUE NO SEAN QUIRÚRGICAMENTE REQUERIDOS, A MENOS QUE SEAN NECESARIOS A CAUSA DE UNA LESIÓN, DEFORMIDAD O**

ENFERMEDAD QUE SE MANIFIESTE POR PRIMERA VEZ ESTANDO EL ASEGURADO CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.

17. TRATAMIENTO DE CUALQUIER ENFERMEDAD O LESIÓN RESULTANTE DE PARTICIPACIÓN EN GUERRA, MOTÍN, CONMOCIÓN CIVIL, O CUALQUIER ACTIVIDAD ILEGAL INCLUYENDO EL ENCARCELAMIENTO RESULTANTE O TRATAMIENTOS MIENTRAS SE ESTÉ EN SERVICIO COMO MIEMBRO DE LA POLICÍA O DE UNA UNIDAD MILITAR.
18. EL TRATAMIENTO DE CUALQUIER LESIÓN O ENFERMEDAD O CUALQUIER GASTO RESULTANTE DE CUALQUIER TRATAMIENTO, SERVICIO O SUMINISTRO QUE: (A) NO SEA MÉDICAMENTE NECESARIO; O (B) PARA UN ASEGURADO QUE NO SE ENCUENTRA BAJO LOS CUIDADOS DE UN MÉDICO; O (C) QUE NO SEA AUTORIZADO O RECETADO POR UN MÉDICO.
19. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL SIDA O CON LA PRUEBA POSITIVA DE VIH.
20. ADMISIÓN ELECTIVA EN UN HOSPITAL POR MÁS DE VEINTITRÉS (23) HORAS ANTES DE UNA CIRUGÍA PROGRAMADA, EXCEPTO SI ES APROBADA POR ESCRITO POR LA COMPAÑÍA.
21. TRATAMIENTOS DEL MAXILAR SUPERIOR, DE LA MANDÍBULA O DESÓRDENES DE LA ARTICULACIÓN DE LA MANDÍBULA INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A ANOMALÍAS DE LA MANDÍBULA, MALFORMACIONES, SÍNDROME DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, DESÓRDENES CRÁNEO MANDIBULARES U OTRAS CONDICIONES DE LA MANDÍBULA O LA ARTICULACIÓN DE LA MANDÍBULA CONECTANDO EL HUESO DE LA MANDÍBULA Y EL CRÁNEO Y EL COMPLEJO DE MÚSCULOS, NERVIOS Y OTROS TEJIDOS RELACIONADOS CON ESA ARTICULACIÓN.
22. TRATAMIENTO POR UN MIEMBRO INMEDIATO DE LA FAMILIA.
23. MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE, MEDICAMENTOS OBTENIDOS SIN RECETA, MEDICAMENTOS QUE NO FUERON ORIGINALMENTE RECETADOS MIENTRAS EL ASEGURADO ESTUVO INGRESADO EN EL HOSPITAL Y MEDICAMENTOS RECETADOS QUE NO SEAN PARTE DE LA CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO DESPUÉS DE UNA CIRUGÍA AMBULATORIA.
24. EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL PARA USO RESIDENCIAL, EXCEPTO SI ES APROBADO POR ESCRITO POR LA COMPAÑÍA.
25. TRATAMIENTO POR LESIONES SUFRIDAS MIENTRAS VIAJABA COMO PILOTO O MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN EN UNA AERONAVE PRIVADA.
26. COSTOS RELACIONADOS CON LA ADQUISICIÓN E IMPLANTACIÓN DE CORAZÓN ARTIFICIAL, APARATO MONO O BI-VENTRICULAR, OTROS ÓRGANOS ARTIFICIALES O DE ANIMALES Y TODOS LOS GASTOS RELACIONADOS CON LA CRIOPRESERVACIÓN POR MÁS DE VEINTICUATRO (24) HORAS DE DURACIÓN.
27. LESIONES O ENFERMEDADES CAUSADAS POR O RELACIONADAS CON RADIACIÓN IONIZADA, POLUCIÓN O CONTAMINACIÓN, RADIOACTIVIDAD PROVENIENTE DE CUALQUIER MATERIAL NUCLEAR, DESECHO NUCLEAR, O LA COMBUSTIÓN DE COMBUSTIBLE NUCLEAR O ARTEFACTOS NUCLEARES.
28. DISPOSITIVOS ORTÓTICOS, EQUIPOS MÉDICOS DURADEROS, IMPLANTES, QUIMIOTERAPIA Y MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS (EJ.: INTERFERÓN, PROCRIT, AVONEX, ETC.) A MENOS QUE SEAN APROBADOS CON ANTICIPACIÓN. SI APROBADOS, SERÁN PROVISTOS POR LA COMPAÑÍA O REEMBOLSADOS AL COSTO EN QUE HUBIESE INCURRIDO LA COMPAÑÍA SI LOS HUBIERA COMPRADO A SUS PROVEEDORES.
29. GASTOS RELACIONADOS CON EL SÍNDROME CEREBRAL O GASTOS CUSTODIALES EN CASO DE SENILIDAD O DETERIORO CEREBRAL.
30. CUALQUIER CARGO RELACIONADO CON DESORDENES O ENFERMEDADES CONGÉNITAS, COMO SE DEFINEN EN LA SECCIÓN DE DEFINICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, SI DICHS DESORDENES O ENFERMEDADES FUERON DIAGNOSTICADAS O CONOCIDAS CON ANTERIORIDAD A LA VIGENCIA DE LA PRESENTE PÓLIZA, A MENOS QUE LOS DESORDENES O ENFERMEDADES CONGÉNITAS SE MANIFIESTEN POR PRIMERA VEZ ESTANDO EL ASEGURADO CUBIERTO POR ESTA PÓLIZA.

CLÁUSULA QUINTA
OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA, DEL CONTRATANTE y/o ASEGURADO

DEL ASEGURADOR:

1. **GENERAL:** Sujeto a las disposiciones de esta póliza, a pagarle al Asegurado, al recibir, por los medios establecidos en esta póliza, prueba fehaciente de gastos incurridos debido a reclusión hospitalaria y otros gastos especificados, (de acuerdo a las disposiciones y condiciones y sujeto a las excepciones y limitaciones establecidas en esta póliza). Este beneficio es emitido en consideración de las declaraciones hechas en la solicitud y del pago de la prima indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza.
2. **ANUAL RENOVABLE O LIMITE ANUAL:** La Compañía reconocerá todos los gastos médicos hasta la suma máxima, por cada vigencia o renovación, según se estipula en las Condiciones Particulares en Descripción de Beneficios.
3. **COPAGOS, COASEGURO y DEDUCIBLES:** Con excepción de los gastos no elegibles y de las diferencias por gastos usuales, razonables y acostumbrados, el máximo de gastos por cuenta del Asegurado o Persona Cubierta, en cualquier año póliza, no excederá del monto de los copagos, porcentaje de coaseguro y deducibles señalados en las Condiciones Particulares, cuya suma está sujeta al tipo de servicio médico u hospitalario involucrado.

DEL CONTRATANTE y/o ASEGURADO:

1. Llenar el formulario "solicitud de seguro de hospitalización y gastos médicos", con la información allí requerida, en los términos allí indicados.
2. Pagar la prima, y/o fracción de prima pactada.
3. Cada Asegurado o Persona Cubierta debe cumplir con los copagos, porcentaje de coaseguro y con los deducibles indicados en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA SEXTA
RENOVACIONES

La Compañía podrán emitir las renovaciones de los contratos de seguros antes de haber recibido la prima correspondiente al nuevo periodo de cobertura, siempre que hubieran recibido la totalidad de la prima correspondiente al periodo anterior.

En los casos de renovación, los Contratantes o sus Corredores de Seguro deberán recibir las renovaciones con un mínimo de treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha de inicio de vigencia.

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

CLÁUSULA SÉPTIMA
PERÍODO DE GRACIA

Cuando la póliza no determine la existencia de un período de gracia, se entenderá por tal los treinta (30) días calendarios, siguientes a la fecha en que el contratante debió realizar el pago, según lo previsto en su póliza. En caso de diferencia entre el termino de período de gracia establecido en la póliza y el de esta Ley, se tendrá por válido aquel que sea más beneficioso al Contratante (Artículo 160 de la Ley N°12 de 03 de abril de 2012).

CLÁUSULA OCTAVA
SUSPENSIÓN DE COBERTURA

Cuando el Contratante haya efectuado el pago de la primera fracción de la prima y se atrase por más del término del período de gracia estipulado en el pago de alguna de las fracciones de prima subsiguientes, conforme al calendario de pago establecido en la póliza correspondiente, se entenderá que ha incurrido en incumplimiento de pago, ***lo que tiene el efecto jurídico inmediato de suspender la cobertura de la póliza hasta por sesenta (60) días calendarios.***

La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la prima dejada de pagar durante dicho período o hasta que la póliza sea cancelada, conforme a lo dispuesto en el Artículo 161 de la Ley No. 12 de 03 de abril de 2012.

Cuando se trate de seguros de salud o de vida individual, La Compañía no podrá cancelar el contrato correspondiente hasta el vencimiento del período de suspensión de sesenta (60) días calendarios (Artículo 156 de la Ley N°12 de 03 de abril de 2012).

CLÁUSULA NOVENA
AVISO DE CANCELACIÓN

Todo aviso de cancelación de la póliza deberá ser notificado mediante envío al Contratante a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la póliza que mantiene La Compañía. Copia del aviso de cancelación deberá ser enviada al corredor de seguros.

Cualquier cambio de dirección del Contratante deberá notificarlo a La Compañía, de lo contrario se tendrá por valido el último que conste en el expediente de esta.

El aviso de cancelación de la póliza por incumplimiento de pago de la prima deberá enviarse al Contratante por escrito, con una anticipación de quince (15) días hábiles. Si el aviso no es enviado, el contrato seguirá vigente y se aplicara lo que al respecto dispone el artículo 998 del Código de Comercio. (Artículo 161 de la Ley N°12 de 03 de abril de 2012).

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA
INDEMNIZACIÓN

Ver los límites de cobertura, y/o sumas aseguradas señaladas en las Condiciones Particulares de esta póliza, al igual que en la Tabla de Cobertura establecida en la Cláusula Segunda.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA
CONTROVERSIAS Y CONFLICTOS

Contra cualquier declinatoria de cualquier reclamo el Asegurado podrá interponer una Controversia ante el Ejecutivo de Controversia de La Compañía, y quien estará obligado a responder la misma por escrito dentro de un plazo no mayor de treinta (30) días calendarios, respuesta está que será vinculante para La Compañía; en caso de inconformidad por parte del asegurado, deberá indicársele que cuenta con un plazo adicional de noventa (90) días hábiles para presentar la acción administrativa que corresponda ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros (Artículo 249 de la Ley N°12 de 03 de abril de 2012).

Las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben en un (1) año como lo establece el Artículo 1651 del Código de Comercio (Artículo 250 de la Ley N°12 de 03 de abril de 2012).

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA
TÉRMINO DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO CUBIERTO, O DE SU DECLINACIÓN

DE LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO CUBIERTO:

ELEGIBILIDAD: En pólizas individuales o colectivas el Asegurado Principal debe ser mayor de dieciocho (18) años y menor de sesenta y cinco (65) años. En el caso de pólizas individuales donde se aseguren menores de dieciocho (18) como Asegurado Principal, el Contratante de la póliza debe ser una persona mayor de edad.

Además del propio Asegurado, los miembros de la familia del Asegurado que calificarán para ser Personas Cubiertas bajo las siguientes pólizas:

- En Pólizas Individuales: cualquier familiar o persona(s) al servicio del asegurado principal.
- En Pólizas Colectivas:
 1. El Cónyuge del Asegurado por matrimonio o unión consensual de hecho, siempre y cuando sea menor de sesenta y cinco (65) años.
 2. Hijos solteros del Asegurado, incluyendo hijos legalmente adoptados, niños durante el período legal de adopción e hijastros, que sean.
 - 2.1 Menores de diecinueve (19) años de edad y dependientes del Asegurado principal.
 - 2.2 Menores de veinticinco (25) años de edad que sean estudiantes a tiempo completo de una institución debidamente autorizada por autoridad competente para ejercer la actividad educativa.

El hijo dependiente, para propósito de esta póliza, se define como cualquier hijo, hijastro o menor de edad legalmente adoptado, o en proceso legal de adopción por parte del Asegurado principal y que haya sido nombrado en la solicitud, y sea menor de diecinueve (19) años, o menor de veinticinco (25) años y que dependa de sus padres, no trabaje y sea estudiante a tiempo completo de una institución académica debidamente reconocida.

A ningún hijo dependiente se le ofrecerá cobertura antes de los treinta (30) días calendario de nacido a no ser que éste nazca de una maternidad cubierta por esta póliza. Para recibir cobertura o para mantener la cobertura en vigor, el Asegurado tiene que solicitar por escrito a La Compañía que el recién nacido sea incluido en la póliza, dentro de los treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de nacimiento.

En caso de un menor de dieciocho (18) años de edad que sea adoptado legalmente por el Asegurado después de haberse completado la solicitud que forma parte de esta póliza, deberá solicitar cobertura dentro de los treinta (30) días calendario de la fecha de formalización legal de los trámites de adopción.

La cobertura de un hijo asegurado cesará en el próximo aniversario de la póliza después que deje de ser elegible de acuerdo a su edad, según lo define esta póliza.

ELEGIBILIDAD DEL CONTRATANTE PARA PÓLIZAS COLECTIVAS O DE GRUPO: Una persona natural o jurídica podrá ser elegible para contratar una póliza colectiva o de grupo si en la fecha de la solicitud cumple con los siguientes requerimientos:

- Que se trata de una empresa o entidad constituida por razones otras que, para contratar un seguro colectivo, y
- Que se dedique a una actividad o profesión que cumpla con los requisitos de selección de riesgos de La Compañía, y
- Que cumpla con las reglas de participación en el pago de la prima, y
- Que tenga una infraestructura administrativa que le permita suministrarle a La Compañía copias de los registros de planillas y cualquier otra documentación que ésta considere necesaria para verificar la elegibilidad de sus empleados o asociados.

ELEGIBILIDAD DEL INDIVIDUO PARA PÓLIZAS COLECTIVAS O DE GRUPO: Este seguro se puede emitir como una póliza colectiva o de grupo para asegurar a personas que sean miembros de un grupo natural que tenga por lo menos diez (10) personas elegibles como Asegurado principal a quién se le emitirá un certificado de seguro. Califican para ser asegurados bajo una póliza colectiva o de grupo:

1. Los empleados de una empresa privada o de una entidad gubernamental o autónoma del Estado, contratante de la póliza colectiva o de grupo,
 - Que cumplan con los requisitos de elegibilidad descritos en esta póliza, y
 - Que sean empleados permanentes, que laboren a tiempo completo, y
 - Que sean menores de sesenta y cinco (65) años de edad, y
 - Que reúnan los requisitos de asegurabilidad de La Compañía, y
 - Que estén de acuerdo en pagar la contribución de la prima que sea requerida.
2. Los socios de cooperativas, de asociaciones de empleados o de cualquier persona jurídica que conforme un grupo homogéneo, contratante de la póliza colectiva o de grupo,
 - Que cumplan con los requisitos de elegibilidad descritos en esta póliza, y
 - Que sean miembros permanentes de la colectividad que se asegura, y
 - Que sean menores de sesenta y cinco (65) años de edad, y
 - Que reúnan los requisitos de asegurabilidad de La Compañía, y
 - Que estén de acuerdo en pagar la contribución de la prima que sea requerida.

DERECHO A CONVERSIÓN: Cuando se trate de pólizas colectivas, se le otorga el privilegio al Asegurado o Persona Cubierta para que adquiera una póliza individual de salud, con beneficios similares a los que tiene en la póliza colectiva, sin tener que dar evidencia de asegurabilidad, siempre y cuando haya estado por lo menos cinco (5) años asegurado bajo el mismo grupo o colectividad.

Es elegible para este beneficio, todo Asegurado o Persona Cubierta que deje de pertenecer al grupo asegurado bajo una póliza colectiva, y que envíe el formulario de solicitud para una póliza individual a La Compañía dentro de los treinta y un (31) días calendario, contados a partir de la fecha de la separación del Asegurado o Persona Cubierta de la póliza colectiva.

Este beneficio también aplica para el hijo dependiente, cónyuge y/o cualquier otro miembro del grupo familiar, si es Persona Cubierta, en el momento en que deja de ser elegible como tal en la póliza colectiva o certificado de seguro del Asegurado principal, siempre y cuando haya estado por lo menos cinco (5) años asegurado bajo el mismo grupo o colectividad. En este caso, deberá enviar el formulario de solicitud para una póliza individual a La Compañía dentro de los treinta y un (31) días calendario, contados a partir de fecha en que dejó de ser elegible como Persona Cubierta en la póliza o certificado del Asegurado principal. **La prima a pagar será basada en la tarifa de La Compañía para la clase de riesgo y el rango de edad al cual pertenezca el Asegurado o Persona Cubierta. Aplica igual para el hijo dependiente, cónyuge y/o cualquier otro miembro del grupo familiar, si es Persona Cubierta.**

DE LA DECLINACION DEL RIESGO:

De conformidad con lo establecido en los artículos 148, 154, 155, y de más normas aplicables, de la Ley N°12 de 03 de abril de 2012, la presentación de cualquier reclamo está sujeta al pago de la prima, y/o fracción pactada.

DOLO O FRAUDE: De igual manera, La Compañía evalúa las reclamaciones que se le presenten para el pago de indemnizaciones por siniestros, presuntamente cubiertos por la póliza, basada en que las declaraciones hechas por el Asegurado sean veraces.

Por tanto, la falta de veracidad, declaración falsa o inexacta de información relevante, demora en la entrega de documentos o la declaración de hechos que a la luz de las circunstancias en que fueron realizados puedan resultar falsos o inexactos u omitidos con dolo por parte del Asegurado, habiendo sido corroboradas por cualquiera de los medios de prueba aceptados por la Ley, le dará derecho a La Compañía a negar cualquier reclamo presentado con base en la misma y acarreará la nulidad de la cobertura de seguro, a partir de la fecha en que La Compañía tenga conocimiento de dicha falta.

DECLARACION INEXACTA U OCULTAMIENTO: La Compañía suscribe y emite la póliza, bajo la presunción de que las declaraciones e información relevante contenidas en la solicitud de seguro, son veraces.

No obstante, se aclara que según el Artículo 1000 del Código de Comercio, toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas por el Asegurado que hubieran podido influir de cualquier modo en la existencia o condiciones de esta póliza, trae consigo la nulidad de la misma.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA
LEY APLICABLE

Esta póliza se regirá e interpretará con arreglo a las Leyes de la República de Panamá. En caso de controversias y/o diferencias entre las partes, provenientes o relacionadas con la presente póliza, o su interpretación, que no puedan ser resueltas amigablemente, las mismas serán sometidas a los Tribunales de Justicia de la República de Panamá que resulten competentes para conocer de dichas controversias o diferencias.

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

CLAUSULA DÉCIMO QUINTA
PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

REQUERIMIENTO DE PRE-AUTORIZACION: Los beneficios de esta póliza se ofrecen principalmente a través de los proveedores participantes. Siempre que el Asegurado o Persona Cubierta tenga conocimiento previo de que va a ser hospitalizado, tiene que avisar a La Compañía con setenta y dos (72) horas de anticipación para permitir que La Compañía agilice los trámites de asignación de beneficios al hospital, de manera que el Asegurado o Persona Cubierta pueda ingresar sin mayores demoras o inconvenientes. Para tal efecto, el Asegurado o Persona Cubierta debe llenar el formulario de pre-autorización suministrado por La Compañía y remitírselo dentro de ese período a fin de recibir la correspondiente autorización para ingresar al hospital. Cuando se trate de una hospitalización de emergencia, este proceso debe efectuarse dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la admisión al hospital. **EL NO CUMPLIR CON ESTE REQUISITO CONLLEVA UNA PENALIZACIÓN QUE DISMINUYE EL BENEFICIO EN UN CINCUENTA POR CIENTO (50%).**

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA: El Asegurado o Persona Cubierta deberá notificar a La Compañía, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de la fecha programada para cualquier cirugía electiva o cualquier tipo de cirugía que no sea de emergencia, a fin de que La Compañía determine si una segunda opinión médica es requerida. De requerirse una segunda opinión médica, ésta será pagada al cien por ciento (100%) por La Compañía y ésta se reserva el derecho de designar o aceptar el Médico que dará la segunda opinión. Si esta segunda opinión no es afirmativa, La Compañía pagará el cien por ciento (100%) de una tercera opinión médica. Si la segunda o tercera opinión médica es afirmativa, la cirugía se cubrirá de acuerdo a los parámetros establecidos en esta póliza. **SIN EMBARGO, SI LA SEGUNDA Y LA TERCERA OPINIÓN MÉDICA DETERMINAN QUE LA CIRUGÍA NO SE DEBE EFECTUAR Y EL ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA SE SOMETE A DICHA INTERVENCIÓN LA PÓLIZA NO PAGARÁ BENEFICIOS.**

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR PRE-AUTORIZACIÓN PARA EXÁMENES ESPECIALES: Siempre que el Asegurado, que no se encuentre hospitalizado y necesite someterse a cualquier examen especial cuyo costo individual o la suma de varios supere el monto de doscientos balboas (B/.200.00) solicitará a La Compañía una pre-autorización para recibir cobertura bajo esta póliza. Debe remitir el formulario de pre-autorización contestado por el médico tratante, acompañado del cuadro clínico correspondiente, para la evaluación de La Compañía. **EL NO CUMPLIR CON ESTE PROCEDIMIENTO RESULTARÁ EN LA REDUCCIÓN DEL BENEFICIO HASTA EN UN CINCUENTA POR CIENTO (50%).**

AVISO DE SINIESTRO Y DE RECLAMACIÓN: Deberá darse aviso previo a La Compañía en caso de requerirse una hospitalización programada (dentro de las setenta y dos (72) horas previas a la hospitalización) y aviso inmediato (dentro de las veinticuatro (24) horas de suceder el siniestro) en caso de una hospitalización a consecuencia de un accidente o

emergencia médica y remitir los documentos que sustentan la reclamación, dentro de los noventa (90) días calendario después de haber ocurrido el siniestro o comenzado alguna pérdida o gasto cubierto.

En el caso de gastos incurridos que estén sujetos a un deducible previo para recibir beneficios, entonces el período de noventa (90) días calendario, se contarán a partir de la fecha en que se ha completado el deducible anual que para dicho beneficio establece esta póliza. En caso de no remitir el reclamo en el tiempo aquí estipulado, dará derecho a La Compañía a declinar la cobertura o pagar únicamente el cincuenta por ciento (50%) de los beneficios que esta póliza concede o a denegar el pago de los beneficios correspondientes.

PAGO DE BENEFICIOS A LOS PROVEEDORES Y AL ASEGURADO: Los beneficios de la presente póliza están diseñados para ser pagados a los proveedores participantes directamente, luego de que el Asegurado o Persona Cubierta haya pagado los correspondientes copagos, coaseguro y deducible, por el o los servicio (s) médico (s) recibido (s).

En el caso de gastos elegibles incurridos o pagados por el Asegurado, los mismos serán reembolsados al Asegurado contra la presentación de los documentos (facturas, entre otros) que evidencien dicho gasto, los cuales deberán ser entregados a La Compañía conjuntamente con el formulario de reclamación firmada por el médico tratante, dentro de los noventa (90) días calendario después de haber completado el deducible anual que para dicho beneficio establece esta póliza. **De no utilizar la Red de Proveedores, el Asegurado y/o sus Personas cubiertas o dependientes deberá (n) pagar el total de los gastos y posteriormente deberá presentar su reclamación para reembolso a La Compañía de Seguros, donde se aplicará como justo, razonable y acostumbrado el máximo que cubre la Red de Proveedores.**

EVIDENCIA DE PÉRDIDAS: Un aviso escrito dado por el Asegurado o un representante a su nombre, a La Compañía, o a cualquier agente autorizado de la Compañía, con suficiente información para poder identificar al Asegurado, se considerará aviso dado a La Compañía. Ninguna reclamación será denegada o reducida si se somete prueba fehaciente de que la evidencia de tal reclamación no pudo razonablemente someterse durante el período establecido (noventa (90) días calendario), disponiéndose que tal evidencia sea sometida en un tiempo razonable y en ningún caso, excepto por incapacidad legal, más allá de un (1) año desde que la evidencia era requerida bajo las disposiciones de esta póliza.

TIEMPO PARA EL PAGO DE RECLAMACIONES: Los beneficios bajo esta póliza debido a cualquier pérdida cubierta, serán pagaderos dentro de los treinta (30) días calendario de haber recibido en La Compañía, todos los documentos que conformen la prueba escrita de tal pérdida.

PAGO DE RECLAMACIONES: Los beneficios cubiertos bajo esta póliza serán pagados al Asegurado o a los proveedores, si hay una asignación de beneficios en el formulario de reclamo. Cualquier pérdida acumulada y no pagada a la fecha del fallecimiento del Asegurado será pagadera a sus herederos judicialmente declarados mediante sentencia en firme.

EXÁMENES FÍSICOS: La Compañía podrá, asumiendo los gastos necesarios, examinar al Asegurado o a una Persona Cubierta a través del médico que La Compañía designe, tan regularmente como considere razonablemente necesario durante el tiempo en que una reclamación esté pendiente.

OTROS SEGUROS: Si existiesen otros seguros que amparen riesgos cubiertos por esta póliza, se seguirán las siguientes reglas:

- a. El Asegurado deberá informar de forma inmediata a La Compañía y por escrito, la existencia de los mismos.
- b. El seguro de mayor antigüedad será el primero en dar cobertura al reclamo, de acuerdo con los términos y condiciones acordados en dicho seguro.
- c. En caso de que el primer seguro no cubra en su totalidad los gastos del siniestro, entonces y de conformidad con la Ley, las pólizas adicionales deberán pagar, de acuerdo al orden cronológico de antigüedad de contratación, los gastos cubiertos por ellas, los cuales, sumados a los pagos efectuados por los otros, en ningún momento podrán exceder el cien por ciento (100%) de los gastos del siniestro.
- d. En caso de que existan dos o más seguros contratados en la misma fecha y hora, la indemnización será proporcional a la responsabilidad asumida en cada póliza.

SI EL ASEGURADO OMITE INTENCIONALMENTE EL AVISO DE QUE TRATA ESTA CLÁUSULA O SI CONTRATA LOS DIVERSOS SEGUROS PARA OBTENER UN PROVECHO ILÍCITO, LA COMPAÑÍA QUEDARÁ LIBERADA DE SUS OBLIGACIONES.

SUBROGACION: Por subrogación se entenderá el derecho de La Compañía de recuperar de cualesquiera fuentes, los pagos hechos basándose en la Póliza de Salud por lesiones recibidas por el Asegurado Principal o sus Familiares Asegurados, ya sean causadas por terceras personas o mientras la persona asegurada utiliza o maneja vehículos o equipos propios o de terceras personas que tienen cobertura para dichas lesiones.

La Compañía podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipos, o de los Contratantes de éstos. En igual forma lo podrá hacer del Asegurado Principal o sus dependientes, si han recuperado ellos los pagos en violación del derecho de subrogación.

DERECHO DE SUBROGACIÓN: La Compañía pagará al Asegurado Principal o a quien éste señale, el beneficio de la Póliza sujeto a que el Asegurado Principal y/o sus Familiares Asegurados:

- a) Firmen el finiquito respectivo y subroguen a La Compañía todos y cada uno de los derechos que pudieran corresponderle conforme a esta cláusula;
- 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.

PRESCRIPCIÓN DEL RECLAMO: Las acciones derivadas del presente contrato de seguro, prescribirán en el plazo de un (1) año, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1651 del Código de Comercio de la República de Panamá, plazo este que se contará a partir del momento que la obligación sea exigible.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA **NULIDAD**

La validez del contrato de seguro estará sujeta al pago de la prima por parte del Contratante, conforme a lo establecido en la póliza respectiva. La prima podrá ser pagada al contado o de manera fraccionada, según convengan La Compañía y el Contratante, acuerdo que se extiende a las renovaciones subsiguientes. Una vez convenida la forma de pago, solo podrá ser cambiada mediante acuerdo entre las partes (Artículo 148 de la Ley N°12 de 03 de abril de 2012).

Cualquiera que sea la forma de pago, el Contratante deberá cumplir con el pago total o primer pago fraccionado a la emisión de la póliza. El incumplimiento del Contratante de dicha obligación conllevará la nulidad absoluta del contrato, sin necesidad de declaración judicial alguna, por lo que se entenderá que la póliza nunca entro en vigencia, aunque hubiera sido emitida en contravención a esta norma, por lo cual no se aplicará lo dispuesto en el Artículo 998 del Código de Comercio (Artículo 154 de la Ley N°12 de 03 de abril de 2012).

Toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, por La Compañía o por los representantes de uno u otro que hubieran podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato, traen consigo la nulidad del mismo. Si la falsedad o la inexactitud proviniera del Asegurado o de quien lo represente, La Compañía tiene derecho a los premios pagados; si proviniera de La Compañía o su representante, el Asegurado puede exigir la devolución de lo pagado por premios, más un diez por ciento (10%) en calidad de perjuicios (Artículo 1000 del Código de Comercio).

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA **COMUNICACIONES**

Cualesquiera comunicaciones, notificaciones, pagos y/o avisos al Contratante, y/o Asegurado, serán dirigidos a la última dirección física, postal o electrónica que de él conste en el expediente de la póliza que mantiene La Compañía.

CLAUSULA DÉCIMO OCTAVA
GENERALIDADES

10 DÍAS PARA EXAMINAR LA PÓLIZA.

El Asegurado puede devolver esta póliza, sin justificación, a la Oficina Principal de La Compañía, dentro de diez (10) días calendario siguientes a la fecha de su entrega, a cambio de un reembolso total de la prima y la cancelación de la póliza.

CONTRATO ÚNICO Y CAMBIOS NO PREVISTOS EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES: Esta póliza junto a su solicitud y endosos, de existir alguno, constituyen el único contrato entre La Compañía y el Contratante. Salvo por el ajuste de primas y los cambios señalados. Ningún cambio en las Condiciones Particulares será válido a menos que sea solicitado por escrito por el Contratante y aprobado por un oficial ejecutivo de La Compañía. Tal cambio deberá señalarse mediante un endoso, el cual formará parte integral de esta póliza, a partir de la fecha de su emisión. Cualquier cambio a las Condiciones Generales de la póliza debe ser autorizado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

PAGO DE LA PRIMA: El pago de la prima a tiempo es responsabilidad del Contratante y/o Asegurado. Cualquiera sea la forma de pago, el Contratante deberá cumplir con el pago total o primer pago fraccionado de prima para que la póliza entre en vigencia.

REGISTROS E INFORMES: Cuando se trate de pólizas colectivas o de grupo, el contratante mantendrá un registro de las personas aseguradas bajo esta póliza y remitirá a La Compañía el pago de las primas del grupo en la forma que esté estipulado en las Condiciones Particulares. El Contratante enviará a La Compañía la información referente a las personas que son elegibles, luego de la fecha de efectividad de la póliza. Todos los registros del Contratante, que estén relacionados con la administración de esta póliza estarán disponibles para la inspección de La Compañía, cada vez que ella lo estime necesario. Cualquier error cometido en relación a estos registros no invalidará la cobertura que esté legalmente en vigor, ni continuará aquella cobertura que legalmente hubiese terminado, pero al tener conocimiento del error, se harán los ajustes correspondientes en primas y/o cobertura.

ACCIONES LEGALES: Ninguna acción de ley o equidad para cobrar beneficios bajo esta póliza podrá ser instituida durante los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha en que la evidencia completa de la reclamación haya sido sometida a La Compañía.

DECLARACIÓN INCORRECTA DE EDAD: Si la edad de alguna Persona Cubierta no es notificada correctamente, las cantidades pagaderas bajo esta póliza serán aquellas que la prima pagada cubriría para la edad correcta, según los estándares de La Compañía.

AJUSTE DE PRIMA POR TERMINACIÓN DE UNA PERSONA CUBIERTA: Después de la terminación de cobertura de un Asegurado o Persona Cubierta, la prima de esta póliza podrá ser ajustada a la prima correcta para las restantes Personas Cubiertas.

MUERTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA: Cualquier prima pagada para un período de cobertura posterior a la muerte de cualquier Persona Cubierta será reembolsada en forma prorrateada. Si la persona fallecida es el Asegurado Principal de la póliza, otros de los integrantes de la póliza (mayor de edad) podría convertirse en el Asegurado Principal manteniendo las mismas condiciones de la póliza, si efectúa la debida solicitud por escrito y acompaña prueba de defunción del Asegurado.

OPCIÓN PARA EXAMINAR LA PÓLIZA: Si esta póliza no es satisfactoria podrá ser devuelta, dentro de los diez (10) días calendario a partir de su entrega al Asegurado, a la Oficina Principal de La Compañía o a su Corredor de Seguros y cualquier prima pagada sobre la misma se devolverá. Si no se devuelve la póliza, se entenderá que el Asegurado la ha aceptado y ha convenido en obligarse por sus términos, disposiciones y condiciones.

NO PARTICIPANTE: Esta póliza no dará derecho al Asegurado ni a ninguna Persona Cubierta a participar de las utilidades de La Compañía.


NORMA SUPLETORIA: En lo no previsto en las presentes condiciones generales o particulares, este Contrato se regirá por las disposiciones legales que rigen la materia.

DOMICILIO: Para los efectos de esta póliza y los beneficios que ésta ofrece, el Asegurado Principal deberá al momento de contratar este seguro y posteriormente, residir de forma habitual y permanentemente dentro de la República de Panamá. La falta de cumplimiento de esta condición acarreará la terminación de la póliza sin derecho a que el Asegurado tenga reclamación alguna contra La Compañía.

Se fija como domicilio de las partes, la República de Panamá.

MODIFICACIONES: Todas las modificaciones o Endosos a esta póliza deberán ser firmados por un colaborador autorizado de La Compañía y por el Asegurado. ESTAS SON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA No.:

“Este modelo de Póliza ha sido autorizado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para ser comercializado entre el público consumidor mediante Resolución N° DRLA-062”


ASEGURADORA ANCÓN, S.A.

Firma de Asegurado y/o Contratante