

ASEGURADORA ANCÓN S.A.

R.U.C.:30746-0002-240130 D.V. 72

DIRECCIÓN: COSTA DEL ESTE, TORRE ASEGURADORA ANCÓN

TELÉFONOS: 210-8700/8787 305-7500/7575

**PÓLIZA COMPRENSIVA DE SALUD****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 Aseguradora) se compromete, sujeto a las disposiciones de esta póliza, lo cual incluye sus Condiciones Particulares, Generales, Endosos, Anexos y Solicitud de Seguro, a pagarle al Asegurado /Contratante nombrado en las Condiciones Particulares (de aquí en adelante llamado el Asegurado), al recibir en su Oficina Principal 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 de Seguro, cuya copia se incluye para formar parte integral de esta póliza, y al pago de la prima, según se estipula en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA 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 ENTIENDO 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 ASEGURADORA O A PARTIR DE LA FECHA EN QUE SEA RECIBIDA LA SOLICITUD EN LA ASEGURADORA, LA FECHA QUE SEA POSTERIOR.**
- **LA ASEGURADORA 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 EL ASEGURADOR AL MOMENTO DE SUSCRIBIR LA PÓLIZA.**

PARÁGRAFO: NO HABRÁ LÍMITE DE EDAD EN LAS RENOVACIONES PARA LA COBERTURA DE LOS ASEGURADOS O PERSONA CUBIERTA O DEPENDIENTE EN PÓLIZAS INDIVIDUALES.

CLÁUSULA SEGUNDA
COBERTURAS

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

- HOSPITALIZACIONES:** Luego que el Asegurado o Persona Cubierta haya satisfecho el deducible establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, indemniza los gastos elegibles incurridos en concepto de servicios prestados por hospitales participantes de la red al cien por ciento (100%).

En los casos que la Hospitalización sea a causa o consecuencia de condiciones nombradas como Gastos Médicos Mayores (ver página 11), se cubrirá al cien por ciento (100%) después del deducible año póliza correspondiente y cada condición o enfermedad nombrada estará limitada a un veinticinco por ciento (25%) de la suma asegurada año póliza y descrita en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Se incluyen dentro de este beneficio, única y exclusivamente los siguientes gastos:

GASTO ELEGIBLE	BENEFICIOS
CUARTO Y ALIMENTACIÓN	La Aseguradora pagará el cien por ciento (100%) del valor de un cuarto privado regular en los hospitales participantes en la República de Panamá, por reclusión relacionada a una misma enfermedad, lesión o tratamiento, de acuerdo a costos Usuales, Razonables y Acostumbrados según área geográfica.
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	La Aseguradora pagará el cien por ciento (100%) del valor por el uso de la unidad de cuidados intensivos, de acuerdo a costos Usuales, Razonables y Acostumbrados según área geográfica.
GASTOS MISCELÁNEOS DEL HOSPITAL	La Aseguradora pagará el cien por ciento (100%) del valor por los gastos misceláneos, de acuerdo a costos Usuales, Razonables y Acostumbrados según área geográfica.

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 Aseguradora, 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, se 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

3.1. HONORARIOS DEL CIRUJANO PRINCIPAL:

Durante una hospitalización, este beneficio pagará el cien por ciento (100%) de los costos usuales, razonables y acostumbrados según área geográfica.

En los casos que la hospitalización y/o procedimiento quirúrgico sea a causa o consecuencia de condiciones nombradas como Gastos Médicos Mayores (ver página 11), se cubrirá al cien por ciento (100%) después del deducible año póliza correspondiente y cada condición o enfermedad nombrada estará limitada a un veinticinco por ciento (25%) de la suma asegurada año póliza y descrita en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de médicos no-participantes el Asegurado deberá cancelar la totalidad de los gastos y presentarlo para reembolso a La Aseguradora, 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.

3.2. CIRUJANO ASISTENTE Y ANESTESIÓLOGO:

Previa autorización de La Aseguradora, y sólo en casos de cirugía de corazón abierto, columna cervical, cráneo y cerebro (encéfalo) y cirugías oncológicas, 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 anesthesiólogo también está limitado al cuarenta (40%) del pago que corresponda al cirujano principal. Este pago aplicará solo en los casos cuando un médico anesthesiólogo 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 cincuenta por ciento (50%) del costo del (de los) procedimiento (s) que resulte (n) ser de menor costo.

3.3 HONORARIOS DE OTROS MÉDICOS TRATANTES:

Durante una hospitalización este beneficio pagará el cien por ciento (100%) del costo razonable y acostumbrado según área geográfica.

En los casos que la hospitalización y/o procedimiento quirúrgico sea a causa o consecuencia de condiciones nombradas como Gastos Médicos Mayores (ver página 11), se cubrirá al cien por ciento (100%) después del deducible año póliza correspondiente y cada condición o enfermedad nombrada estará limitada a un veinticinco por ciento (25%) de la suma asegurada año póliza y descrita en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de médicos no-participantes el Asegurado deberá cancelar la totalidad de los gastos y presentarlo para reembolso a La Aseguradora, 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.

4. ATENCIÓN EN EL EXTRANJERO:

Accidentes o Emergencias médicas:

Si por motivo de viaje de turismo o negocio, el Asegurado se encuentre fuera del país de residencia declarada hasta un máximo de cuarenta y cinco (45) días continuos y requiera atención por accidente o enfermedad por cualquier condición cubierta por la póliza, este beneficio cubrirá el cien por ciento (100%) de los gastos y hasta un máximo por persona cubierta por evento del diez por ciento (10%) de la suma asegurada contratada y descrita en las Condiciones Particulares de la póliza y de acuerdo a los costos usuales, razonables y acostumbrados según área geográfica.

Tratamiento Electivo o Programado:

En el caso de atenciones fuera del país de residencia declarada para tratamiento electivo y/o programado que requiera hospitalización o no, por cualquier condición cubierta por la póliza, el Asegurado deberá tramitar una preautorización y presentar una certificación del médico tratante que confirme que es médicamente necesaria la atención fuera de la República de Panamá.

De ser aprobado se aplicará como razonable y acostumbrado el máximo que cubre la Red de Proveedores de Panamá, pero nunca se pagará una suma mayor a la pactada con los Proveedores participantes en Panamá por servicio similar y se cubrirá el cien por ciento (100%) de los gastos y hasta un máximo por evento del diez por ciento (10%) de la suma asegurada contratada y descrita en las Condiciones Particulares de la póliza.

5. USO DEL CUARTO DE URGENCIAS:

Son 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. Estas atenciones se cubrirán así:

5.1 Urgencia por Lesión Accidental:

Cubre al cien por ciento (100%) los costos del uso de un Cuarto de Urgencia y de los honorarios de un Médico Especialista en base a costos usuales, razonables y acostumbrados del área geográfica. Este beneficio aplica, aunque el Asegurado o Persona Cubierta no requiera hospitalización. Se reconocen bajo esta cobertura: accidentes, cuidado dental por pérdida o daño de dientes naturales en buen estado a causa de un accidente cubierto por la póliza, heridas, laceraciones, fracturas, esquinces, dislocaciones, picaduras de insectos, mordeduras de animales y quemadura.

5.2 Urgencia por Emergencia Médica (Crítico Detallada): Cubre al cien por ciento (100%) los costos del Cuarto de Urgencia de los honorarios de un Médico Especialista en base a costos usuales, razonables y acostumbrados del área geográfica por cualquier condición considerada una “emergencia médica”.

Se reconocen bajo esta cobertura: Hemorragias de todo tipo, dolor torácico agudo, asfixia, cólico renal o hepático, vómitos y diarreas severas, dolor abdominal agudo, crisis hipertensiva, cefalea súbita, embolia pulmonar, ataque agudo de asma bronquial, dificultad respiratoria, convulsiones, intoxicaciones alimenticias y envenenamiento ocasionado por el consumo de alimentos, reacción febril persistente, episodios neurológicos, estado de shock o coma, pérdida del conocimiento, obnubilación mental, desorientación súbita, reacción alérgica aguda, sangre en la orina.

En los casos que urgencia por emergencia médica sea a causa o consecuencia de condiciones nombradas como Gastos Médicos Mayores (ver página 11), se cubrirá al cien por ciento (100%) después del deducible año póliza correspondiente y cada condición o enfermedad nombrada estará limitada a un veinticinco por ciento (25%) de la suma asegurada año póliza y descrita en las Condiciones Particulares de la Póliza.

5.3. Urgencia por Emergencia Médica (No Crítico Detallada): Se considera dentro de esta cobertura cualquier condición no incluida dentro de las críticas detalladas y mencionadas en el párrafo anterior. Luego de cubierto el deducible establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, la Aseguradora pagará el (100%) de acuerdo a costos Usuales, Razonables y Acostumbrados según área geográfica. por cualquier condición considerada una “emergencia médica (no crítico detallada)”, y el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares de la póliza de los honorarios del Médico Especialista que atienda dicha emergencia en base a costos usuales y acostumbrados según área geográfica.

En los casos que la urgencia por emergencia Médica No Crítico Detallada sea a causa o consecuencia de condiciones nombradas como Gastos Médicos Mayores (ver página 11), se cubrirá al cien por ciento (100%) después del deducible año póliza correspondiente y cada condición o enfermedad nombrada estará limitada a un veinticinco por ciento (25%) de la suma asegurada año póliza y descrita en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cualquier condición no considerada una “lesión accidental” o una “emergencia médica (Crítico Detallada)”, que sea atendida o tratada en el Cuarto Urgencias de un hospital, se cubrirá abajo en beneficio de “Urgencia Médica

(no Crítico Detallada)”. De igual forma, cualquier atención en el Cuarto Urgencias posterior a las cuarenta y ocho (48) horas de la aparición de los síntomas de una condición considerada “emergencia médica (Crítico Detallada)” o de haber ocurrido un accidente, será igualmente considerada como una “Urgencia Médica (No Crítico Detallada)”.

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.

6. CIRUGÍA AMBULATORIA:

Siempre que se trate de hospitales y médicos participantes, 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 anesthesiólogo, según se describe a continuación:

6.1 CIRUGÍA AMBULATORIA MAYOR:

Luego de cubierto el deducible establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, La Aseguradora pagará el cien por ciento (100%) de acuerdo a costos Usuales, Razonables y Acostumbrados de 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 anesthesiólogo según cobertura descrita en las Condiciones Particulares de la póliza.

En los casos que la cirugía ambulatoria sea a causa o consecuencia de condiciones nombradas como Gastos Médicos Mayores (ver página 11), se cubrirá al cien por ciento (100%) después del deducible año póliza correspondiente y cada condición o enfermedad nombrada estará limitada a un veinticinco por ciento (25%) de la suma asegurada año póliza y descrita en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Comprende, pero no se limita a: intervenciones de la pared abdominal, principalmente hernias, previa cuidadosa valoración según sus características; varices; intervenciones de proctología (hemorroides, fistulas y fistulas perianales); enfermedades benignas de la mama; intervenciones de vesícula por vía laparoscópica, si bien se trata de una técnica mínimamente invasiva. De otras disciplinas : en oftalmología, cirugía de estrabismo, párpados y cataratas; en cirugía plástica injertos de piel, en otorrinolaringología extirpación de pólipos en cuerdas vocales, cirugía de tímpanos y microcirugía de laringe; en traumatología artroscopias (terapéuticas y/o diagnósticas), cirugía de túnel carpiano y de tendones; en urología, fimosis, frenillo, patología del testículo, cistoscopias, tratamientos de hidroceles y varicoceles; en ginecología, laparoscopia diagnóstica y para extirpación de pequeños tumores, legrados uterinos, y en endoscopias del aparato digestivo.

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 Aseguradora, 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.

6.2. CIRUGÍA AMBULATORIA MENOR:

Luego de cubierto el deducible establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, La Aseguradora pagará el cien por ciento (100%) de acuerdo a costos Usuales, Razonables y Acostumbrados de 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 anesthesiólogo según cobertura descrita en las Condiciones Particulares de la póliza.

En los casos que la cirugía ambulatoria sea a causa o consecuencia de condiciones nombradas como Gastos Médicos Mayores (ver página 11), se cubrirá al cien por ciento (100%) después del deducible año póliza correspondiente y cada condición o enfermedad nombrada estará limitada a un veinticinco por ciento (25%) de la suma asegurada año póliza y descrita en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Comprende, pero no se limita a: uña encarnada, drenaje o desbridamiento de infecciones de la piel, abscesos, forúnculos o panadizos, exéresis de hidrosadenitis crónica, quistes sebáceos, lipomas, verrugas, quistes epidérmicos, fibromas blandos, queratosis seborreica, tumores epidermoides, cuerpo extraño, úlceras, paroniquias, exéresis de la uña, reconstrucción de heridas, desbridamientos de heridas, quemaduras, úlceras o tejidos desvitalizados, entre otras.

En caso de que la cirugía se efectúe en 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 Aseguradora, 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. CONDICIONES CONGÉNITAS, GENÉTICAS Y/O CROMOSÓMICAS:

En caso de Asegurados no nacidos bajo la póliza, este beneficio siempre y cuando la (s) condición(es) sea (n) desconocida (s) por el Asegurado al momento de la suscripción de la póliza y después de dos (2) años de vigencia de la cobertura del Asegurado o Persona Cubierta, cubrirá al cien por ciento (100%) y hasta un máximo vitalicio del veinticinco por ciento (25%) de la suma asegurada contratada y descrita en las Condiciones Particulares de la póliza, de acuerdo a los costos usuales, razonables y acostumbrados según el área geográfica hasta el límite indicado.

8. TRATAMIENTO POR SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA):

Después de dos (2) años de vigencia de la cobertura del Asegurado o Persona Cubierta, cubrirá al cien por ciento (100%) después del deducible y hasta un máximo vitalicio del diez por ciento (10%) de la suma asegurada contratada y descrita en las Condiciones Particulares de la póliza, de acuerdo a los costos usuales, razonables y acostumbrados según el área geográfica hasta el límite indicado. Este beneficio incluye los honorarios del médico tratante y aplica para hospital y médico participante o no-participante. También aplica para tratamientos que el Asegurado o Persona Cubierta reciba como paciente internado en un hospital o como paciente ambulatorio o por tratamientos recibidos fuera de un hospital.

9. 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, y hasta por las sumas a continuación señaladas:

Ambulancia Aérea: Dentro de la República de Panamá paga el cien por ciento (100%) del costo usual y acostumbrado según área geográfica hasta un total de MIL BALBOAS CON 00/100 (B/.1,000.00) por ocurrencia según las estipulaciones descritas en las Condiciones Generales.

Ambulancia Terrestre: Dentro de la República de Panamá paga cien por ciento (100%) del costo usual y acostumbrado de una ambulancia terrestre, según las estipulaciones descritas en las Condiciones Generales.

10. GASTOS FUERA DE HOSPITAL:

Luego de cubierto el deducible establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, La Aseguradora pagará el cien por ciento (100%) de acuerdo a costos Usuales, Razonables y Acostumbrados según el área geográfica de los gastos elegibles 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 diagnóstico y/o tratamiento del Cáncer.
- Del costo de equipo médico durable, limitado a un máximo vitalicio de CINCO MIL BALBOAS VCON 00/100 (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 Aseguradora y se cumpla con el requisito de pre-autorización;
- Del costo de exámenes especiales, tales como, entre otros, laboratorios, ecocardiograma, resonancia magnética ("MRI"), tomografía computarizada ("CT SCAN"), conducción nerviosa ("NCV, EMG"), electromiograma, prueba cardiovascular no invasiva ("Holter"), y cualquier otro que sea médicamente necesario, siempre y cuando, sean aprobadas por La Aseguradora y se cumpla con el requisito de pre-autorización según se detalla en las Condiciones Generales.

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 Aseguradora, donde se aplicarán las condiciones establecidas de esta cobertura y según la tarifa usual, razonable y acostumbrado al 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.

11. GASTOS MÉDICOS MAYORES: Todos los gastos de hospital, honorarios médicos, cirugía ambulatoria, gastos fuera de hospital, urgencias y cualquier otro gasto incurrido que sean a causa o consecuencia de condiciones nombradas como Gastos Médicos Mayores (ver página 11) serán cubiertas al cien por ciento (100%) después del deducible año póliza correspondiente y cada condición o enfermedad nombrada estará limitada a un veinticinco por ciento (25%) de la suma asegurada año póliza y descrita en las Condiciones Particulares de la Póliza.

CLÁUSULA TERCERA DEFINICIONES

Donde quiera 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, o las lesiones personales ocasionadas dolosamente por un tercero sólo se considerarán accidentes si se comprueba que el Asegurado o Persona Cubierta no provocó el incidente.

AMBULANCIA AÉREA: Transporte aéreo de emergencia, desde el aeropuerto adecuado más cercano al hospital donde el Asegurado o Persona Cubierta, herido o enfermo 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 atención médica considerada emergencia o a consecuencia de una hospitalización y
- (b) Deberá ser considerado médicamente necesario (*) y
- (c) Deberá ser previamente aprobado y coordinado por La Aseguradora.

(*) 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.

ANEXO O ENDOSO: Cualquier adición a la Póliza que aclara, explica o modifica la misma.

ANUAL RENOVABLE O LÍMITE ANUAL: Se refiere al monto máximo a indemnizar por gastos médicos incurridos, aprobados y pagados por La Aseguradora durante una vigencia o renovación de la póliza. Este límite no será reducido por edad durante la vida del Asegurado mientras se encuentre vigente la Póliza. Si el Asegurado mantiene dos o más pólizas vigentes con La Aseguradora, individuales o colectivas, La Aseguradora pagará hasta el máximo de la póliza con mayor límite.

AÑO PÓLIZA: Significa los doce (12) meses transcurridos desde la fecha de efectividad 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 exclusión 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 por 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, esta especificado en la sección de "beneficios", hasta el máximo total de por vida indicado en las Condiciones Particulares de la póliza. Máximo total de por vida significa la cantidad del beneficio máximo total a pagar durante la vida del Asegurado o cada una de las Personas Cubiertas.

CAMBIO EN LAS TARIFAS: La Aseguradora podrá cambiar las tarifas de esta póliza en cada fecha de aniversario. Después de la fecha de emisión, cualquier cambio en las tarifas podrá ser debido a un aumento de edad o porque una nueva tabla de tarifas (previa autorización de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá)

entró en efecto a consecuencia del comportamiento siniestral de la cartera. Los cambios de tarifas deberán efectuarse en base a clase y no para penalizar individualmente a aquellas pólizas que incurren en reclamos.

CARGOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Significa cargos razonables y comúnmente cobrados en una misma zona geográfica, por personal médico idóneo de igual categoría y experiencia y por servicios médicos, medicamentos o suministros con características similares. Estos costos serán el reflejo de muestras estadísticas corrientes y 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.

CERTIFICACIÓN DE ADMISIÓN Y/O ESTADÍA EN UN HOSPITAL: Es el proceso de pre-autorización (según se describe en la Cláusula Décimo Cuarta, 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 deben comunicarse con La Aseguradora 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 Aseguradora o su representante, dentro de las veinticuatro (24) horas inmediatas a la admisión o ingreso.

CIRUGÍA AMBULATORIA: Se describe como un procedimiento quirúrgico desarrollado bajo anestesia general, regional o local sin estancia hospitalaria. Puede ser realizado en un Hospital, Centro Ambulatorio o consultorio de un médico.

Se describen 2 tipos de cirugías ambulatorias:

- a) **MAYOR:** realizadas en Hospital, Clínicas o Centros Ambulatorios dentro de un salón de operaciones e implica una estancia temporal para vigilancia y/o recobro. Genera gastos por misceláneos del Hospital o Centro y Honorarios médicos.
- b) **MENOR:** realizadas en el consultorio del Doctor, son simples y de bajo riesgo, generalmente utilizan anestesia local o pueden prescindir de ella. Genera gastos por Honorarios médicos.

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.

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

COBERTURA: Son los 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.

COBERTURA EN EL EXTRANJERO: Son los beneficios por gastos cubiertos, incurridos por cuidado médico y tratamientos del Asegurado o de cada persona cubierta, ocurridos fuera de Panamá, a consecuencia de la enfermedad y condiciones no excluidas de cobertura, según se indica en la Cláusula Segunda y según los límites descritos en las Condiciones Particulares.

CONDICIONES CONGÉNITAS, GENÉTICAS Y/O CROMOSÓMICAS: 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. Puede ser de etiología congénita, genética y/o cromosómica.

CONDICIÓN, ENFERMEDAD O LESIÓN PREEXISTENTE: Significa cualquier condición, enfermedad, lesión, síntoma, signo, 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, signo, dolencia o alteración de la salud se manifiesta cuando los síntomas o signos 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 Aseguradora

muestre prueba documentada de que el Asegurado o la Persona Cubierta tenían 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 Aseguradora.

CONDICIONES PREEXISTENTES 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 Aseguradora a hacer un juicio correcto al evaluar el riesgo. 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 anulación de la póliza de conformidad con la ley.

La Aseguradora entonces, se reserva el derecho de asegurar a aquellos individuos que considere estén en buen estado de salud y que sean un buen riesgo moral.

CONTINUIDAD DE COBERTURA: Es el derecho del Asegurado de recibir cobertura por condiciones médicas que hayan sido diagnosticadas, cubiertas y pagadas en una póliza con vigencia inmediatamente anterior a esta póliza. Para que se brinde este beneficio debe haber constancia de la aprobación por parte de La Aseguradora mediante la inclusión del endoso de continuidad de cobertura.

Se mantienen las exclusiones que consten en la póliza anterior, sin embargo, se exime al Asegurado de los períodos de espera para aquellos beneficios que apliquen. Todos los gastos incurridos, cubiertos y pagados en la póliza anterior, serán incluidos en la nueva póliza.

CONTRATANTE: Es la persona natural o jurídica quien suscribe esta póliza con La Aseguradora y actúa en nombre propio y de las personas asegurables, cuando se trata de una póliza Individual, 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.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: El Asegurado no podrá recibir o beneficiarse de un doble pago por la misma factura o por un mismo servicio cubierto por este seguro y por otro seguro o plan de beneficios de salud o de gastos médicos. El Asegurado queda obligado a informar a La Aseguradora la existencia de otras pólizas las cuales también provean beneficios similares a los cubiertos por esta póliza. Existiendo otras pólizas anteriores a la fecha efectiva de la presente póliza, 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, no cubriesen dicho valor o solo lo cubriesen parcialmente, la presente póliza responderá por la diferencia, sujeto a los límites de cobertura contemplados en la misma.

DEDUCIBLE POR AÑO POLIZA: Es la cantidad que el Asegurado o Persona Cubierta debe pagar por año de los gastos incurridos elegibles, antes de que la póliza pague beneficios que aplique. El deducible es acumulable por cada Asegurado o cada Persona Cubierta a través del año póliza y la responsabilidad de La Aseguradora será sólo por las sumas en exceso del deducible aplicable y conforme las Condiciones Particulares de esta póliza. Aquellos gastos médicos elegibles aplicables al deducible se recibirán para su debida tramitación, una vez sea completado el deducible anual que se establece en las Condiciones Particulares de esta póliza.

DEPENDIENTE ELEGIBLE: Cualquier familiar o persona (s) a servicio del Asegurado principal, quien (es) deben ser declarado (s) en la solicitud o incluido(s) mediante solicitud adicional, si se adhieren posterior a la Fecha de Efectividad de esta póliza.

Para garantizar la cobertura, el Asegurado principal deberá avisar a La Aseguradora 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.

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 MÉDICA: 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).

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.

ESTADÍA MÁXIMA EN EL HOSPITAL: De acuerdo con los límites de cobertura de esta póliza, es el período máximo de hospitalización por una enfermedad específica, condición, causa o tratamiento es de ciento ochenta (180) días calendario consecutivos. Se autorizará un período adicional de igual término, si el paciente no ha estado hospitalizado durante por lo menos, cuarenta y cinco (45) días calendario después de la última hospitalización por la misma enfermedad, condición, causa o tratamiento relacionado. En ningún caso los beneficios de hospitalización por una

enfermedad determinada, condición, causa o tratamiento relacionado excederán un total de trescientos sesenta y cinco (365) días calendario.

EXÁMENES ESPECIALES: Son exámenes, médicamente necesarios, que se efectúan para fines de diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas por esta póliza cuando estos exámenes han de efectuarse esté o no el Asegurado o Persona Cubierta hospitalizada, es necesario solicitarle a La Aseguradora una preautorización antes de someterse a cualquiera de estos procedimientos, para que los gastos involucrados sean cubiertos por la póliza. Esta solicitud debe hacerse según las indicaciones descritas en la Cláusula Décimo Cuarta. Se define entre otros, ecocardiograma, resonancia magnética ("MRI"), tomografía computarizada ("CT SCAN"), conducción nerviosa ("NCV, EMG"), estudios de Medicina Nuclear, PET-CT (Tomografía por emisión de positrones), electromiograma, prueba cardiovascular no invasiva ("Holter"), y cualquier otro que sea médicamente necesario, siempre y cuando, sean aprobadas por La Aseguradora y se cumpla con el requisito de preautorización según se detalla en las Condiciones Generales.

FECHA DE EFECTIVIDAD: Es la fecha del inicio de la vigencia de la póliza que aparece en las Condiciones Particulares.

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

GASTOS ELEGIBLES: Son todos aquellos servicios y suministros descritos en esta póliza sujetos de cobertura. Éstos tienen que ser médicamente necesarios para cualquier diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones accidentales cubiertas por esta póliza.

GASTOS FUERA DE HOSPITAL: Son los gastos médicos ambulatorios que se describen a continuación y se indemnizarán de acuerdo con las Condiciones Particulares de la póliza: 1) Honorarios por consultas y tratamientos médicos, ya sean efectuados en el consultorio o en el hogar del paciente. 2) Análisis de laboratorios, rayos X y estudios especiales requeridos con fines de diagnóstico. 3) Medicinas por prescripción de médico idóneo. 4) Pruebas de sensibilidad de alergias y sus tratamientos de inmunización, así como los tratamientos por bronquitis, asma y enfermedades respiratorias. 5) Tratamientos de Terapia respiratoria y fisioterapia.

GASTOS MÉDICOS MAYORES: Condiciones médicas costosas o graves, que podrían presentar complicaciones, riesgo de muerte o causar una incapacidad de por vida. Para los efectos de esta póliza se consideran como tal las siguientes: Cirugías de Columna Vertebral, Enfermedades Neurológicas que requieran o no tratamiento neuro-quirúrgico; Enfermedades Cardíacas (Infarto, Valvulopatía, Cirugía Cardíaca, Cateterismo, Angioplastia); Insuficiencia Renal Crónica (Cirugía y Diálisis); Cáncer-Cirugía (en Cáncer de Mama incluye reconstrucción y prótesis según tarifa usual y razonable de una tradicional) y el Tratamientos de Quimioterapia y Radioterapia y Trasplante de órganos (como se define a continuación).

TRASPLANTE DE ÓRGANO: 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.

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 (RMI), ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
- c) El costo de búsqueda, obtención y transporte del órgano hasta un máximo de DIEZ MIL BALBOAS CON 00/100 (B/. 10,000.00) (que está incluido como parte de la cobertura máxima en el beneficio de trasplante).
- d) Cuidados posteriores al trasplante incluyendo, 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, trasportación de emergencia, atención médica, visitas al consultorio o la clínica, transfusiones, suministros o medicamentos relacionados con el trasplante.

Si los gastos son fuera de Panamá, la cobertura será después del deducible y de acuerdo a los costos usuales, razonables y acostumbrados según el área geográfica hasta los máximos arriba indicados.

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 éste último, dependa de sus padres, no trabaje y sea estudiante a tiempo completo de una institución académica debidamente autorizada por la autoridad competente para ejercer la actividad educativa.

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 de una maternidad cubierta por esta póliza.

Para recibir cobertura, el Asegurado tiene que solicitar por escrito a La Aseguradora 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 revisión y aprobación de La Aseguradora, luego de recibir evidencia de asegurabilidad del recién nacido o del hijo adoptivo.

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.

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 idóneas, 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 Aseguradora y forma parte del listado de Proveedores Participantes de ésta. La Aseguradora 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 debidamente notificado.

LESIÓN: Daños al organismo causados por un accidente.

MÉDICAMENTO NECESARIO: Significa el servicio, medicamento o suministro que es necesario y adecuado para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, fundamentado generalmente en la práctica médica actual aceptada y que no sea de naturaleza educacional o experimental. Que sea el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda ser proporcionado sin riesgo al Asegurado o Persona Cubierta; y que, en el caso de la atención a un paciente internado en un hospital, no pueda administrarse a paciente externo sin incurrir en riesgo. Ningún servicio, medicamento o suministro se considerará medicamento necesario:

- Si se suministra únicamente porque conviene al Asegurado, a la Persona Cubierta o al proveedor del servicio médico, o
- Si no es adecuado para el diagnóstico o los síntomas que presente el Asegurado o Persona Cubierta, o
- Si no sobrepasa en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para brindar un diagnóstico o tratamiento seguro, satisfactorio y conveniente para el Asegurado o Persona Cubierta.

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 el ITBMS, al ser considerado medicamentos cosméticos.**

MÉDICO O DOCTOR: Significa un doctor en medicina idóneo para ejercer la profesión, 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, Podiatras y Nutricionistas.

MÉDICO O DOCTOR PARTICIPANTE: Es todo Médico o Doctor que forma parte de la cadena de médicos que participan en programas contractuales de cobertura para los Asegurados de La Aseguradora y forma parte del listado de Proveedores Participantes de ésta. La Aseguradora se reserva el derecho de modificar, adicionar, sustituir, reemplazar o cancelar, de tiempo en tiempo, uno o varios de los médicos participantes. Cualquier cambio de esta naturaleza será debidamente notificado.

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

- El Cónyuge del Asegurado por matrimonio o por unión consensual de hecho, menor de cincuenta y cinco (55) años.
- Los hijos solteros del Asegurado, incluyendo niños legalmente adoptados, niños durante el período de trámite legal de adopción, e hijastros, que:
 - a) Sean menores de diecinueve (19) años de edad y que dependan del Asegurado, o
 - b) Menores de veinticinco (25) años de edad que sean estudiantes a tiempo completo de una institución académica autorizada por la autoridad competente para ejercer la actividad educativa.
- Dependientes mayores de edad, cuya edad se encuentre dentro de la elegibilidad, que tenga parentesco directo con el asegurado y/o sea personal doméstico a su servicio directo.

MODO DE PAGO DE LA PRIMA: Cualquiera sea la forma de pago, el Contratante deberá cumplir con el pago total o primer pago fraccionado en la fecha que se indique en las Condiciones Particulares de esta póliza al momento de la emisión de la misma.

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, sin embargo, la dirección declarada en la solicitud que para efectos de esta póliza tiene que ser la República de Panamá. El Asegurado deberá notificar por escrito a La Aseguradora sobre cualquier cambio de residencia que exceda tres (3) meses, incluyendo los casos cuando haya un dependiente o persona asegurada, que permanezca fuera del país de residencia declarado en la solicitud, por motivo de estudios, enfermedad u otra causa. **Residir en cualquier otro país que no sea el que aparece en la solicitud por más de tres (3) meses al año, podría resultar en la terminación de la póliza.**

PERÍODO DE ESPERA: Todos los Asegurados tienen derecho a los beneficios previstos en la presente póliza, una vez transcurrido el período de doce (12) meses de espera para las condiciones que se especifican a continuación, los cuales serán contados a partir de la fecha de comienzo de la póliza o para los nuevos Asegurados a partir de la fecha de su inclusión:

1. Amigdalectomía y/o Adenoidectomía.
2. Hernias de cualquier clase.
3. Histerectomía y Órganos de reproducción y anexos.
4. Laparoscopia ginecológica (diagnóstica y quirúrgica).
5. Endometriosis y/o dolor pélvico crónico.
6. Cataratas, glaucoma o pterigion, cirugía ocular.
7. Condiciones de vesícula y vías biliares.
8. Septumplastía y Etmoidectomía.
9. Condiciones de Tiroides.
10. Condiciones de mamas.
11. Laminectomía y Disquectomía de la columna vertebral.
12. Varicocelelectomía.
13. Lesiones de la piel conocidas como lunares o nevus.
14. Cirugía de hemorroides.
15. Cirugías de rodilla.
16. Enfermedad por lesiones deportivas.
17. Cálculos de riñón- Litotricia.
18. Prostatitis.
19. SIDA (24 meses de espera)

PERÍODO DE GRACIA: Es el período de treinta (30) días calendario siguiente a la fecha en que el Contratante debió realizar el pago de la prima, según lo indicado en las Condiciones Particulares.

PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN: Significa uno o más períodos de reclusión en un hospital, separados, combinados o sucesivos, motivados por la misma causa o relacionados con dicha causa, separados por un período no mayor de

cuarenta y cinco (45) días calendario consecutivos entre el final de un período y el comienzo del próximo período de hospitalización.

PERSONA CUBIERTA: El Asegurado o cualquier familiar o persona(s) a su servicio que se convierta y permanezca como un Dependiente o Persona Cubierta, según se define en la sección de Elegibilidad dentro de las Estipulaciones Generales de la **Cláusula Décima Segunda**.

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.

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 Aseguradora y forman parte del listado de Proveedores Participantes de ésta, la cual podrá ser consultadas a través de la página Web de La Aseguradora, 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 debidamente notificado.

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 la noche 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: Son los exámenes de laboratorio y radiológicos 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 Aseguradora para determinar la aceptación del riesgo. La solicitud incluye cualquier historial médico, cuestionario, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por La Aseguradora.

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.

CLÁUSULA CUARTA
EXCLUSIONES

ESTA PÓLIZA NO PAGA BENEFICIOS POR GASTOS OCASIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR UNA O CUALQUIERA DE LAS CAUSAS QUE APARECEN A CONTINUACIÓN Y EN CONSECUENCIA QUEDAN EXCLUIDOS EXPRESAMENTE DE LA PÓLIZA, Y POR TANTO LA ASEGURADORA NO TENDRÁ OBLIGACIÓN ALGUNA EN VIRTUD DE LOS MISMOS:

- 1. CUALQUIER GASTO POR SERVICIO O TRATAMIENTO MÉDICO EN EL QUE EL ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA INCURRA ANTES DE LA FECHA DE EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA.**
- 2. LOS BENEFICIOS PREVISTOS DENTRO DE LOS PRIMEROS DOCE (12) MESES DE LA PÓLIZA POR CUALQUIERA DE LAS CONDICIONES DETALLADAS EN LOS PERIODOS DE ESPERA.**
- 3. CUALQUIER GASTO MÉDICO U HOSPITALARIO INCURRIDO FUERA DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, EXCEPTO COMO SE INDICA EN LA CLÁUSULA PRIMERA Y SEGÚN LOS LÍMITES DESCRITOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.**
- 4. CUALQUIER CONDICIÓN, ENFERMEDAD O LESIÓN EXCLUIDA DE COBERTURA EN ESTA CLÁUSULA, O AQUELLAS ESPECÍFICAMENTE EXCLUIDAS DE COBERTURA QUE APARECEN DESCRITAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA O INDICADAS MEDIANTE ENDOSO DE EXCLUSIÓN ADHERIDO A ESTA PÓLIZA EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE SU VIGENCIA. IGUALMENTE, NO TENDRÁN COBERTURA AQUELLAS POR RAZÓN DE PREEXISTENCIA U OTRAS CAUSAS QUE LA ASEGURADORA DETERMINE ERAN PADECIDAS POR EL ASEGURADO ANTES DE LA EMISIÓN DE LA PÓLIZA.**
- 5. CUALQUIER CARGO RELACIONADO A UNA CONDICIÓN, ENFERMEDAD O LESIÓN PREEXISTENTE SEGÚN SE DESCRIBE EN LA CLÁUSULA SEGUNDA DE LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA. CUALQUIER CONDICIÓN PREEXISTENTE DECLARADA EN LA SOLICITUD DE SEGURO, QUE NO HA SIDO EXCLUIDA MEDIANTE ENDOSO, NO RECIBIRÁ COBERTURA DURANTE LOS PRIMEROS DOCE (12) MESES DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA O DEL INICIO DE LA COBERTURA EN CASOS DE INGRESOS POSTERIORES A LA FECHA DE EFECTIVIDAD DE LA PÓLIZA. LAS CONDICIONES PREEXISTENTES NO DECLARADAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO NO TENDRÁN COBERTURA Y PUEDEN RESULTAR EN LA ENMIENDA O EN LA CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA.**
- 6. EL SUICIDIO, O INTENTO DE SUICIDIO O LESIÓN CORPORAL INTENCIONALMENTE AUTOINFLIGIDA POR EL PROPIO ASEGURADO O INFLIGIDA POR ALGUNA PERSONA CUBIERTA, ESTÉ MENTALMENTE SANA O NO, TODO TIPO DE NEUROSIS O DESÓRDENES PSICO-NEURÓTICOS, DESÓRDENES DE PERSONALIDAD, ANSIEDAD, DESÓRDENES SICOSOMÁTICOS, PSICOSIS, ESQUIZOFRENIA, PARANOIA, DEPRESIÓN UNIPOLAR, DEPRESIÓN BIPOLAR, DEPENDENCIA DEL LICOR, ADICCIÓN A DROGAS, RETARDO MENTAL U OTRA CONDICIÓN O DESORDEN MENTAL SEA ÉSTA O NO CAUSADA O AGRAVADA POR CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD, ACCIDENTE O TRAUMA.**
- 7. CUALQUIER CONDICIÓN, ENFERMEDAD O LESIÓN QUE SUCEDA A CONSECUENCIA DE ACTOS DE GUERRA INTERNACIONAL DECLARADA O NO, ACTO DE ENEMIGO EXTRANJERO, GUERRA CIVIL, INSURRECCIÓN, REBELIÓN, REVOLUCIÓN, ACTOS DESTINADOS A INFLUIR MEDIANTE EL TERRORISMO O LA VIOLENCIA, DESÓRDENES PÚBLICOS, DESÓRDENES OBRERO-PATRONALES Y CUALQUIER SITUACIÓN SEMEJANTE A LAS ANTERIORMENTE DESCRITAS, QUE ROMPA EL ORDEN PÚBLICO ESTABLECIDO Y/O LA CONVIVENCIA PACÍFICA Y LAS ACTIVIDADES DESPLEGADAS PARA EVITARLAS O CONTENERLAS, A CONSECUENCIA DE PARTICIPAR EN DESÓRDENES PÚBLICOS, MOTINES, ALBOROTOS POPULARES, DESAFÍO O RIÑA, O MIENTRAS ESTÉ PRESTANDO SERVICIOS O SEA MIEMBRO DE CUALQUIER INSTITUCIÓN POLICIAL, DE CUSTODIO O DE LAS FUERZAS ARMADAS DE CUALQUIER PAÍS O AUTORIDAD INTERNACIONAL.**
- 8. CUALQUIER CONDICIÓN, ENFERMEDAD O LESIÓN RECIBIDA POR EL ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA MIENTRAS PARTICIPE EN DEPORTES EXTREMOS Y/O PROFESIONALES, COMPETENCIAS DEPORTIVAS DE LAS CONSIDERADAS PELIGROSAS QUE EXPONGAN, POR IRRESPONSABILIDAD, DESCONOCIMIENTO O POR CIRCUNSTANCIAS AGRAVANTES, LA VIDA O LA SALUD DEL ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA, INCLUYENDO PERO SIN LIMITAR BOXEO, LUCHA U OTROS TIPOS DE COMBATE CUERPO A CUERPO CON O SIN ARMAS, PARACAIDISMO, SUBMARINISMO, ARTES MARCIALES, ALPINISMO, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, SALTO DE "BUNGEE", VUELO SIN MOTOR Y ULTRALIGEROS, RAPEL Y CUALQUIER OTRO TIPO DE PRÁCTICA DE SALTO DE CAÍDA LIBRE O CUALQUIER OTRO DEPORTE O ACTIVIDAD FÍSICA SIMILAR O EN VIAJES EN AERONAVES PRIVADAS, HELICÓPTEROS O SUBMARINOS O ACTÚE COMO PILOTO O SEA MIEMBRO DE LA TRIPULACIÓN DE UNA AERONAVE, YA SEA ESTA COMERCIAL O PRIVADA.**
- 9. CUALQUIER CONDICIÓN, ENFERMEDAD O LESIÓN RECIBIDA POR EL ASEGURADO O CUALQUIER PERSONA CUBIERTA MIENTRAS ESTÉ COMETIENDO UN ASALTO, ROBO, HURTO O ESTÉ PARTICIPANDO EN UN ACTO CRIMINAL O EN CUALQUIER OTRO ACTO VIOLATORIO DE LA LEY INCLUYENDO MANEJO EN**

ESTADO ETÍLICO, SIN CINTURONES DE SEGURIDAD, SIN PERMISO DE CONDUCIR Y TODAS LAS CAUSAS QUE VIOLAN EL REGLAMENTO DEL TRÁNSITO.

10. CUALQUIER CONDICIÓN, ENFERMEDAD O LESIÓN CONTRAÍDA POR EL ASEGURADO O CUALQUIER PERSONA CUBIERTA A CONSECUENCIA DE ESTAR INTOXICADO O BAJO LA INFLUENCIA DE DROGAS, ALCOHOL, NARCÓTICOS O ALUCINÓGENOS, A MENOS QUE ÉSTAS HAYAN SIDO ADMINISTRADAS POR PRESCRIPCIÓN DE UN MÉDICO. ENFERMEDADES O TRATAMIENTOS ORIGINADOS A CONSECUENCIA DE ALCOHOLISMO; CUALQUIER TRATAMIENTO, COMPLICACIÓN O EFECTO SECUNDARIO RESULTANTE DE LA INGESTIÓN DE ALCOHOL, DE DROGAS O SIMILARES. TRATAMIENTOS POR INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA.
11. EMBARAZO, PARTO O COMPLICACIONES RELACIONADAS CON ÉSTOS, A MENOS QUE EL ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA TIENGA VIGENTE UN ENDOSO DE MATERNIDAD Y HAYA CUBIERTO EL TIEMPO DE ESPERA ESTIPULADO EN DICHO ENDOSO.
12. CIRUGÍA COSMÉTICA, PLÁSTICA O RECONSTRUCTIVA, A MENOS QUE SEA NECESARIA COMO CONSECUENCIA DE UNA LESIÓN ACCIDENTAL O DEBIDO AL RESULTADO DE UNA CIRUGÍA CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.
13. CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUE NO SEA MÉDICAMENTE NECESARIO PARA EL TRATAMIENTO DE UNA CONDICIÓN, ENFERMEDAD O LESIÓN CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA Y LOS CARGOS QUE SURJAN COMO CONSECUENCIA DE UN TRATAMIENTO POR EL CUAL EL ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA NO SE ENCUENTRE BAJO EL CUIDADO REGULAR DE, O QUE NO ESTÉ RECETADO Y AUTORIZADO POR UN MÉDICO IDÓNEO, ASÍ COMO SERVICIOS NO REQUERIDOS DE ACUERDO A LAS NORMAS ACEPTADAS EN LA PRÁCTICA MÉDICA O SERVICIOS QUE SE PROVEAN EN EXCESO DE LOS REQUERIDOS NORMALMENTE PARA EL DIAGNÓSTICO, PREVENCIÓN O TRATAMIENTO DE UNA CONDICIÓN, ENFERMEDAD O LESIÓN CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.
14. CUALQUIER GASTO INCURRIDO POR EL ACOMPAÑANTE DEL ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA, DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN DEL MISMO.
15. LOS GASTOS DEL DONANTE POR CUALQUIER TRASPLANTE DE ÓRGANO O DE TEJIDO.
16. TRATAMIENTO ALIMENTICIO SUPLEMENTARIO, SALVO LOS INDICADOS PARA EL MANTENIMIENTO DE LA VIDA DEL ENFERMO GRAVE.
17. REGÍMENES DE EJERCICIO Y DIETÉTICOS, INYECCIONES, MEDICAMENTOS, CIRUGÍA O TRATAMIENTOS RELACIONADAS CON EL CONTROL DEL PESO DEL PACIENTE (REDUCCIÓN GÁSTRICA, BANDA GÁSTRICA, CIRUGÍA BARIÁTRICA), YA SEA POR OBESIDAD, SUS COMPLICACIONES O POR CUALQUIER OTRO DIAGNÓSTICO.
18. CUALQUIER GASTO POR APNEA DEL SUEÑO, ALOPECIA, CALVICIE, POR COSMETOLOGÍA EN GENERAL, CÁMARA HIPERBÁRICA (SUJETO A EVALUACIÓN DE LA ASEGURADORA), ESCLEROTERAPIA, QUIROPRAXIA, CÁPSULA ENDOSCÓPICA (SOLO SI ES EN CASO DE SANGRADO DIGESTIVO DE CAUSA OSCURA QUE PERMANEZCA SIN DIAGNÓSTICO DESPUÉS DE REALIZAR ENDOSCOPIA GÁSTRICA, COLONOSCOPIA Y CENTELLEO CON ERITROCITOS MARCADOS).
19. TRATAMIENTOS DENTALES, CURAS U OPERACIONES ODONTOLÓGICAS, QUE NO SEAN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE SUFRIDO DENTRO DE LA VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA.
20. CONTROLES PERIÓDICOS O EXÁMENES GENERALES O RUTINARIOS, VACUNACIONES, CERTIFICACIONES MÉDICAS; EXÁMENES DE LA VISTA Y DEL OÍDO, SERVICIOS OPTOMÉTRICOS, CIRUGÍA POR REFRACCIÓN DE LA VISIÓN, LA COMPRA DE LENTES REGULARES O INTRAOCULARES Y DE APARATOS PARA MEJORAR LA AUDICIÓN, IMPLANTES COCLEARES, ASÍ COMO SUS PRUEBAS DE AJUSTE.
21. ENFERMEDADES Y DEFECTOS FÍSICOS CONGÉNITOS O ADQUIRIDOS, SECUELAS DE ACCIDENTES, DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O DE ENFERMEDAD, QUE A JUICIO DE LA COMPAÑÍA DEBIÓ SER SINTOMÁTICA ANTES DE LA FECHA DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA O DEL INGRESO DE ALGUNA PERSONA CUBIERTA EN LA MISMA, EXCEPTO SI LA PÓLIZA TIENE LA COBERTURA CON LAS LIMITACIONES DESCRITAS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.
22. SERVICIOS PRESTADOS POR INSTITUTOS O SANATORIOS NO REGISTRADOS NI AUTORIZADOS COMO INSTITUCIONES HOSPITALARIAS, DONDE SE BRINDEN SERVICIOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN, TALES COMO CURAS DE REPOSO, GERIATRÍA O SIMILARES.
23. ESTUDIOS, TRATAMIENTOS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS POR INFERTILIDAD, INSEMINACIÓN, IMPOTENCIA, FRIGIDEZ O CAMBIO DE SEXO, ASÍ COMO LOS TRATAMIENTOS CON ANTICONCEPTIVOS Y SUS CONSECUENCIAS; TRATAMIENTOS POR DISFUNCIÓN O INSUFICIENCIA SEXUAL. ABORTOS PROVOCADOS CRIMINALMENTE. TRATAMIENTO O CIRUGÍA POR GIGANTOMASTIA. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS O TRATAMIENTOS PARA EL CONTROL DE LA NATALIDAD, COMO SON LA LIGADURA O EXTIRPACIÓN DE TROMPAS Y LA VASECTOMÍA, NI SU RESTITUCIÓN FUNCIONAL.
24. TERAPIAS O TRATAMIENTOS POR DÉFICIT ATENCIONAL, RECREACIONALES, EDUCACIONALES U OCUPACIONALES Y TERAPIA DEL HABLA POR DEFECTOS DEL DESARROLLO.

25. PROCEDIMIENTOS MÉDICOS NUEVOS O INVESTIGATIVOS, SEAN EXPERIMENTALES O NO; PARA LOS CUALES NO SE HA ESTABLECIDO UN COSTO RAZONABLE. CUALQUIER TRATAMIENTO, PROCEDIMIENTO O MEDICAMENTO QUE NO ESTÉ CIENTÍFICAMENTE O MÉDICAMENTE RECONOCIDO POR INSTITUCIONES ACEPTADAS DE CONTROL DE MEDICAMENTOS.
26. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) O EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV), SUS CONSECUENCIAS Y/O CONTROLES PERIÓDICOS U OTRA CONDICIÓN RELACIONADA, EXCEPTO CON LA LIMITACIÓN DESCRITA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.
27. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, INCLUYENDO LA PRESENCIA DEL VIRUS DE PAPILOMA HUMANO, EXCEPTO COMO SE DESCRIBE EN “TRATAMIENTO POR SIDA”, CON LA LIMITACIÓN DESCRITA EN LAS CONDICIONES PARTICULARES.
28. TRATAMIENTO POR DEFICIENCIA O SOBREPDUCCIÓN DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO, EXCEPTO EN CASO DE TUMOR DE HIPÓFISIS.
29. CARGOS HECHOS POR CONSULTAS TELEFÓNICAS AL MÉDICO O POR NO HABER ACUDIDO A UNA CITA MÉDICA.
30. PRÓTESIS U ÓRTESIS QUE NO SEAN QUIRÚRGICAMENTE REQUERIDOS, A NO SER QUE SE NECESITE A CONSECUENCIA DE UNA LESIÓN ACCIDENTAL CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.
31. CUALQUIER TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO PARA TRATAR UNA DEFORMIDAD NASAL QUE NO SEA A CONSECUENCIA DE UNA LESIÓN ACCIDENTAL CUBIERTA POR ESTA PÓLIZA.
32. CUALQUIER COMPLICACIÓN DERIVADA DE UNA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA NO AMPARADA POR ESTA PÓLIZA O CUALQUIER GASTO INCURRIDO DESPUÉS DE LA FECHA DE TERMINACIÓN DE ESTA PÓLIZA, INCLUYENDO AQUELLOS DERIVADOS DE SECUELAS DE ACCIDENTES O ENFERMEDADES CONOCIDAS O DIAGNOSTICADAS DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.
33. TRATAMIENTOS CORRECTIVOS DE LOS PIES NO CAUSADOS POR ACCIDENTE, TRATAMIENTOS DE QUIROPODISTA, QUIROPRÁCTICO O DE PEDICURISTA, INCLUYENDO LOS RELACIONADOS CON SÍNTOMAS DE MOLESTIAS EN LOS PIES TALES COMO CALLOS, PIE PLANO, PIE O ARCO DÉBIL, PLANTILLAS ESPECIALES, TRATAMIENTOS O CIRUGÍAS POR HALLUX VALGUS, METATARSALGIA O JUANETES Y CUALQUIER TIPO DE PIEZA PARA INSERTAR EN LOS ZAPATOS O CUALQUIER ZAPATO ORTOPÉDICO O SOPORTE.
34. TRATAMIENTOS O INTERVENCIONES EN LA REGIÓN CRANEOMANDIBULAR, INCLUYENDO EL SÍNDROME TEMPOROMANDIBULAR Y OTRAS CONDICIONES RELACIONADAS CON LA UNIÓN ENTRE LA MANDÍBULA, EL CRÁNEO Y LOS MÚSCULOS, NERVIOS Y OTROS TEJIDOS EN ESA COYUNTURA.
35. SERVICIOS RECIBIDOS EN ALGUNA INSTITUCIÓN DEL ESTADO O CUALQUIER OTRO SERVICIO MÉDICO POR EL CUAL NO SE EXIJA PAGO O NO MEDIE UNA FACTURACIÓN O POR EL CUAL EL ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA NO ESTÉ LEGALMENTE OBLIGADO A PAGAR.
36. TRATAMIENTO POR SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA.
37. GASTOS EN EXCESO DE LOS CARGOS USUALES Y ACOSTUMBRADOS VIGENTES EN EL ÁREA GEOGRÁFICA DONDE EL GASTO SEA INCURRIDO. GASTOS EN EXCESO DE LOS LÍMITES Y LOS SUB-LÍMITES ESTIPULADOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES Y EN LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA. GASTOS OCASIONADOS POR PAGOS QUE UN ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA HAGA A UN HOSPITAL, MÉDICO U OTRO PROVEEDOR PARTICIPANTE, EN EXCESO DE LOS COPAGOS O DEDUCIBLES QUE CORRESPONDAN AL SERVICIO MÉDICO RECIBIDO DE ACUERDO A LAS CONDICIONES Y ESTIPULACIONES DE ESTA PÓLIZA.
38. CUALQUIER GASTO MÉDICO QUE SEA POR ENFERMEDAD O LESIÓN SUFRIDA POR RADIACIÓN, IONIZACIÓN, CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA O COMPONENTE NUCLEAR O LESIÓN SUFRIDA POR FENÓMENOS DE LA NATURALEZA CON CARÁCTER CATASTRÓFICO, POR ENFERMEDADES CONTAGIOSAS QUE REQUIERAN AISLAMIENTO O CUARENTENA Y SEAN DECLARADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD COMO EPIDEMIAS O PANDEMIAS.
39. TRATAMIENTO HOMEOPÁTICO O DE ACUPUNTURA; MEDICINA DEPORTIVA, MÚSICO TERAPIA O MEDICINA NATURAL. TRATAMIENTOS O PRUEBAS RECETADAS U OFRECIDAS POR UN NATURÓPATA, IRIDIÓLOGO U OPTÓMETRA.
40. SERVICIOS PRESTADOS POR FAMILIARES DEL ASEGURADO, O POR PERSONAS QUE VIVAN CON ÉL.
41. HONORARIOS PARA ENFERMERAS ESPECIALES O PRIVADAS.
42. SERVICIOS U HONORARIOS MÉDICOS, LABORATORIOS, RADIOLOGÍAS U OTROS EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO Y MEDICAMENTOS RECIBIDOS O ADQUIRIDOS FUERA DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, EXCEPTO SEGÚN SE DESCRIBE EN LA CLÁUSULA SEGUNDA Y SEGÚN LOS LÍMITES ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

CLÁUSULA QUINTA **RENOVACIONES**

La Aseguradora 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 SEXTA **OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA, DEL CONTRATANTE y/o ASEGURADO**

DE LA ASEGURADORA:

1. **GENERAL:** Sujeto a las disposiciones de esta póliza, a pagarle al Asegurado, al recibir en su Oficina Principal 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 de seguro y del pago de la prima indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza.
2. **ANUAL RENOVABLE O LIMITE ANUAL:** La Aseguradora reconocerá todos los gastos médicos hasta la suma máxima, por cada vigencia o renovación, según se estipula en las Condiciones Particulares.
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 cuota pactada. **ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS:** Se hace constar que el Asegurado y La Aseguradora han acordado que la prima total, la cual forma parte de esta póliza, será pagada de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares, a partir de la fecha de emisión de la póliza. De igual forma, se deja constancia que cualquiera sea la forma de pago pactada en este contrato de seguro, el Asegurado deberá cumplir con el pago total o primer pago fraccionado al momento de la emisión de la póliza. El incumplimiento de dicha obligación conllevará la nulidad absoluta del contrato, sin necesidad de declaración judicial alguna, por lo que se entenderá que la póliza nunca entró en vigencia, aunque hubiera sido emitida en contravención de esta norma, y no será necesario el envío de aviso de cancelación que trata el artículo 998 del Código de Comercio.
3. Cada Asegurado o Persona Cubierta debe cumplir con los copagos, porcentaje de coaseguro y con los deducibles indicados en las Condiciones Particulares.

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 Aseguradora 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 Aseguradora. Copia del aviso de cancelación deberá ser enviada al corredor de seguros.

Cualquier cambio de dirección del Contratante deberá notificarlo a la Aseguradora, de lo contrario se tendrá por válido 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 aplicará 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 DÉCIMA
INDEMNIZACIÓN

Ver los límites de cobertura, y/o sumas aseguradas señaladas en las Condiciones Particulares de esta póliza.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA
CONTROVERSIAS Y CONFLICTOS

Contra cualquier declinatoria de cualquier reclamo el Asegurado podrá interponer una Controversia ante el Oficial de Controversia de la Aseguradora, y quien estará obligado a responder la misma por escrito dentro de un plazo no mayor de treinta (30) días calendarios, respuesta esta que será vinculante para la Aseguradora; 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 DÉCIMA SEGUNDA
TÉRMINO DE ACEPTACIÓN DEL RIESGO CUBIERTO, O DE SU DECLINACIÓN

DE LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO CUBIERTO:

ELEGIBILIDAD:

El Asegurado Principal debe ser mayor de 18 años y menor de cincuenta y cinco (55) años.

- Dependientes: cualquier familiar o persona(s) al servicio del asegurado principal dentro del rango de elegibilidad.

En el caso de pólizas individuales donde se aseguren menores de dieciocho (18) años como Asegurado Principal, el Contratante de la póliza debe ser una persona mayor de edad.

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 cuya edad esté dentro de los criterios de elegibilidad de este producto.

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 Aseguradora 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.

DE LA DECLINACIÓN 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora tenga conocimiento de dicha falta.

DECLARACIÓN INEXACTA U OCULTAMIENTO: La Aseguradora 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 DÉCIMA TERCERA **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.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA **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 Aseguradora con setenta y dos (72) horas de anticipación para permitir que La Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora, 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 Aseguradora determine si una segunda opinión médica es requerida. De requerirse una segunda opinión médica, ésta será pagada al cien por ciento (100%) por La Aseguradora 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 Aseguradora 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, necesite someterse a cualquier examen especial solicitará a La Aseguradora 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 Aseguradora.

AVISO DE SINIESTRO Y DE RECLAMACIÓN: Deberá darse aviso previo a La Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora, 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 Aseguradora, o a cualquier agente autorizado de La Aseguradora, con suficiente información para poder identificar a el Asegurado, se considerará aviso dado a La Aseguradora. 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 Aseguradora, 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 Aseguradora podrá, asumiendo los gastos necesarios, examinar al Asegurado o a una Persona Cubierta a través del médico que La Aseguradora 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 Aseguradora 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 OMITIÉRE INTENCIONALMENTE EL AVISO DE QUE TRATA ESTA CLÁUSULA O SI CONTRATA LOS DIVERSOS SEGUROS PARA OBTENER UN PROVECHO ILÍCITO, LA ASEGURADORA QUEDARÁ LIBERADA DE SUS OBLIGACIONES.

SUBROGACION: Por subrogación se entenderá el derecho de La Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 DÉCIMA QUINTA 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 Aseguradora 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 Aseguradora 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 Aseguradora tiene derecho a los premios pagados; si proviniera de la Aseguradora 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 DÉCIMA SEXTA
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 aseguradora.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉPTIMA
GENERALIDADES

CONTRATO ÚNICO Y CAMBIOS NO PREVISTOS EN LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES: Esta póliza junto a su solicitud de seguro, anexos y endosos, de existir alguno, constituyen el único contrato entre La Aseguradora 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 Aseguradora. 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.

CANCELACIÓN O NO RENOVACION DE LA PÓLIZA: La Compañía retiene el derecho de inmediatamente cancelar o modificar la póliza si se descubre que las declaraciones en la solicitud son falsas, se encuentran incompletas o que se ha cometido fraude, llevando a La Compañía a aprobar una solicitud con la información incorrecta o incompleta, ya que, de haber tenido previo conocimiento de lo antes mencionado, hubiera emitido una póliza con cobertura restringida o hubiera declinado proporcionar el seguro.

Residir en cualquier otro país que no sea el que aparece en la solicitud por más de tres (3) meses al año, podría resultar en El envío de una reclamación fraudulenta es también motivo para rescindir o cancelar una póliza. La Compañía acuerda que ningún Asegurado será penalizado independientemente con la cancelación de la póliza debida solamente a una mala experiencia de reclamaciones. No obstante, La Compañía se reserva el derecho de cancelar o modificar una póliza en una base de "clase" como es definida en esta póliza.

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 en la fecha que se indique

REGISTROS E INFORMES: El Contratante enviará a La Aseguradora 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 Aseguradora, 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 Aseguradora.

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 Aseguradora.

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 Principal.

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 Aseguradora 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 Aseguradora.

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 cancelación de la póliza sin derecho a que el asegurado tenga reclamación alguna contra La Aseguradora.

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

MODIFICACIONES: Todas las modificaciones, anexos o Endosos a esta póliza deberán ser firmados por un funcionario autorizado de La Aseguradora 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-003”



ASEGURADORA ANCÓN, S.A.

(Firma de Asegurado y/o Contratante)