

ANCON SALUD COMPLEMENTARIO

Por el pago de la prima estipulada, ASEGURADORA ANCÓN, S.A., organizada de conformidad con las leyes de la República de Panamá, (de aquí en adelante llamada la Compañía) se compromete, sujeto a las disposiciones de esta póliza, a pagarle al Asegurado 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 las provisiones y condiciones y sujeto a las excepciones y limitaciones establecidas en esta póliza, sólo como se define subsiguientemente.

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

CAUSALES DE TERMINACIÓN DE ESTE CONTRATO O DE SU COBERTURA

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

- SI VENCIDO EL PERÍODO DE GRACIA, EL ASEGURADO DEJA TRANSCURRIR DIEZ (10) DÍAS CALENDARIO SIN PAGAR LA PRIMA ADEUDADA, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVÍO DE LA CARTA DE NOTIFICACIÓN DE MORA AL ASEGURADO.
- PARA EL CÓNYUGE DEL ASEGURADO, SI ES PERSONA CUBIERTA, AL CONVERTIRSE EN FINAL Y FIRME UNA SENTENCIA DE DIVORCIO O UNA SEPARACIÓN FINAL, EN EL CASO DE UNIÓN CONSENSUAL DE HECHO.
- EN EL MOMENTO QUE EL ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA RESIDA FUERA DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ.
- A SOLICITUD DEL ASEGURADO, EN LA FECHA EN QUE ÉL LO SOLICITE POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA.

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

- CUANDO EL ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA DEJE DE SER MIEMBRO PERMANENTE DE LA COLECTIVIDAD CONTRATANTE DEL SEGURO POR CUALQUIER CAUSA;
- EN LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA CUMPLA SETENTA (70) AÑOS DE EDAD;
- EN LA FECHA EN QUE TERMINE LA PÓLIZA O QUE LA COBERTURA CESE POR O PARA EL CONTRATANTE;
- SI VENCIDO EL PERÍODO DE GRACIA, EL CONTRATANTE DEJA TRANSCURRIR DIEZ (10) DÍAS CALENDARIOS SIN PAGAR LA PRIMA ADEUDADA, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DEL ENVÍO DE LA CARTA DE NOTIFICACIÓN DE MORA AL CONTRATANTE, A LA ÚLTIMA DIRECCIÓN QUE APAREZCA REGISTRADA EN LOS ARCHIVOS DE LA COMPAÑÍA.
- PARA EL CÓNYUGE DEL ASEGURADO, SI ES PERSONA CUBIERTA, AL CONVERTIRSE EN FINAL Y FIRME UNA SENTENCIA DE DIVORCIO O UNA SEPARACIÓN FINAL, EN EL CASO DE UNIÓN CONSENSUAL DE HECHO.
- PARA EL HIJO DEL ASEGURADO, SI ES PERSONA CUBIERTA, EN EL PRÓXIMO ANIVERSARIO DE LA PÓLIZA DESPUÉS QUE CESE DE SER ELEGIBLE, DE ACUERDO A SU EDAD SEGÚN SE DEFINE EN ESTA PÓLIZA.

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

EL BENEFICIO MÁXIMO Y TOTAL ES B/.1,000,000

CLAUSULA PRIMERA

ASEGURADORA ANCÓN, S.A. Se obliga, 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 y del pago de la prima indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza.

BENEFICIO MAXIMO VITALICIO: La Compañía reconocerá todos los gastos médicos expresamente cubiertos según se estipula en las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de esta póliza, hasta la suma máxima vitalicia de B/.1,000,000 por Asegurado o por Persona Cubierta elegible que tenga una edad menor de sesenta y cinco (65) años.

DEDUCIBLE Y COASEGURO: con excepción de los gastos no elegibles, el máximo de gastos por cuenta del Asegurado o Persona Cubierta, en cualquier año calendario, no excederá de:

1. El monto del deducible anual que aplique de acuerdo a lo señalado en las Condiciones Particulares de esta póliza.
2. El monto indicado como desembolso máximo anual que el Asegurado o la Persona Cubierta tiene que asumir en concepto del 20% de coaseguro de los gastos cubiertos por la Compañía. La Compañía asumirá el pago del 100% de todos los gastos incurridos durante el año calendario, que excedan la cantidad indicada como Desembolso Máximo Anual, en las Condiciones Particulares de esta póliza.
3. Cada Asegurado y cada Persona Cubierta debe satisfacer el deducible que aplique en cada año calendario excepto si dos o más Personas Cubiertas se lesionan en un mismo año, entonces se aplicaría un solo deducible para todas las reclamaciones que resulten en ese año.

CLAUSULA SEGUNDA

DEFINICIONES

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

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

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

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

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

- (a) el transporte aéreo deberá ser para el tratamiento de una condición cubierta por la póliza, que primero haya resultado en una hospitalización y
- (b) deberá ser considerado médicamente necesario ^(*) y
- (c) deberá ser previamente aprobado y coordinado por la Compañía.

(*) Médicamente necesario en este caso significa que el tratamiento no puede ser suministrado localmente y que el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida del Asegurado o Persona Cubierta. Este hecho tiene que ser certificado por el médico que esté tratando al paciente por la condición que lo mantiene hospitalizado.

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

ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTANEA: Dilatación de un vaso sanguíneo por medio de un catéter con globo.

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

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

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

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

Es condición fundamental para obtener los beneficios que la póliza se encuentre vigente.

CANCER: enfermedad que se manifiesta por la presencia de un(os) tumor(es) maligno(s) y/o su(s) metástasis.

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

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

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

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

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

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.

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

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

COBERTURA PARA EL RECIEN NACIDO: para tener cobertura bajo los términos de esta póliza, un hijo recién nacido debe ser agregado a la póliza. La solicitud y la prima para la adición del recién nacido debe ser recibida dentro de los primeros treinta (30) días después del nacimiento. Si la solicitud es recibida después de los treinta (30) días después de

nacimiento, la solicitud estará sujeta a evaluación de riesgos.

COMPAÑIA: Aseguradora Ancón, S.A.

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

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

CONDICIONES PARA LA RENOVACION: la póliza se renovará automáticamente si no se emite ningún aviso de cancelación por ninguna de las partes por lo menos con treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha de renovación. Ningún individuo asegurado podrá ser independientemente penalizado con la cancelación de su póliza debido a una mala experiencia de reclamos, siempre y cuando las

primas hayan sido pagadas. La no renovación por cualquier otro motivo debe basarse en criterios que afectarían a toda una misma clase de asegurados. La Compañía, sin embargo, se reserva el derecho de cancelar o no renovar la póliza o de modificar la prima, el deducible y los beneficios, en forma general y específica, si el Asegurado o alguna Persona Cubierta cambia su país de residencia, sin importar los años que la póliza haya estado en vigor. Cualquier cambio de residencia tiene que ser notificado a la Compañía. Si un individuo se convierte en residente de los Estados Unidos de Norteamérica, la cobertura terminará automáticamente con el cambio de residencia. No habrá límite de edad en las renovaciones para la cobertura del Asegurado y su cónyuge, si éste es Persona Cubierta, excepto los colectivos.

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

COORDINACION DE BENEFICIOS: de existir otra póliza que proporcione beneficios también cubiertos por ésta póliza, todas las reclamaciones incurridas en el país de residencia deben ser efectuadas primero a través de la otra póliza. Esta póliza sólo proveerá beneficios cuando los beneficios, pagaderos bajo la otra póliza, hayan sido agotados.

CUIDADO DE RUTINA DEL RECIEN NACIDO: es el cuidado de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

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

DEDUCIBLE POR AÑO CALENDARIO: 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. Este deducible lo escoge el Asegurado de entre varias opciones ofrecidas por la Compañía. El deducible es acumulable por cada Asegurado o cada Persona Cubierta a través del año calendario y

la responsabilidad de la Compañía 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 incluidos mediante solicitud adicional, si si se adquieren posterior a la Fecha de Efectividad.

Para garantizar la cobertura, el Asegurado principal deberá avisar a Aseguradora Ancón cualquier novedad que ocurra en su grupo inscrito en el contrato por nacimiento, adopción o matrimonio, dentro de los treinta (30) días siguientes a la novedad o creación del vínculo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO: un procedimiento médico, quirúrgico o diagnóstico, equipo o medicamento:

(a) Que no ha sido aprobado para el tratamiento de una enfermedad o lesión por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA); o

(b) Está bajo investigación y su uso limitado a investigaciones clínicas controladas.

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

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

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

GASTOS ELEGIBLES: a los efectos de esta póliza, y estando sujeto a lo estipulado en estas Provisiones de la Póliza y a todas las demás disposiciones y condiciones de la póliza, se entenderá por gastos amparados los gastos usuales, razonables y acostumbrados incurridos por la persona Asegurada durante el periodo de vigencia de esta póliza por tratamientos, servicios o suministros médicamente necesarios, incurridos como resultado de, o en relación con el tratamiento de las enfermedades o necesidades médicas amparadas.

HIJO DEPENDIENTE: para los propósitos de esta póliza, se define como cualquier hijo, hijastro o menor de edad legalmente adoptado o en proceso legal de adopción por el Asegurado y que haya sido nombrado en la solicitud, y sea menor de diez y nueve (19) años de edad o menor de veinticinco (25) años de edad que sea estudiante a tiempo completo de una institución académica debidamente reconocida. Hijo dependiente también será cualquier hijo que nazca después de haberse completado la solicitud que forma parte de esta póliza, o que siendo menor de dieciocho (18) años de edad sea adoptado legalmente por el Asegurado. Ningún hijo se considera como hijo dependiente antes de que cumpla los treinta (30) días calendario de nacido, a no ser que nazca cubierto por esta póliza. Para recibir cobertura, el Asegurado tiene que solicitar por escrito que el recién nacido o el hijo adoptivo sea incluido en la póliza dentro de los treinta (30) días calendario de nacido o de la formalización legal de los trámites de adopción. Si la solicitud se recibe después de este período, la misma estará sujeta a la aprobación de la Compañía, luego de recibir evidencia de asegurabilidad del recién nacido o del hijo adoptivo. La cobertura de un hijo asegurado cesará en el próximo aniversario de la póliza después que éste deje de ser elegible de acuerdo a su edad, según lo define esta póliza. Para los efectos de esta póliza, cualquier hijo que esté casado, emancipado o que sea autosuficiente, que no depende económicamente del Asegurado o que no resida permanentemente en la República de Panamá, no es considerado un "hijo dependiente" y no es elegible para recibir beneficios como tal.

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

personas de la tercera edad o que sea principalmente una institución para el cuidado y tratamiento de adictos a drogas o de alcohólicos.

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

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

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

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

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

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

LESIÓN: daños al organismo causados por un accidente.

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

1. es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de una persona asegurada;
2. no excede en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado;
3. ha sido prescrito por un Médico;
4. es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en los Estados Unidos; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento; y
5. en el caso de un paciente internado en un Hospital o Centro de Trasplantes, no puede ser administrado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente.

La Necesidad Médica es determinada por (la Compañía), tomando como base la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un Médico no es necesariamente suficiente para considerarlo Medicamente Necesario.

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

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

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

- el Cónyuge del Asegurado por matrimonio o por unión consensual de hecho.

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

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

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

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

PAÍS DE RESIDENCIA: el país donde el asegurado reside la mayor parte del año (por lo menos nueve (9) meses). Este puede ser diferente del lugar legal de residencia del asegurado. El país de residencia debe ser el de la dirección declarada en la solicitud que para efectos de esta póliza debe ser la República de Panamá. El asegurado deberá notificar por escrito a la Compañía sobre cualquier cambio de residencia que exceda seis (6) meses, incluyendo los casos cuando haya un dependiente o Persona Cubierta, que permanece fuera del país de residencia declarado en la solicitud, por motivo de estudios u otra causa. Residir en cualquier otro país que no sea el que aparece en la solicitud por más de seis (6) meses al año, podría resultar en la cancelación de la póliza o en un ajuste de la prima y/o modificación a todos o cualquiera de los siguientes: primas, beneficios, deducible o coaseguro.

PERÍODO DE GRACIA: si la prima no se recibe antes de o en la fecha de pago, según señala las Condiciones Particulares de esta póliza, la Compañía concederá al Contratante un período de gracia de treinta (30) días calendario para recibir el pago correspondiente. Si la Compañía no recibe el pago de la prima antes de que el período de gracia expire, esta póliza y todos sus beneficios terminarán diez (10) días calendario después de la fecha del envío de la carta de notificación de mora al asegurado.

PERSONA CUBIERTA: es el Asegurado y/o cualquier familiar o persona (as) a su servicio que se

convierta y permanezca como una Persona Cubierta, según se establece en la sección de "Elegibilidad" dentro de las Estipulaciones Generales.

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

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

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

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

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

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

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

RECIEN NACIDO: Niño o niña durante los primeros treinta (30) días de vida.

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

PROVEEDOR PARTICIPANTE o RED DE PROVEEDORES (ANCON HEALTH NETWORK): es todo hospital, clínica, farmacia, laboratorio, centro de diagnóstico, médico u otro profesional de la medicina que forma parte de la cadena de establecimientos y personas que brindan servicios de salud que participan en programas contractuales de cobertura para los Asegurados de la Compañía y

forman parte del listado de Proveedores Participantes de ésta, la cual podrá ser consultadas a través de la página Web de la Compañía, quien se reserva el derecho de modificar, adicionar, sustituir, reemplazar o cancelar, de tiempo en tiempo, uno o varios de los proveedores participantes. Cualquier cambio de esta naturaleza será notificado a través de nuestra página web.

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

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

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

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

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

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

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

TRASPLANTE DE ORGANO: 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.

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

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

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

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

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

CLAUSULA TERCERA

TABLA DE BENEFICIOS CUBIERTOS POR LA PÓLIZA

(Vea la sección correspondiente de la póliza para detalles, limitaciones y restricciones)

La presente póliza ampara solo las siguientes enfermedades o necesidades medicas, sujeto a los límites que se indican, por cualquier

tratamiento, servicio y suministro cubierto por la póliza.

GASTOS CUBIERTOS	
<u>BENEFICIO MAXIMO</u>	
(por Asegurado, por año-poliza)	
a) Enfermedades neurológicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares.	150,000
Cirugía cardiaca y angioplastia.	150,000
Tratamiento de cáncer, incluyendo quimioterapia, radioterapia, y la cirugía reconstructiva	200,000
b) Trauma grave (Politraumatismo), Incluyendo rehabilitación	150,000
Insuficiencia renal crónica (diálisis)	100,000
c) Quemaduras graves incluyendo la Cirugía reconstructiva	300,000
g) Desorden infeccioso grave (Septicemia)	150,000
h) Transplantes de órganos: (Por Asegurado, por Año)	
Corazón	300,000
Corazón / Pulmón	300,000
Pulmón	250,000
Páncreas	250,000
Páncreas / Riñón	300,000
Riñón	200,000
Hígado	200,000
Medula ósea	250,000
i) Cuarto regular del Hospital y alimentación	500 por día
j) Cuarto de cuidados intensivos y alimentación	800 por día

COBERTURA TEMPORAL DE EMERGENCIA:

desde el momento en que la solicitud y la prima total de esta póliza son recibidas por la Compañía hasta la fecha de emisión de la póliza o treinta (30) días a partir de la fecha en que la solicitud es recibida, lo que suceda primero, la Compañía acuerda asegurar a todos los propuestos asegurados (incluyendo cónyuge y dependientes) por gastos médicos cubiertos que resulten de una lesión corporal accidental por un beneficio máximo de veinticinco mil (\$25,000) por póliza. Esta cobertura temporal por accidente está sujeta y gobernada por los respectivos términos, provisiones y exclusiones de la póliza, los cuales hubiesen sido aplicados si la póliza por la cual se solicitó cobertura hubiese estado en efecto en la fecha del accidente del propuesto Asegurado. Este

beneficio está sujeto al deducible escogido por el Asegurado.

Este beneficio no aplica si la solicitud es declinada por cualquier razón. Las lesiones sufridas en un accidente mientras se está evaluando la solicitud, no podrán ser la única razón para declinar una solicitud.

COBERTURAS DE LA POLIZA

GASTOS ELEGIBLES: a los efectos de esta póliza, y estando sujeto a lo estipulado en estas Coberturas de la Póliza y a todas las demás disposiciones y condiciones de la póliza, se entenderá por gastos amparados los gastos usuales, razonables y acostumbrados incurridos por la persona Asegurada durante el periodo de vigencia de esta póliza por tratamientos, servicios o suministros médicamente necesarios, incurridos como resultado de, o en relación con el tratamiento de las enfermedades o necesidades médicas amparadas.

Los gastos amparados son los cargos incurridos por:

- a) Servicios Médicos, Quirúrgicos y Hospitalarios;
- b) Servicios Ambulatorios como se definen en esta póliza;
- c) Exámenes de Diagnóstico;
- d) Medicinas, Equipos Médicos e Implantes Quirúrgicos.

HONORARIOS DEL CIRUJANO, CIRUJANO ASISTENTE Y ANESTESIÓLOGO: durante una hospitalización este beneficio pagará el 100% de los costos razonables y acostumbrados. **En caso de médicos no-participantes el asegurado deberá cancelar la totalidad de los gastos y presentarlo para reembolso a la Compañía de Seguros, donde se aplicará como razonable y acostumbrado el máximo que cubre la Red de Proveedores, pero nunca se pagará una suma mayor a la pactada con los Proveedores participantes, por servicio similar, según el área geográfica donde ocurra la cirugía.**

Previa autorización de la Compañía, y sólo en casos de cirugía de corazón abierto, columna cervical y cabeza, este beneficio también pagará los honorarios de un cirujano asistente, limitando el pago al 30% del pago que corresponda al cirujano. El pago para el anestesiólogo también está limitado al 40% del pago que corresponda al cirujano. Este pago aplicará sólo en los casos cuando un médico anestesiólogo administre personalmente la anestesia al paciente y permanezca en presencia constante durante todo el tiempo que dure la cirugía.

Si dos o más operaciones se efectúan al mismo tiempo y por la misma incisión, el pago total para

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

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

TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: el tratamiento dental de emergencia debe tomar lugar dentro de los primeros noventa (90) días después de la fecha del accidente para estar cubierto por esta póliza y tendrán cobertura según lo usual y acostumbrado.

COBERTURA PARA EL RECIEN NACIDO: para tener cobertura bajo los términos de esta póliza, un hijo recién nacido debe ser agregado a la póliza. La solicitud y la prima para la adición del recién nacido debe ser recibida dentro de los primeros treinta (30) días después del nacimiento. Si la solicitud es recibida después de los treinta (30) días después del nacimiento, la solicitud estará sujeta a evaluación de riesgos.

CONDICIONES CONGENITAS: las enfermedades amparadas por esta póliza que sean como consecuencia de una enfermedad congénita sólo estarán cubiertas hasta el 10% del Beneficio Máximo (por Asegurado, por año póliza) indicada anteriormente en la Tabla de Beneficios y están

sujetos a todas las provisiones de la póliza, incluyendo deducible y coaseguro.

TRASPLANTE DE ORGANOS: la cobertura de trasplante de órganos será proporcionada solamente dentro de la "Red de Proveedores" de la Compañía. No hay cobertura fuera de la "Red de Proveedores" de la Compañía. La cobertura es solamente para el trasplante de los siguientes órganos o tejidos humanos o una combinación de éstos tal como se indica en la Tabla de Beneficios:

Corazón	Corazón / Pulmón
Pulmón	Páncreas
Páncreas / Riñón	Riñón
Hígado	Médula ósea

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 pre-quirúrgicos incluyendo exámenes de laboratorio, Rayos-X, tomografía computarizada (CT Scan), imágenes de resonancia magnética (MRI's), ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros.
- c) El costo de búsqueda, obtención y transporte del órgano hasta un máximo de \$10,000 (que está incluido como parte de la cobertura máxima en el beneficio de trasplante).
- d) Cuidados posteriores al trasplante incluyendo, pero no limitado a, tratamientos médicamente necesarios como resultado del trasplante y cualquier complicación como consecuencia directa o indirecta del procedimiento de trasplante.
- e) Cualquier medicamento o medida terapéutica destinada a asegurar la viabilidad y permanencia del órgano trasplantado.
- f) Cualquier cuidado de salud en el hogar, cuidado de enfermería (por ejemplo, cuidado de la lesión, infusión, evaluación, etc.) transportación de emergencia, atención médica, visitas al consultorio o la clínica, transfusiones, suministros o medicamentos relacionados con el trasplante.

MEDICAMENTOS RECETADOS: solamente los medicamentos que son recetados por primera vez en una admisión al hospital o después de una cirugía ambulatoria serán cubiertos y hasta por un período máximo de seis (6) meses, a menos que la Compañía apruebe una extensión. Quimioterapia y otros medicamentos específicos usados como alternativa a la hospitalización del paciente serán cubiertas si son previamente autorizadas por escrito por la Compañía. Para ser aprobadas se requiere que una copia de la receta del médico y la factura original detallada sea incluida con la reclamación.

SEGUNDA OPINION QUIRURGICA REQUERIDA: Si un cirujano ha recomendado un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia, el Asegurado debe notificar a La Compañía por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si la Compañía considera que una segunda opinión quirúrgica es necesaria, ésta debe ser coordinada por la Red de Proveedores y será pagada 100% por la Compañía de Seguros. En el caso en que la segunda opinión contradiga, o no confirme la necesidad de la cirugía, la Compañía también pagará por una tercera opinión de un médico independiente. Si la segunda o tercera opinión confirman la necesidad de la cirugía, los beneficios por esa cirugía serán pagados de acuerdo con 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.

SI LA CIRUGIA ES REALIZADA SIN PRIMERO OBTENER UNA SEGUNDA OPINION QUIRURGICA, EL ASEGURADO SERA RESPONSABLE POR EL TREINTA POR CIENTO (30%) DE TODOS LOS CARGOS CUBIERTOS DE MEDICOS Y HOSPITALES RELACIONADOS CON LA RECLAMACION EN ADICION AL DEDUCIBLE DEL PLAN Y AL COASEGURO (SI ES APLICABLE).

PERIODO DE ESPERA: todos los Asegurados tienen derecho a los beneficios previstos en la presente póliza, una vez transcurridos los períodos de espera 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:

- a) Durante los primeros noventa (90) días, a partir del comienzo de la póliza o de la inclusión del Asegurado o Persona Cubierta en la misma, solo se cubrirán las lesiones causadas en accidentes.

b) Las enfermedades conocidas o diagnosticadas después de transcurridos noventa (90) días de vigencia de la póliza o de la inclusión del Asegurado o Persona Cubierta en la misma, se considerarán amparadas a partir de la fecha en que se produzca dicho diagnóstico.

c) Las enfermedades cubiertas que sean diagnosticadas dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de comienzo de la cobertura para cada Asegurado, serán cubiertas después de dos (2) años.

d) Las enfermedades cubiertas, que sean diagnosticadas como congénitas, estarán cubiertas después de dos (2) años.

BENEFICIOS DESPUES DE LA EDAD DE 69 AÑOS

a) Después de la edad de 69 años, todas las enfermedades y lesiones cubiertas bajo esta póliza deben ser tratadas por un proveedor dentro de la "Red de Proveedores Preferidos", excepto como se describe abajo:

1. La póliza provee cobertura para tratamiento médico de emergencia fuera de la Red de Proveedores Preferidos en aquellos casos en que el tratamiento médico es requerido para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. Los cargos cubiertos relacionados con una admisión de emergencia a un proveedor fuera de la Red de Proveedores Preferidos serán pagados hasta veinticinco mil (\$25,000) dólares con el deducible normal de su plan y coaseguro (si es aplicable). Para estar cubierto por esta estipulación, el inicio de la condición e índole de la emergencia deberá ser tal que imposibilite al Asegurado o al proveedor médico contactar a la Compañía antes del tratamiento.
- 2) Fuera de la Red de Proveedores Preferidos no hay cobertura para enfermedades o lesiones que no son relacionadas a una emergencia.

DIAGNOSTICO: para que una condición sea considerada una enfermedad o condición amparada bajo la póliza, se requerirá como parte del diagnóstico positivo hecho por un médico, las copias de los exámenes de laboratorio, Rayos X, o cualesquiera otros reportes o resultados de los estudios médicos en los que fue basado dicho diagnóstico.

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. Este beneficio cubre:

- **Ambulancia Aérea dentro de la República de Panamá:** paga el 100% del costo usual y acostumbrado hasta un total de B/.1,000 por ocurrencia según las estipulaciones descritas en las Condiciones Generales.
- **Ambulancia Terrestre:** paga 100% del costo usual y acostumbrado de una ambulancia terrestre dentro de la República de Panamá, según las estipulaciones descritas en las Condiciones Generales.

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

CLAUSULA CUARTA

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

GASTO NO CUBIERTOS:

Esta póliza no proporciona cobertura o beneficios para lo siguiente:

1. Cánceres in-situ del cuello uterino.
2. Cánceres de la piel, con excepción de melanoma.
3. Tumores en presencia de virus de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
4. Con la excepción de la angioplastia con globo, no estará cubierto cualquier otro procedimiento cardiovascular que no requiera cirugía.
5. Cualquier trasplante de órgano o de tejido que no esté amparado por la póliza.
6. Tratamiento o servicio por cualquier condición médica, mental o dental secundaria a aquellas condiciones médicas, mentales o dentales que están excluidas o no cubiertas por la póliza.
7. Cualquier cargo relacionado con condiciones pre-existentes como se definen en esta póliza.
8. Cirugía electiva o cosmética o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, aun cuando sea necesario debido a una lesión, deformidad o enfermedad ocurrida por primera vez estando el Asegurado o Persona Cubierta, amparado bajo esta póliza, excepto la cirugía reconstructiva como resultado de cáncer, quemaduras graves o politraumatismo.
9. Cualquier cuidado, lesión o tratamiento estando el Asegurado en su juicio o no, debido a enfermedades o lesiones auto-inflingidas, suicidio, suicidio fallido, uso o abuso de alcohol, uso o abuso de drogas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente resultante de cualquiera de los criterios anteriores.
10. Tratamientos, servicios o suministros que no estén científicamente o médicamente reconocidos para el tratamiento ordenado o que sean considerados experimentales y/o que no estén aprobados para uso general por la Administración de Drogas y Alimentos de los EE.UU. (FDA).
11. Tratamiento en cualquier institución gubernamental o cualquier gasto si el Asegurado tuviese derecho a cuidados gratuitos. Tratamiento o servicio por los cuales no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro.
12. Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable para el área geográfica en particular donde el tratamiento o el servicio fue suministrado.
13. Cuidado quiropráctico, tratamiento homeopático o acupuntura.
14. Tratamiento de lesiones resultantes de participación en actividades peligrosas que expone al participante a un riesgo o peligro previsible. Ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a: clavado aéreo, alpinismo, montañismo, rodeo, tauromaquia, cualquier tipo de deporte de aviación, espeleología, canotaje en rápidos que exceden grado 5, paracaidismo, "paragliding", velideltismo, "parapenting", competencias de velocidad, carreras de motocicletas, deportes o competencias con vehículos de motor, buceo a una profundidad de más de 30 metros, boxeo, equitación, salto en bungee, participación en cualquier deporte extremo o participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.
15. Cualquier tratamiento o servicio dental que no sea un tratamiento dental de emergencia como se define en esta póliza.
16. Prótesis, dispositivos de corrección, equipos médicos que no sean quirúrgicamente requeridos, a menos que sean necesarios a causa de una lesión, deformidad o enfermedad que se manifieste por primera vez estando el Asegurado cubierto por esta póliza.
17. Tratamiento de cualquier enfermedad o lesión resultante de participación en guerra, motín, conmoción civil, o cualquier actividad ilegal incluyendo el encarcelamiento resultante o tratamientos mientras se esté en servicio como miembro de la policía o de una unidad militar.
18. El tratamiento de cualquier lesión o enfermedad o cualquier gasto resultante de cualquier tratamiento, servicio o suministro que:
 - (a) No sea médicamente necesario; o
 - (b) Para un Asegurado que no se encuentra bajo los cuidados de un médico; o
 - (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico.
19. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas con el SIDA o con la prueba positiva de VIH.
20. Admisión electiva en un hospital por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía

programada, excepto si es aprobada por escrito por la Compañía.

21. Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula incluyendo pero no limitado a anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneo-mandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula conectando el hueso de la mandíbula y el cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.
22. Tratamiento por un miembro inmediato de la familia.
23. Medicamentos de venta libre, medicamentos obtenidos sin receta, medicamentos que no fueron originalmente recetados mientras el Asegurado estuvo ingresado en el hospital y medicamentos recetados que no sean parte de la continuación del tratamiento después de una cirugía ambulatoria.
24. Equipo de riñón artificial para uso residencial, excepto si es aprobado por escrito por la Compañía.
25. Tratamiento por lesiones sufridas mientras viajaba como piloto o miembro de la tripulación en una aeronave privada.
26. Costos relacionados con la adquisición e implantación de corazón artificial, aparato mono o bi-ventricular, otros órganos artificiales o de animales y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.
27. Lesiones o enfermedades causadas por o relacionadas con radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la combustión de combustible nuclear o artefactos nucleares.
28. Dispositivos ortóticos, equipos médicos duraderos, implantes, quimioterapia y medicamentos altamente especializados (Ej.: Interferón, Procrit, Avonex, etc.) a menos que sean aprobados con anticipación. Si aprobados, serán provistos por la Compañía o reembolsados al costo en que hubiese incurrido la Compañía si los hubiera comprado a sus proveedores.
29. Gastos relacionados con el síndrome cerebral o gastos custodiales en caso de senilidad o deterioro cerebral.

CLÁUSULA QUINTA

ESTIPULACIONES GENERALES

ELEGIBILIDAD: además del propio Asegurado, los miembros de la familia del Asegurado que calificarán para ser Personas Cubiertas serán:

- Pólizas Individuales: cualquier familiar o persona(s) al servicio del asegurado principal.
- Pólizas Colectivas:
 - el Cónyuge del Asegurado por matrimonio o unión consensual de hecho, quienes podrán ingresar a la póliza hasta la edad límite de sesenta y cuatro (64) años.
 - hijos solteros del Asegurado, incluyendo hijos legalmente adoptados, niños durante el período legal de adopción e hijastros, que sean;
 - menores de 19 años de edad y dependientes del Asegurado principal,
 - menores de 25 años de edad que sean estudiantes a tiempo completo de una institución debidamente reconocida.

El hijo dependiente, para propósito de esta póliza, se define como cualquier hijo, hijastro o menor de edad legalmente adoptado, o en proceso legal de adopción por parte del Asegurado principal y que haya sido nombrado en la solicitud, y sea menor de 19 años de edad, o menor de 25 años de edad y que sea estudiante a tiempo completo de una institución académica debidamente reconocida. A ningún hijo dependiente se le ofrecerá cobertura antes de los treinta (30) días calendario de nacido a no ser que éste nazca de una maternidad cubierta por esta póliza. Para recibir cobertura o para mantener la cobertura en vigor, el Asegurado tiene que solicitar por escrito 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 18 años de edad que sea adoptado legalmente por el Asegurado después de haberse completado la solicitud que forma parte de esta póliza, deberá solicitar cobertura dentro de los treinta (30) días calendario de la fecha de formalización legal de los trámites de adopción. La cobertura de un hijo asegurado cesará en el próximo aniversario de la póliza después que deje de ser elegible de acuerdo a su edad, según lo define esta póliza.

ELEGIBILIDAD DEL CONTRATANTE PARA PÓLIZAS COLECTIVAS O DE GRUPO: una persona natural o jurídica podrá ser elegible para contratar

una póliza colectiva o de grupo si en la fecha de la solicitud cumple con los siguientes requerimientos:

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

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

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

COMIENZO Y TERMINACION DE LA COBERTURA: la cobertura comienza a las 00:01 horas estándar de Panamá en la fecha efectiva de la póliza y termina a las 24:00 horas estándar de Panamá, al suceder lo primero de lo siguiente:

- a) En la fecha de expiración de la póliza; o
- b) Por el no pago de la prima; o
- c) A pedido por escrito del Asegurado principal de terminar la cobertura; o
- d) A pedido por escrito del Asegurado principal de terminar la cobertura para algún dependiente; o
- e) Por notificación escrita de la Compañía como se establece en las condiciones de ésta póliza.

TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL EN PÓLIZAS COLECTIVAS O DE GRUPO: el seguro del Asegurado cubierto bajo una póliza colectiva o de grupo terminará en la primera de las siguientes fechas:

- en la fecha en que deje de estar vinculado con el contratante de la póliza colectiva o de grupo, por terminación del empleo por cualquier causa, por ausencia permanente del trabajo activo por cualquier otro motivo o por dejar de ser miembro permanente de la colectividad contratante del seguro;
- en la fecha en que el Asegurado o Persona Cubierta cumpla setenta (70) años de edad;
- en la fecha en que termine la póliza o que la cobertura cese por o para el Contratante;
- si vencido el período de gracia descrito en el párrafo anterior, el Contratante deja transcurrir diez (10) días calendario sin pagar la prima adeudada, contados a partir de la fecha del envío de la Carta de Notificación de Mora al Contratante, a la última dirección que aparezca registrada en los archivos de la Compañía.

DERECHO A CONVERSIÓN - cuando se trate de pólizas colectivas, se le otorga el privilegio al Asegurado o Persona Cubierta para que adquiera una póliza individual de salud, con beneficios similares o menores a los que tiene en la póliza colectiva, sin tener que dar evidencia de asegurabilidad, siempre y cuando haya estado por lo menos un (1) año asegurado con la Compañía de Seguros ANCON. Es elegible para este beneficio, todo Asegurado o Persona Cubierta que deje de pertenecer al grupo asegurado bajo una póliza colectiva y que envíe el formulario de solicitud para una póliza individual a la Compañía dentro de los treinta (30) días calendario, contados a partir de fecha de la separación del Asegurado o Persona Cubierta de la póliza colectiva. Este beneficio también aplica para el hijo dependiente, si es Persona Cubierta, en el momento cuando deja de ser elegible como tal en la póliza individual o certificado de seguro (en colectivos) del Asegurado, siempre y cuando haya estado por lo menos un (1) año asegurado con la

Compañía de Seguros ANCON. En este caso, deberá enviar el formulario de solicitud para una póliza individual a la Compañía dentro de los treinta (30) días calendario, contados a partir de fecha en que dejó de ser elegible como Persona Cubierta en la póliza o certificado del Asegurado.

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

INDISPUTABILIDAD - después de que esta póliza haya estado en vigor por un término de cinco (5) años durante la vida del Asegurado o de cada Persona Cubierta, ninguna reclamación será reducida o denegada bajo la base de que una enfermedad o condición física, no excluida de la cobertura, hubiera existido con anterioridad a la fecha de la efectividad de esta póliza. No obstante lo anterior, la Compañía se reserva el derecho de denegar o reducir el pago de una reclamación en cualquier momento, durante la vigencia de esta póliza, si se descubre que las declaraciones hechas por el Asegurado en la solicitud del seguro son falsas o inexactas.

COMIENZO DEL SEGURO: sujeto a las estipulaciones de esta póliza, los beneficios comienzan en la Fecha Efectiva de la póliza y no en la fecha en que se solicitó el seguro.

PERIODO DE GRACIA: si la prima no es recibida en la fecha de su vencimiento, la Compañía concederá un período de gracia de treinta (30) días a partir de la fecha de vencimiento para que la prima sea pagada. Si la prima no es recibida por la Compañía antes del final del período de gracia, esta póliza y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha original del vencimiento de la prima. Beneficios no serán proporcionados durante el período de gracia a menos que la póliza sea pagada o renovada.

TERMINACIÓN POR MOROSIDAD - si vencido el período de gracia descrito en el párrafo anterior, el Asegurado o el Contratante deja transcurrir diez (10) días calendario sin pagar la prima adeudada, contados a partir de la fecha del envío de la Carta de

Notificación de Mora al Asegurado, a la última dirección que aparezca registrada en los archivos de la Compañía, la póliza se entenderá cancelada de pleno derecho y la Compañía no tendrá obligación alguna a partir de dicho momento.

REINSTALACIÓN – no obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, la Compañía podrá reinstalar la póliza cancelada por morosidad, a su entera y única discreción, cumpliendo el Asegurado con los siguientes requisitos:

- a) pagar el total de las primas adeudadas a la Compañía; y
- b) remitir la Solicitud de Reinstalación debidamente completada y firmada a la Compañía dentro de un plazo máximo de noventa (90) días calendario, contados a partir de la fecha de cancelación de la póliza; y
- c) pagar la prima que señale la Compañía para la reinstalación, si ésta se diera.

La Compañía se reserva el derecho de aprobar o no la solicitud de reinstalación. La reinstalación de la póliza se considerará solamente después de recibir prueba de buena salud de las personas aseguradas bajo la póliza original. La Compañía notificará su aprobación o negación por escrito, al Asegurado. El Asegurado y la Compañía tendrán los mismos derechos que existían antes de la fecha de cancelación por morosidad, sujeto a cualquier endoso que se adjunte a la póliza como resultado de tal reinstalación.

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR PRE-AUTORIZACIÓN PARA EXÁMENES ESPECIALES siempre que el Asegurado o Persona Cubierta, que no se encuentre hospitalizado y necesite someterse a cualquier examen especial cuyo costo individual o la suma de varios supere el monto de B/.100.00, solicitará a la Compañía una pre-autorización para recibir cobertura bajo esta póliza. Debe remitir el formulario de pre-autorización contestado por el médico tratante, acompañado del cuadro clínico correspondiente, para la evaluación de la Compañía. El no cumplir con este procedimiento resultará en la reducción del beneficio hasta en un 50%.

PAGO DE RECLAMACIONES - todas las pérdidas pagaderas bajo esta póliza serán pagadas 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 de la muerte del Asegurado será pagadera a sus herederos judicialmente declarados. Si cualquier pérdida bajo esta póliza es pagadera a los herederos o a un Asegurado que no esté calificado para relevar a la Compañía, la Compañía pagará tal pérdida,

hasta una cantidad máxima de B/.1,000, a cualquier familiar relacionado por consanguinidad o matrimonio, que la Compañía considere en equidad con derecho a recibir tal beneficio. Cualquier pago hecho por la Compañía en buena fe relevará a la misma de cualquier responsabilidad.

EXAMENES FISICOS: la Compañía, a su propio costo, tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a cualquier Asegurado cuyas enfermedades o lesiones sean la base de una reclamación cuando y cuantas veces lo considere necesario durante el tiempo que dicha reclamación se encuentre pendiente. El Asegurado proporcionará a la Compañía todos los expedientes y reportes médicos cuando sean solicitados por la Compañía y firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Compañía obtenga tales expedientes y reportes médicos. El no cooperar con la Compañía, o el no autorizar la entrega de los expedientes médicos solicitados por la Compañía será motivo para que la reclamación sea negada. En caso de muerte la Compañía tiene el derecho de requerir una autopsia en el lugar escogido por la Compañía.

CANCELACION O NO RENOVACION DE LA POLIZA: 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 correcta o completa, la Compañía hubiera emitido una póliza con cobertura restringida o hubiera declinado proporcionar el seguro. La Compañía retiene el derecho de cancelar o modificar una póliza en términos de tarifas, deducibles o beneficios, general y específicamente, si el Asegurado cambia su país de residencia no importando los años que la póliza haya estado en vigor. 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 debido 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 ésta póliza.

PAGO DE LA PRIMA: el pago de la prima a tiempo es responsabilidad del Asegurado. Los avisos de pago de primas son enviados como una cortesía y la Compañía no garantiza la entrega de los mismos. Si el Asegurado no recibe un aviso de pago de prima treinta (30) días antes de la fecha de renovación y el Asegurado no sabe el monto correcto del pago de la

prima de renovación, el Asegurado debe contactar a su Agente o a la Compañía.

CAMBIO EN LAS TARIFAS: la Compañía 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 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 incurrir en reclamos. La Compañía se reserva el derecho de ofrecer tarifas preferenciales a aquellas pólizas que mantengan una buena experiencia de reclamos por un período mayor de veinticuatro meses (24) consecutivos.

PRUEBA DE RECLAMACION: prueba escrita del siniestro debe ser suministrada a la Compañía, dentro de los ciento veinte (120) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio. El no suministrar la prueba escrita como antes señalado resultará en que la reclamación sea negada. Facturas originales detalladas deben ser enviadas junto con el formulario de reclamación de la Compañía e historial médico del Asegurado. Los modelos de formularios de reclamaciones usados por los proveedores de servicios en los Estados Unidos pueden ser aceptados, pero la Compañía se reserva el derecho de pedir que el Asegurado complete el formulario de reclamación de la Compañía.

REHABILITACION: todas las pólizas rehabilitadas después del período de gracia de treinta (30) días son consideradas nuevas pólizas, con nuevos períodos de espera, y con ninguna antigüedad o crédito suministrado al Asegurado. Todas las condiciones existentes anteriores a la fecha de rehabilitación de la póliza serán consideradas y tratadas como condiciones preexistentes bajo esta póliza. Ninguna rehabilitación será autorizada noventa (90) días después de la fecha efectiva de terminación de la póliza.

SUBROGACION E INDEMNIZACION: la Compañía tiene el derecho de subrogación o reembolso por parte del Asegurado a quien ha pagado, o en su favor ha pagado, cualquier reclamación si el Asegurado ha recobrado todo o parte de tal pago de una tercera entidad. Además, la Compañía tiene el derecho de proceder a su propio costo en nombre del Asegurado contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta póliza o que puedan ser responsables de proveer

indemnización de beneficios por cualquier reclamación bajo esta póliza.

TERMINACION DE COBERTURA: en el evento que una póliza sea terminada por cualquier motivo que no sea fraude, la cobertura cesa en la fecha efectiva de terminación y la Compañía será sólo responsable de tratamientos cubiertos bajo los términos de la póliza que tuvieron lugar antes de la fecha efectiva de terminación de la póliza. No hay cobertura para ningún tratamiento que ocurra después de la fecha efectiva de terminación independientemente de cuándo se presentó por primera vez la condición o cuánto tratamiento adicional pueda ser requerido.

CAMBIO DE PLAN: en la fecha del aniversario, el Asegurado puede solicitar el cambio a un plan con diferente deducible. Tales solicitudes están sujetas a evaluación de riesgo. Durante los primeros noventa (90) días desde la fecha efectiva del cambio, los beneficios pagaderos por cualquier enfermedad o lesión no causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso, estarán limitados al menor de los beneficios provistos por el nuevo plan o por el plan anterior.

SINIESTRO Y RECLAMACIÓN – deberá darse aviso previo a la Compañía en caso de siniestro que termine en una hospitalización programada y aviso inmediato (dentro de las veinte y cuatro (24) horas del suceder el siniestro) en caso de una hospitalización a consecuencia de un accidente o emergencia médica y remitir los documentos que sustentan la reclamación, dentro de los noventa (90) días calendario después de haber ocurrido el siniestro o comenzado alguna pérdida o gasto cubierto. En el caso de gastos incurridos que estén sujetos a un deducible previo para recibir beneficios, entonces el período de noventa (90) días calendario, se contarán a partir de la fecha en que se ha completado el deducible anual que para dicho beneficio establece esta póliza. En caso de no remitir el reclamo en el tiempo aquí estipulado, dará derecho a la Compañía a declinar la cobertura o pagar únicamente el 50% de los beneficios que esta póliza concede o a denegar el pago de los beneficios correspondientes.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS – los beneficios de la presente póliza serán pagados al Asegurado contra la presentación de los documentos que evidencien el gasto incurrido, salvo que la Compañía reciba el formulario de reclamación con la asignación de beneficios firmada por el Asegurado, en cuyo caso el pago se le hará al proveedor directamente.

EVIDENCIA DE PÉRDIDAS - un aviso escrito dado por el Asegurado o un representante a su nombre, a

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

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

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

ACCIONES LEGALES - ninguna acción de ley o equidad para cobrar beneficios bajo esta póliza podrá ser instituida durante los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha en que la evidencia completa de la reclamación haya sido sometida a la Compañía. Ninguna acción legal será instituida después de haber pasado un (1) año desde la fecha en que evidencia escrita de pérdida es requerida por esta póliza, contado a partir de la fecha en que se dio el gasto o surgió el derecho para el Asegurado o para la Persona Cubierta a recibir el beneficio.

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

AJUSTE DE PRIMA POR TERMINACIÓN DE UNA PERSONA CUBIERTA - después de la terminación de cobertura de una Persona Cubierta, la prima de esta póliza será 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, su cónyuge podría convertirse en el Asegurado si efectúa la debida solicitud por escrito y acompaña prueba de defunción del Asegurado.

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

OTROS SEGUROS - las indemnizaciones estipuladas en esta póliza se pagarán coordinando beneficios (según se detalla en la Cláusula Segunda) con cualquier otra póliza o pólizas de seguro que el Asegurado o Persona Cubierta mantenga en vigor al momento de un reclamo amparado por esta póliza.

NO PARTICIPANTE - esta póliza no dará derecho al Asegurado ni a ninguna Persona Cubierta a participar de las utilidades de la Compañía.

NOTIFICACIONES - toda notificación relacionada con cualquier aspecto contractual de esta póliza, será hecha al Asegurado, ya sea personalmente o enviada a la última dirección del mismo que aparezca registrada en la póliza.



ASEGURADORA ANCÓN, S.A.

BENEFICIO DE AMBULANCIA

Como beneficio en nuestras pólizas, hemos incorporado el Servicio de ambulancia **SEMM**, la cual brinda a todos nuestros asegurados en la comodidad de su hogar las siguientes coberturas sin costo, solicitando la atención a la central telefónica **366-0122 o 6618-4122**:

Servicio	Cobertura	Horario
Atención de Emergencia y Urgencia	Panamá, Panamá Oeste, Colón y David	24 horas
Atención para accidentes de tránsito	Panamá, Panamá Oeste, Colón y David	24 horas
Consulta médica telefónica	Nacional	24 horas

En los casos que sea necesario, se realizará el traslado al centro médico que por su ubicación geográfica resultara más conveniente, según la gravedad del caso, **SEMM** ofrece sin costo su servicio de asistencia médica prehospitalaria dentro del siguiente radio operativo:

- **Ciudad de Panamá:** Panamá Metro, hasta alcalde Díaz y hasta Nuevo Tocumen.
- **Ciudad de Colón:** Ciudad de Colón, Zona Libre, hasta Sabanitas.
- **Arraiján y La Chorrera:** Desde Panamá Pacífico hasta Villa Rosario.
- **David, Chiriquí:** Desde Panagás de Las Lomas hasta la Junta Comunal de Bagalá.

Adicional, SEMM ofrece otros servicios, los cuales deberán ser solicitados a la central telefónica 366-0122 o 6618-4122. Todos los servicios descritos a continuación conllevan un co-pago el cual debe ser pagado al personal de la unidad, una vez finalizados los mismos.

SERVICIOS MEDICOS A DOMICILIO			
Servicio	Cobertura	Horario	Co-pago
Atención Médica a Domicilio (*)	Panamá, Panamá Oeste, Colón y David	24 horas	B/. 20.00
Inyectables a domicilio (*)	Panamá, Panamá Oeste, Colón y David	24 horas	B/. 10.00
Toma de presión y signos vitales a domicilio (*)	Panamá, Panamá Oeste, Colón y David	24 horas	B/. 20.00
Electrocardiogramas a domicilio (*)	Panamá, Panamá Oeste, Colón y David	24 horas	B/. 50.00
Enemas a domicilio (*)	Panamá, Panamá Oeste, Colón y David	24 horas	B/. 20.00
Cambios de Sonda y curaciones a domicilio (*)	Panamá, Panamá Oeste, Colón y David	24 horas	B/. 30.00
Aplicación de venoclisis paciente suministra IV (*)	Panamá, Panamá Oeste, Colón y David	24 horas	B/. 15.00
Aplicación de venoclisis con IV (*)	Panamá, Panamá Oeste, Colón y David	24 horas	B/. 30.00
Inhaloterapia a domicilio (*)	Panamá, Panamá Oeste, Colón y David	24 horas	B/. 30.00

EL ASEGURADO



 ASEGURADORA ANCÓN, S.A.