PÓLIZA COMPRENSIVA DE SALUD INDIVIDUAL

ANCÓN CARE RENOVABLE Y VITALICIO

CONDICIONES GENERALES

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 SUSPENSIÓN

Serán causales de suspensión de las coberturas de este contrato, las siguientes:

• CUANDO EL CONTRATANTE SE ATRASE POR MÁS DEL TÉRMINO DEL PERIODO DE GRACIA ESTIPULADO EN ESTE CONTRATO, SE ENTENDERÁ QUE HA INCURRIDO EN INCUMPLIMIENTO DE PAGO Y SE SUSPENDERÁ LA COBERTURA DE ESTE CONTRATO HASTA POR SESENTA (60) DÍAS. ESTA SUSPENSIÓN SE MANTENDRÁ HASTA QUE CESE EL INCUMPLIMIENTO DE PAGO O HASTA QUE LA PÓLIZA SEA CANCELADA.

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:

• Mora: si vencido el periodo de gracia no se recibe el pago de la prima adeudada de parte del Contratante. (se aplicará conforme los lineamientos de la ley 12 del 2012 que regula la actividad de seguros en Panamá y la cláusula tercera sección TERMINACIÓN DEL SEGURO – PÓLIZAS INDIVIDUALES).
• 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.
• Domicilio: en el momento que el Asegurado o Persona Cubierta resida fuera de la República de Panamá.
• Por solicitud: a solicitud del Asegurado, en la fecha en que él lo solicite por escrito a La Compañía.
• 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.
• 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.
• La Compañía podrá dar por terminado el contrato de seguro, sin ningún tipo de responsabilidad o penalidad, en la eventualidad de que el Asegurado, Contratante o Beneficiario fuere condenado mediante autoridad competente (nacional o internacional) por estar vinculado directa o indirectamente con actividades ilícitas relacionadas con: posesión, producción o tráfico de: drogas, armas o explosivos; material de uso dual , terrorismo; delincuencia organizada; o blanqueo (lavado) de capitales,

financiamiento del terrorismo o financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.
• Igual medida adoptará La Compañía en el caso de que el Asegurado, Contratante o Beneficiario, esté vinculado o sea objeto de sanción de forma directa o indirecta al ser incluido en alguna lista oficial de sujetos de derecho internacional público, tales como: estados, y demás organizaciones internacionales, que impongan sanciones económicas por actividades relacionadas y/o delitos precedentes con el lavado de activos, corrupción, blanqueo de capitales, financiamiento del terrorismo, financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva, narcotráfico, entre otras. Incluyendo la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) o cualquier otra lista de naturaleza similar.
• Actividades Sospechosas (blanqueo de capitales): en el caso de que el departamento de cumplimiento de La Compañía, reporte a la unidad de análisis financiero, alguna actividad sospechosa por parte de un Asegurado, Contratante o Beneficiario, luego de la suscripción del negocio, podrá dar terminado de forma anticipada el contrato de seguro, sin ningún tipo de responsabilidad o penalidad.

10 DÍAS PARA EXAMINAR LA PÓLIZA.

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

CLÁUSULA PRIMERA
CONDICIONES GENERALES

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.

ANUAL RENOVABLE O LÍMITE ANUAL: La Compañía reconocerá todos los gastos médicos hasta la suma máxima, por cada vigencia o renovación, según se estipula en las Condiciones Particulares en Descripción de Beneficios.

BENEFICIO MÁXIMO VITALICIO: La Compañía reconocerá todos los gastos médicos expresamente cubiertos según se estipula en las Condiciones Generales y Condiciones Particulares en descripción de beneficios hasta la suma máxima vitalicia por Asegurado o por Persona Cubierta.

CO-PAGOS, 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 co-pagos, porcentaje de coaseguro y deducibles señalados en las Condiciones Particulares, cuya suma está sujeta al tipo de servicio médico u hospitalario involucrado.
Cada Asegurado o Persona Cubierta debe cumplir con los co-pagos, porcentaje de coaseguro y con los deducibles indicados en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA 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-infligidas 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 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.

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

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

ANUAL RENOVABLE O LÍMITE ANUAL: Se refiere al monto máximo a indemnizar por gastos médicos incurridos, aprobados y pagados por La Compañía 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 (2) o más pólizas vigentes con La Compañía, individuales o colectivas, La Compañía pagará hasta el máximo de la póliza con mayor límite.

ASEGURADORA ANCÓN S.A.: La empresa aseguradora que asume los riesgos cubiertos contenidos en esta Póliza y sus Anexos.

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, está especificado en la sección de “beneficios”, hasta el máximo total de por vida indicado en la carátula 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 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 incurren 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.

CARGOS USUALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS (URA): 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 ESTADIA EN UN HOSPITAL: Es el proceso de pre-autorización (según se describe en la Cláusula III), 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 Compañía o su representante antes del ingreso para certificar la admisión basada en la necesidad médica. En caso de una admisión de emergencia, el hospital en el que el Asegurado ingrese deberá comunicarse con La Compañía o su representante, dentro de las veinticuatro (24) horas inmediatas a la admisión o ingreso. El no cumplir con este procedimiento podrá causar que los beneficios que aplican para estos casos se reduzcan.

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

CO-PAGO y CO-ASEGURO: 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: 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 DEL RECIÉN NACIDO: Si nace de una maternidad cubierta por la póliza, el recién nacido estará automáticamente cubierto por cualquier accidente o enfermedad. Para mantener esta cobertura en vigor, se requerirá que se solicite la inclusión del bebé a la póliza, como dependiente, presentando el formulario de solicitud a La Compañía, dentro de los primeros treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de nacimiento del bebé. Para que el bebé mantenga la condición de Persona Cubierta, la solicitud estará sujeta a la aprobación por parte de La Compañía, la cual basará dicha aprobación en evidencia satisfactoria de buena salud del recién nacido. La prima será ajustada como lo requiera el caso. La cobertura relacionada a nacimientos prematuros y sus complicaciones, o defectos de nacimiento incluyendo afecciones hereditarias o enfermedades congénitas las cuales sean diagnosticadas y tratadas durante la vigencia de la póliza, pagará el máximo vitalicio que se indique en las Condiciones Particulares "Gastos de Recién Nacido", por todos los gastos en que se incurra por estas condiciones.

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

COMPAÑÍA: Aseguradora Ancón, S.A.

CONDICIÓN, ENFERMEDAD O LESIÓN PRE-EXISTENTE: 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 Compañía 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 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. En consecuencia, las condiciones preexistentes no declaradas no están cubiertas por la póliza y si es evidente que el Asegurado ha hecho declaraciones falsas o incompletas o que ocultó información en la solicitud puede resultar en la cancelación de la póliza.

La Compañía 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.

CONDICIONES PARA LA RENOVACIÓN: 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, salvo aquellos casos en los que efectivamente comprobados nos encontremos ante un fraude o comisión de algún delito tipificado en la legislación panameña. 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, sin embargo, **en el momento que el Asegurado o Persona Cubierta resida fuera de la República de Panamá la cobertura de esta póliza terminará.** No habrá límite de edad en las renovaciones para la cobertura de los asegurados o Persona Cubierta, excepto los colectivos.

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 Compañía 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 y/o SOLICITANTE: 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.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS: En caso de existencia de dos o más pólizas de salud/gastos médicos/hospitalización que cubran un mismo riesgo, el contratante/asegurado tendrá la libertad de elegir cual de estos utilizará como seguro primario y el orden de participación de los seguros restantes en aquellos casos que el seguro primario no cubra la totalidad de los gastos incurridos.

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 Compañía 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, las aseguradoras aplicarán los principios de equilibrio y equidad en todas las reclamaciones presentadas por el asegurado.

CUARTO DE URGENCIAS: Es una unidad integral que el hospital o la clínica dedica para recibir, estabilizar y manejar pacientes que se presentan con una gran variedad de condiciones súbitas e imprevistas o que pueden poner en peligro la vida o salud del Asegurado o de sus funciones vitales y donde se presta la atención médica o quirúrgica inmediata.

DEDUCIBLE POR AÑO PÓLIZA: 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 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 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 Compañía 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.

DESORDENES O ENFERMEDADES CONGÉNITAS: 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 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.

ENFERMEDAD CATASTRÓFICA: Una condición de salud muy grave y costosa, que podría presentar riesgo de muerte o causar una incapacidad de por vida. Para los efectos de esta póliza se consideran como tal, pero sin limitar, las siguientes: Enfermedades Neurológicas que requieran o no tratamiento neuro-quirúrgico; Enfermedades cardiacas (cirugía cardiaca, cateterismo); Trauma Mayor (cirugía y rehabilitación); Insuficiencia Renal Crónica (Cirugía y Diálisis); Cáncer-Cirugía, Tratamientos de Quimioterapia y Radioterapia; SIDA.

ESTADÍA MÁXIMA EN EL HOSPITAL: De acuerdo a los límites de cobertura de esta póliza, 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. Se considera como examen especial todo aquel mayor o igual a ciento cincuenta balboas (B/.150.00). Cuando estos exámenes han de efectuarse esté o no el Asegurado o Persona Cubierta hospitalizada, **es necesario solicitarle a La Compañía una pre-autorización 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 III.

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.**

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

GASTOS ELEGIBLES: 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.

HIJO DEPENDIENTE: Para los propósitos de pólizas individuales, 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 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 Compañía 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 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 cuido 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 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 debidamente notificado.

LESIÓN: Daños al organismo causados por un accidente.

MÉDICAMENTE 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 (no tratan afecciones directamente, ya que no contienen principios activos ni tienen efectos terapéuticos) o experimental (que no esté científicamente o médicamente reconocido por instituciones aceptadas; es decir, que no han sido aprobados por un ente regulador como la FDA ("Federal Drugs Administration") o su equivalente). 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 médicamente 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 y Podiatras.

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 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 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 sesenta y cinco (65) años.
- los hijos solteros del Asegurado, incluyendo niños legalmente adoptados, niños durante el período de trámite legal de adopción, e hijastros, que:
- sean menores de diecinueve (19) años de edad y que dependan del Asegurado, o
- menores de veinticinco (25) años de edad que sean estudiantes a tiempo completo de una institución académica autorizada por la autoridad competente para ejercer la actividad educativa.

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: Esta póliza es exclusiva para panameños o extranjeros con residencia permanente en la República de Panamá (por lo menos nueve (9) meses del año).
El Asegurado deberá notificar por escrito a La Compañía 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 la República de Panamá por más de tres (3) meses al año, podría resultar en la cancelación de la póliza.

PERÍODO DE COBERTURA DE MATERNIDAD: Cuidado médico en la etapa prenatal, durante el parto y el alumbramiento y en la etapa posnatal inmediata, incluyendo los cuidados rutinarios del recién nacido sano, dentro de los límites máximos establecidos para la cobertura de maternidad descrita en la sección de "Beneficios" de las Condiciones Particulares. Este beneficio surtirá efecto solamente en los casos en que la maternidad comience después de trescientos sesenta y cinco (365) días calendario, contados a partir de la fecha de efectividad de la póliza, o de la fecha de efectividad de la cobertura de la asegurada, cónyuge, si ésta es Persona Cubierta. Para aquellas mujeres integrantes de la póliza, que no sea la asegurada principal o cónyuge, el beneficio de maternidad tendrá cobertura a partir de los veintiséis (26) años de edad**.**

PERÍODO DE ESPERA: Durante el primer año de vigencia del Asegurado, no se cubrirá ningún gasto producto de una enfermedad o un accidente, por tratamiento, consultas, servicios, suministros o cirugías relacionados a:
- Amígdalas, Adenoides, Senos Paranasales y Cornetes

- Hernias de cualquier clase
- Útero, piso pélvico, órganos de reproducción y anexos, incluyendo endometriosis y/lo dolor pélvico crónico.
- Padecimientos oculares incluyendo cataratas, pterigión, glaucoma, entre otros.
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
- Vesícula y vías biliares
- Endoscopias y Colonoscopias
- Padecimientos de la Columna Vertebral
- Condiciones de Tiroides
- Condiciones de Mamas
- Hemorroides, divertículos o enfermedades ano rectales
- Hidrocele y Varicocele
- Tumores o lesiones benignas de la piel
- Artroscopias, cirugías de hombro, rodilla y túnel carpal
- Padecimientos de la próstata y del sistema renoureteral
- Enfermedad por lesiones deportivas

PERÍODO DE GRACIA: Es el periodo 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 III.

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.

PROVEEDOR PARTICIPANTE o RED DE PROVEEDORES: 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 debidamente notificado. La Red de Proveedores que aplique a la póliza del Asegurado o Persona Cubierta será detallada en las Condiciones Particulares y/o Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares.

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 ENFERMERA DOMICILIARIA: Servicios medicamente necesarios prestados por un profesional del área de enfermería y recibidos en el domicilio del Asegurado.

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.

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

STOP LOSS o LÍMITE DE COASEGURO: Es el desembolso máximo anual que realiza el Asegurado por concepto de coaseguro. La Compañía asumirá el pago del cien por ciento (100%) de todos los gastos incurridos durante el resto de ese año póliza, que excedan la cantidad indicada como Desembolso Máximo Anual, en las Condiciones Particulares.

SUSPENSIÓN DE COBERTURA: Periodo de sesenta (60) días Calendario contados a partir del vencimiento del Periodo de Gracia, dentro del cual la Póliza se mantiene vigente pero el Asegurado o Personas cubiertas no tendrán derecho a recibir los beneficios de la Póliza.

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.

TRASLADO DE DEDUCIBLE: (aplica para colectivos): Traslado de los gastos que aplican al deducible utilizados en el último trimestre del año**.**

TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA: Tratamiento de emergencia necesario para reponer o restaurar los dientes naturales dañados o perdidos por causa de un accidente. **Los implantes dentales necesarios a causa de otra razón que no sea debida a un accidente no se cubrirán bajo la póliza.** Sólo 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 mala posición 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.

CLÁUSULA TERCERA
ESTIPULACIONES GENERALES

ELEGIBILIDAD: En pólizas individuales el Asegurado Principal debe ser mayor de dieciocho (18) años y menor de sesenta y cinco (65) años. En el caso de pólizas individuales donde se aseguren menores de dieciocho (18) años como Asegurado Principal, el Contratante de la póliza debe ser una persona mayor de edad. Además del propio Asegurado, los miembros de la familia del Asegurado que calificarán para ser Personas Cubiertas bajo las siguientes pólizas:

- En Pólizas Individuales: cualquier familiar o persona(s) al servicio del asegurado principal.

El hijo dependiente, para propósito de esta póliza, se define como cualquier hijo, hijastro o menor de edad legalmente adoptado, o en proceso legal de adopción por parte del Asegurado principal y que haya sido nombrado en la solicitud, y sea menor de diecinueve (19) años de edad, o menor de veinticinco (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 a La Compañía que el recién nacido sea incluido en la póliza, dentro de los treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de nacimiento.

En caso de un menor de dieciocho (18) años de edad que sea adoptado legalmente por el Asegurado después de haberse completado la solicitud que forma parte de esta póliza, deberá solicitar cobertura dentro de los treinta (30) días calendario de la fecha de formalización legal de los trámites de adopción.
La cobertura de un hijo asegurado cesará en el próximo aniversario de la póliza después que deje de ser elegible de acuerdo a su edad, según lo define esta póliza.

TERMINACIÓN DEL SEGURO – PÓLIZAS INDIVIDUALES:

- **La cobertura del cónyuge del Asegurado, si es una Persona Cubierta, cesará al divorciarse del Asegurado principal y esto sea comprobable mediante una sentencia en firme o una separación final en el caso de unión consensual de hecho.**
- **Si vencido el periodo de gracia y de suspensión, recibido el aviso de cancelación, y transcurridos los quince (15) días hábiles que establece la ley, no se recibe el pago de la prima adeudada de parte del contratante.**

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

PERIODO DE GRACIA: La compañía otorgará a el Contratante un período de gracia de hasta treinta (30) días calendarios, contados a partir de la fecha en que este tuviese la obligación del pago de la prima o fracción de prima convenido; y no se hubiese hecho el pago oportuno en la fecha indicada, a fin de, poder continuar gozando de sus beneficios contratados. Pasado este término y no haber recibido el pago de la fracción adeudada y la corriente en curso si fuese el caso; conforme los lineamientos de la ley 12 del 2012 que regula la actividad de seguros en Panamá, se comenzará a computar el periodo de suspensión de cobertura establecido.

PERIODO DE SUSPENSIÓN: Cuando el contratante haya efectuado el pago de la primera fracción de la prima y se atrase por más del término del periodo 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, periodo en el cual no tendrá derecho a los beneficios de coberturas amparados por esta póliza. De continuar con el incumplimiento de pago inmediatamente se comenzará a computar el periodo de cancelación de su producto conforme se encuentra contemplado en el Artículo 161 de la ley 12 de 2012 que regula la actividad de seguros en la República de Panamá.

ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS: Se hace constar que el Asegurado y La Compañía 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.

TERMINACIÓN POR MOROSIDAD Y AVISO DE CANCELACIÓN: Las notificaciones por Morosidad y Aviso de Cancelación por incumplimiento o morosidad por parte del Asegurado se enviarán a la última dirección que aparezca registrada en los archivos de La Compañía, con copia al corredor de seguros, si hubiere y con una antelación de quince (15) días hábiles. Una vez transcurrido el Periodo de Suspensión y envío del Aviso de Cancelación, se entenderá que la póliza está cancelada de pleno derecho y La Compañía no tendrá obligación alguna con el Asegurado a partir de este momento.

En caso de que La Compañía no haga la notificación del Aviso de Cancelación al Asegurado de conformidad con la ley vigente, el contrato de seguros subsistirá y se aplicará lo que dispone el Artículo 998 del Código de Comercio o las leyes que lo reformen o modifiquen.

REHABILITACION DURANTE EL PERIODO DE SUSPENSIÓN DE COBERTURA: Si el contratante efectúa el pago de la prima adeudada dentro del período de sesenta (60) días de suspensión, la póliza será rehabilitada.

REHABILITACIÓN POR CANCELACIÓN: Cancelada la póliza, La Compañía podrá considerar la rehabilitación de la misma a su entera y única discreción cuando el Asegurado cumpla con los siguientes requisitos:

a) pagar el total de las primas adeudadas a La Compañía; y
b) remitir la Solicitud de Rehabilitación debidamente completada y firmada a La Compañía dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de cancelación de la póliza; y
c) pagar la prima que señale La Compañía para la rehabilitación, si ésta se diera.

La Compañía se reserva el derecho de aprobar o no la solicitud de rehabilitación. La rehabilitación 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 rehabilitación.

REQUERIMIENTO DE PRE-ADMISIÓN: Los beneficios de esta póliza se ofrecen principalmente a través de los proveedores participantes. Siempre que el Asegurado o Persona Cubierta tenga conocimiento previo de que va a ser hospitalizado, tiene que avisar a La Compañía con setenta y dos (72) horas de anticipación para permitir que La Compañía agilice los trámites de asignación de beneficios al hospital, de manera que el Asegurado o Persona Cubierta pueda ingresar sin mayores demoras o inconvenientes. Para tal efecto el Asegurado o Persona Cubierta debe llenar el formulario de pre-admisión suministrado por La Compañía y remitírselo dentro de ese período a fin de recibir la correspondiente autorización para ingresar al hospital. Cuando se trate de una hospitalización de emergencia, este proceso debe efectuarse dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la admisión al hospital. **El no cumplir con este requisito conlleva una penalización que puede resultar incluso en la disminución del beneficio hasta en un cincuenta por ciento (50%),** para los procedimientos que así lo requieran, y siempre sobre el costo Usual, Razonable y Acostumbrado (URA) de La Compañía. Adicionalmente se aplicará el co-pago, el coaseguro y el deducible correspondientes conforme lo establecido en el Cuadro de Coberturas y las Condiciones Particulares de la Póliza.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA: El Asegurado o Persona Cubierta deberá notificar a La Compañía, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de la fecha programada para cualquier cirugía electiva o cualquier tipo de cirugía que no sea de emergencia, a fin de que La Compañía determine si una segunda opinión médica es requerida. De requerirse una segunda opinión médica, ésta será pagada al cien por ciento (100%) por La Compañía y ésta se reserva el derecho de designar o aceptar el Médico que dará la segunda opinión. Si esta segunda opinión no es afirmativa, La Compañía pagará el cien por ciento (100%) de una tercera opinión médica. Si la segunda o tercera opinión médica es afirmativa, la cirugía se cubrirá de acuerdo a los parámetros establecidos en esta póliza. **Sin embargo, si la segunda y la tercera opinión médica determinan que la cirugía no se debe efectuar y el Asegurado o Persona Cubierta se somete a dicha intervención la Póliza no pagará beneficios.**

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR PRE-AUTORIZACIÓN PARA EXÁMENES ESPECIALES:
Siempre que el Asegurado, que no se encuentre hospitalizado y necesite someterse a cualquier examen

especial cuyo costo individual o la suma de varios supere el monto de ciento cincuenta balboas (B/.150.00), solicitará a La Compañía una pre-autorización para recibir cobertura bajo esta póliza. Debe remitir el formulario de pre- autorización contestado por el médico tratante, acompañado del cuadro clínico correspondiente, para la evaluación de La Compañía. **El no cumplir con este procedimiento resultará en la reducción del beneficio hasta en un cincuenta por ciento (50%).**

AVISO DE SINIESTRO Y DE RECLAMACIÓN: Deberá darse aviso previo a La Compañía en caso de requerirse una hospitalización programada (dentro de las setenta y dos (72) horas previas a la hospitalización) y aviso inmediato (dentro de las veinticuatro (24) horas de sucedido el siniestro) en caso de una hospitalización a consecuencia de un accidente o emergencia médica y remitir los documentos que sustentan la reclamación, dentro de los noventa (90) días calendario después de haber ocurrido el siniestro o comenzado alguna pérdida o gasto cubierto.

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

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

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

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

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

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

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

CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN 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 la cancelación de la póliza.
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: La prima y/o fracción de prima pactada con El Contratante/Asegurado, se encuentra consignada en las Condiciones particulares de su producto de seguros. Dicho pago debe ejecutarse en tiempo oportuno a fin de poder continuar gozando de sus beneficios adquiridos, para lo cual La Compañía podrá a su discreción enviar avisos de pago previo a su fecha de vencimiento con el fin de alertar al Consumidor de Servicio de Seguros, la fecha próxima en efectiva en que debe cancelar su obligación y este evite incurrir en morosidad y posibles suspensiones de cobertura.

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, conforme sus políticas internas.

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

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

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

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

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

a) El Asegurado deberá informar de forma inmediata a La Compañía y por escrito, la existencia de estos.
b) En caso de existencia de dos o más pólizas de salud/gastos médicos/hospitalización que cubran un mismo riesgo, el contratante/asegurado tendrá la libertad de elegir cual de estos utilizará como seguro primario y el orden de participación de los seguros restantes en aquellos casos que el seguro primario no cubra la totalidad

de los gastos incurridos.

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 Compañía 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, las aseguradoras aplicarán los principios de equilibrio y equidad en todas las reclamaciones presentadas por el asegurado.

c) **Si el Asegurado omite intencionalmente el aviso de que trata esta cláusula o si contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, La Compañía quedará liberada de sus obligaciones.**

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

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

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

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

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 informada al Contratante/Asegurado; ya sea personalmente o enviada a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la póliza que mantiene la aseguradora.

PRESCRIPCIÓN: 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.

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

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

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

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

CONTROVERSIAS Y CONFLICTOS: Todos los aspectos relacionados a cualquier conflicto o controversias que surjan a raíz o con motivo de la ejecución y/o aplicación del presente contrato están sujetos a los lineamientos

controversias contemplados en la ley 12 de 2012 que regula la actividad de seguros en Panamá y el Código de Comercio. Cualquier otra materia que no se encuentre reglamentada las partes acuerdan someterse a la jurisdicción de los tribunales de justicia de la República de Panamá.

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 por al menos nueve meses (9) del año 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 Compañía.**

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

MODIFICACIONES: Todas las modificaciones o Endosos a esta póliza deberán ser firmados por un funcionario autorizado de La Compañía y con previa autorización de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

CLÁUSULA CUARTA
GASTOS NO CUBIERTOS

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 Compañía 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 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 pre-existente según se describe en la Cláusula Segunda de las Condiciones Generales de esta póliza. Cualquier condición pre-existente 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 pre-existentes 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 auto-inflingida por el propio Asegurado o infligida por alguna Persona Cubierta, esté mentalmente sana o no.**
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 o cualquier acto resultante de éstos. Al igual que, cualquier condición, enfermedad o lesión que resulte si el Asegurado o alguna Persona Cubierta participa en desórdenes públicos, motines, alborotos populares, desafío o riña, o mientras esté prestando servicio o sea miembro de cualquier institución policial, de custodio o de las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional, mientras esté cometiendo un asalto, robo, hurto o esté participando en un**

acto criminal o en cualquier otro acto violatorio de la Ley.

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.**
9. **Cualquier condición, enfermedad o lesión recibida mientras el Asegurado o cualquier Persona Cubierta actúe como piloto o sea miembro de la tripulación de un transporte aéreo privado.**
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, excepto si el embarazo comienza trescientos sesenta y cinco (365) días calendario después de la Fecha de Efectividad de la póliza o de la cobertura.**
12. **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, excepto desórdenes mentales y nerviosos, que hayan sido diagnosticados posterior al inicio de cobertura de la presente póliza y se cubrirán hasta el máximo indicado en la tabla de beneficios.**
13. **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.**
14. **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.**
15. **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.**
16. **Cualquier gasto incurrido por el acompañante del Asegurado o Persona Cubierta, durante la hospitalización del mismo; así como, los gastos del donante por cualquier trasplante de órgano o de tejido.**
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; así como el tratamiento alimenticio suplementario, salvo los indicados para el mantenimiento de la vida del enfermo grave.**
18. **Cualquier gasto por apnea del sueño, alopecia, calvicie, por cosmetología en general, cámara hiperbárica (sujeto a evaluación de La Compañía de Seguros), escleroterapia incluyendo cualquier tipo de ablación, quiropraxia, cápsula endoscópica (solo si es en caso de sangrado digestivo de causa oscura que permanezca sin diagnóstico después de realizar endoscopía gástrica, colonoscopía 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, excepto el tratamiento de dolor por urgencia odontológica con la limitación descrita en las Condiciones Particulares.**
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, equipos o dispositivos de control de la diabetes o hipertensión arterial y los insumos requeridos para su uso.**
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. Enfermedades y defectos físicos congénitos para los asegurados cubiertos y en hijos nacidos de una maternidad cubierta por esta póliza tienen 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; así como, los 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.**
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 ginecomastia o gigantomastia.**
24. **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.**
25. **Terapias o tratamientos por déficit atencional, así como las terapias recreacionales, educacionales u ocupacionales y terapia del habla por defectos del desarrollo.**
26. **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; es decir, que no han sido aprobados por un ente regulador como la FDA ("Federal Drugs Administration") o su equivalente.**
27. **Tratamientos de células madre, crio-preservación o criogenética. Implantación o reimplantación de células vivas, recolección y conservación de células madre, pruebas genéticas y amniocentesis. Cirugía fetal, definida está como la intervención quirúrgica realizada en un infante aún no nacido.**
28. **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.**
29. **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 la Condiciones Particulares.**
30. **Tratamiento por deficiencia o sobreproducción de la hormona de crecimiento, excepto en caso de tumor de hipófisis.**
31. **Cargos hechos por consultas telefónicas al médico o por no haber acudido a una cita médica.**
32. **Prótesis u órtesis que no sean quirúrgicamente requeridos, a no ser que se necesite a consecuencia de una lesión accidental cubierta por esta póliza.**
33. **Cualquier complicación derivada de una enfermedad, tratamiento o intervención quirúrgica no amparada por esta póliza.**
34. **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.**
35. **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, excepto quiropráctico con la limitación descrita en las Condiciones Particulares.**
36. **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. Tratamiento por el 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 ocasionados por pagos que un Asegurado o Persona Cubierta haga a un hospital, médico u otro proveedor participante, en exceso de los co-pagos o deducibles, de los límites y los sub-límites estipulados en las Condiciones Particulares y en las Condiciones Generales de esta póliza.**
38. **Cualquier gasto médico que sea por enfermedad o lesión sufrida por radiación, ionización, contaminación radioactiva o componente nuclear.**
39. **Cualquier gasto médico que sea por enfermedad o lesión sufrida por fenómenos de la naturaleza con**

carácter catastrófico; así como, las enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias o pandemias.

40. **Tratamiento homeopático o de acupuntura, músico terapia o medicina natural. Tratamientos o pruebas recetadas u ofrecidas por un naturópata, iridólogo u optómetra, excepto acupuntura con la limitación descrita en las Condiciones Particulares.**
41. **Honorarios para enfermeras especiales o privadas en exceso de lo estipulado en la Condiciones Particulares. Servicios prestados por familiares del asegurado, o por personas que vivan con él.**
42. **Cualquier gasto médico por el mantenimiento de signos vitales con respiradores o cualquier otro tipo de instrumentos especializados (sistemas de mantenimiento de vida) donde los demás sistemas del cuerpo están en estado letal y se use este mecanismo únicamente para mantenimiento de signos vitales.**

ESTAS SON LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA No.: _____

ASEGURADORA ANCÓN, S.A. **(Firma de Asegurado y/o Contratante)**

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 No. DRLA - 012 de 12 de marzo de 2025.

PÓLIZA COMPRENSIVA DE SALUD
ANCÓN CARE VITALICIO

BENEFICIO MÁXIMO VITALICIO DE B/.350,000.00
STOP LOSS B/.4,000.00

CONDICIONES PARTICULARES
DESCRIPCION DE BENEFICIOS

CLÁUSULA PRIMERA

BENEFICIO MÁXIMO 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/.350,000.00 por el Asegurado y cada Persona Cubierta.

CO-PAGOS, 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 co-pagos, porcentajede coaseguro y deducible año póliza que aplique, cuya suma está sujeta al tipo de servicio médico u hospitalario involucrado.

Cada Asegurado y cada Persona Cubierta debe cumplir con los co-pagos, porcentaje de coaseguro y con los deducibles indicados.

RED DE PROVEEDORES: Aplica la Red Ancón Premier Care. Los gastos con proveedores fuera de la red Ancón Premier Care aplicarán por reembolso al URA de la Compañía.

BENEFICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

HOSPITALIZACIÓN: Luego que el Asegurado o Persona Cubierta haya satisfecho el co-pago que aplique por cada ingreso al hospital, indemniza los gastos elegibles incurridos en concepto de servicios prestados por **hospitales participantes de la red**. Se incluyen dentro de este beneficio, única y exclusivamente los siguientes gastos:

GASTO ELEGIBLE	BENEFICIO
CUARTO Y ALIMENTACIÓN	Luego del Co-Pago de Hospitalización, La Compañía pagará el 100% del valor de un cuarto privado regular en los hospitales participantes en Panamá, por reclusión relacionada a una misma enfermedad, lesión o tratamiento, de acuerdo a costos Usuales, Razonables y Acostumbrados. Si la hospitalización se extiende a más de 10 días, la cobertura será 80% luego de deducible. Excepto las Enfermedades Catastróficas que se cubrirán al 75% después del deducible año póliza.

GASTO ELEGIBLE	BENEFICIO
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	La Compañía pagará el 100% del valor por el uso de la unidad de cuidados intensivos, de acuerdo a costos Usuales, Razonables y Acostumbrados. Si la hospitalización se extiende a más de 10 días, la cobertura será 80% luego de deducible. Excepto las Enfermedades Catastróficas que se cubrirán al 75% después del deducible año póliza.
GASTOS MISCELÁNEOS DEL HOSPITAL	Luego del Co-Pago de Hospitalización, La Compañía pagará el 100% de los gastos elegibles, por reclusión relacionada a una misma enfermedad, lesión o tratamiento, de acuerdo a costos Usuales, Razonables y Acostumbrados. Si la hospitalización se extiende a más de 10 días, la cobertura será 80% luego de deducible. Excepto las Enfermedades Catastróficas que se cubrirán al 75% después del deducible año póliza.

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

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

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

- Uso de la sala de operaciones y sala de recuperación.
- Uso de la sala de parto y sala de ante-parto.
- 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, equipos y aparatos especiales que se requieran por prescripción médica.

HONORARIOS DEL CIRUJANO PRINCIPAL, CIRUJANO ASISTENTE Y ANESTESIÓLOGO: Durante una hospitalización, este beneficio pagará el 100% de los costos razonables y acostumbrados, excepto si es una Enfermedad Catastrófica, la cobertura será 75% después del deducible año póliza. **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.

Si la hospitalización se extiende a más de 10 días, la cobertura será 80% luego de deducible.

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

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

HONORARIOS DE OTROS MÉDICOS TRATANTES. - Durante una hospitalización este beneficio pagará el 100% del costo razonable y acostumbrado, excepto si es una Enfermedad Catastrófica, la cobertura será 75% después del deducible año póliza. **En caso de médicos no-participantes el Asegurado deberá cancelar la totalidad de los gastos y presentarlo para reembolso a La Compañía, donde se aplicará como razonable y acostumbrado el máximo que cubre la Red de Proveedores, pero nunca se pagará una suma mayor a la pactada con los Proveedores participantes, por servicio similar, según el área geográfica donde ocurra la cirugía.** El pago de este beneficio está limitado a dos (2) visitas diarias si el paciente se encuentra recluido en la unidad de cuidados intensivos y a una (1) visita diaria si el paciente se encuentra recluido en una habitación corriente.
Si la hospitalización se extiende a más de 10 días, la cobertura será 80% luego de deducible.

USO DEL CUARTO DE URGENCIAS. -
Los cuidados iniciales si el Asegurado acude al cuarto de urgencias dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de haber ocurrido el accidente o una emergencia médica. Estas atenciones se cubrirán así:

Urgencia por Lesión Accidental: Cubre a primer riesgo el 100% de los costos del Cuarto de Urgenciay el 100% de los honorarios de un Médico Especialista en base a costos usuales, razonables y acostumbrados. Este beneficio aplica, aunque el Asegurado o Persona Cubierta no requiera hospitalización. Se reconocen bajo esta cobertura: accidentes, heridas, laceraciones, fracturas, esquinces, dislocaciones, picaduras de insectos, mordeduras de animales y quemaduras. Si es una Enfermedad Catastrófica, la cobertura será 75% después del deducible año póliza.

Urgencia por Emergencia Médica (Crítico Detallada): Cubre a primer riesgo el 100% de los costos del Cuarto de Urgencia y el 100% de los honorarios de un Médico Especialista en base a costos usuales, razonables y acostumbrados por cualquier condición considerada una “emergencia médica”. Se reconocen bajo esta cobertura: hemorragias de todo tipo, infarto del miocardio, dolor torácico agudo, insuficiencia coronaria, asfixia, cólico renal o hepático, vómitos y diarreas severas, dolor abdominal agudo, crisis hipertensiva, crisis migrañosa, 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, otitis. Si es una Enfermedad Catastrófica, la cobertura será al 75% después del deducible año póliza.

Urgencia por Emergencia Médica (No Crítico Detallada): Se considera dentro de esta cobertura cualquier condición no incluida dentro de las críticas detalladas mencionadas en el párrafo anterior. Luego de que el Asegurado o Persona Cubierta haya satisfecho un co-pago de B/.50.00, La Compañía cubrirá los gastos elegibles hasta un límite máximo de B/.500.00 por cualquier

condición considerada una “emergencia médica (no crítico detallada)” en base a los costos usuales y acostumbrados. Si es una Enfermedad Catastrófica, la cobertura será 75% después del deducible año póliza.

Cualquier condición no considerada una “lesión accidental” o una “emergencia médica (Crítico Detallada)”, que sea atendida o tratada en el Cuarto de Urgencias de un hospital, se cubrirá bajo el beneficio de “Urgencia Médica (No Crítico Detallada)”. De igual forma, cualquier atención en el Cuarto de 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.

CIRUGÍA AMBULATORIA: Este beneficio cubre el 100% 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 cubre el 100% de los honorarios de un cirujano y del anestesiólogo, luego de que el Asegurado o Persona Cubierta haya satisfecho el copago de B/.100.00, excepto si es una Enfermedad Catastrófica que se cubre al 75% después del deducible año póliza. **En caso de que la cirugía se efectúe en un hospital o centro de cirugía ambulatoria y/o con médicos no- participantes, el Asegurado deberá cancelar la totalidad de los gastos y presentarlo para reembolso a La Compañía, donde se aplicará como razonable y acostumbrado el máximo que cubre la Red de Proveedores, pero nunca se pagará una suma mayor a la pactada con los Proveedores participantes, por servicio similar, según el área geográfica donde ocurra la cirugía ambulatoria.**

BENEFICIO DE MATERNIDAD: Este beneficio solo aplica para el Asegurado principal, si es mujer o la cónyuge del Asegurado, si es Persona Cubierta y haya cumplido los 12 meses de vigencia en la póliza.

La cobertura incluye servicios y tratamientos por cuidados durante el período de gestación, durante el alumbramiento y en la etapa post-natal, siempre y cuando el embarazo se inicie trescientos sesenta y cinco (365) días calendario después de la fecha de efectividad de la cobertura de la madre si es Asegurada o Persona Cubierta. Se tomará como fecha de inicio del embarazo, la fecha de la última menstruación de la madre o cualquier otro medio diagnóstico aceptado medicamente para tal fin. Siempre que se trate de hospitales y médicos participantes, después que el Asegurado o Persona Asegurada haya satisfecho el co-pago, coaseguro o deducible que le corresponda según el beneficio solicitado, La Compañía cubrirá hasta el límite máximo de maternidad de B/.4,000.00 de los gastos prenatales, del costo de la hospitalización, de los honorarios de un ginecólogo-obstetra, del anestesiólogo (en caso necesario), el cuidado del bebe sano y los honorarios por asistencia del pediatra en el parto.

Los beneficios de maternidad se limitan de la siguiente manera:

1. **Gastos Prenatales incurridos fuera del hospital:** Todos los gastos aplicarán contra reembolso al 80% después del deducible año póliza, de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados según el área geográfica y se deducen del límite de maternidad arriba indicado y como se detalla a continuación, excepto las consultas médicas que aplican copago:
    - Los honorarios médicos por consulta a un ginecólogo-obstetra durante el período de la gestación.
    - Tres ultrasonidos obstétricos no tridimensionales.
    - Las medicinas, vitaminas o tratamientos recetados durante el período de gestación.
    - Laboratorios iniciales: ácido úrico, glucosa, HIV, VDRL, hemograma completo, electroforesis o solubilidad de hemoglobina, IgG Rubéola, Tipaje y RH, Nitrógeno de Urea, IgG Toxoplasma, Urinálisis, Hepatitis B, IgG Citomegalovirus, Coombs (en caso de incompatibilidad de grupo o de RH).
    - Laboratorios mensuales de control prenatal, hemograma completo, glucosa y urinálisis.
    - Dos monitoreos fetales luego de la semana 37.

Los gastos de exámenes durante el período de gestación se cubren al 80% luego de deducible, siempre que dichos gastos sean médicamente necesarios, se haya recibido la correspondiente pre-autorización y los exámenes se efectúen en centros de diagnósticos u otro proveedor participante.

2. **Gastos Prenatales como paciente de un hospital participante:** Aquellas complicaciones del embarazo que requieran tratamiento médico en el hospital, tales como amenaza de aborto, hiperémesis gravídica o amenaza de parto prematuro estarán cubiertas, hasta el límite estipulado y como se explica a continuación:
   - Gastos elegibles de hospital, al 100% luego de que el Asegurado o Persona Asegurada haya satisfecho el co-pago, coaseguro o deducible que le corresponde por cada hospitalización, y
   - El 100% de los honorarios del ginecólogo–obstetra y del anestesiólogo, siempre que éstos sean médicos participantes.

   Si la hospitalización se extiende a más de 10 días, la cobertura pasara a ser 80% luego de deducible. Si es una Enfermedad Catastrófica, la cobertura será 75% después del deducible año póliza.

3. **Alumbramiento:** se incluye en este beneficio cualquiera complicación del embarazo que requiera tratamiento hospitalario como paciente interna, Parto Normal, Cesárea, Pérdida, Óbito Fetal o Aborto Legal. Esta cobertura paga después que el Asegurado o Persona Asegurada haya satisfecho el co-pago coaseguro o deducible que le corresponde por cada hospitalización, como se indica en el primer párrafo de esta sección y únicamente hasta los límites estipulados.

   Si la hospitalización se extiende a más de 10 días, la cobertura pasara a ser 80% luego de deducible. Si es una Enfermedad Catastrófica, la cobertura será 75% después del deducible año póliza.

El límite máximo que se estipula en las Condiciones Particulares de la póliza aplica para el total de los gastos incurridos durante el período de gestación y el alumbramiento.

GASTOS DEL RECIÉN NACIDO: Siempre y cuando el recién nacido nazca de una maternidad cubierta por esta póliza, éste estará automáticamente cubierto por cualquier accidente o enfermedad debido al parto que le ocurra durante la vigencia de la póliza.
Esta cobertura cubrirá según lo detallado en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares del asegurado y sus dependientes y, según los costos razonables y acostumbrados.
Este beneficio cubre condiciones relacionadas a nacimientos prematuros y sus complicaciones, incluyendo afecciones hereditarias o enfermedades congénitas las cuales sean diagnosticadas y tratadas dentro del período de cobertura. Los gastos de la unidad de recién nacidos por cuidados del “bebé sano” se pagan dentro del beneficio de maternidad.
Para mantener esta cobertura en vigor, el Asegurado tiene que solicitarle por escrito a La Compañía, que el recién nacido sea incluido en la póliza, dentro de los treinta (30) días calendario de nacido, en cuyo momento se ajustaría la prima correspondiente. 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.

Este beneficio se pagará de la siguiente manera:
Gastos de hospital: se cubren al 100% de los gastos razonables y acostumbrados según área geográfica de hospital y honorarios de un pediatra neonatólogo durante la hospitalización hasta el límite de este beneficio.

Gastos fuera de hospital: los honorarios médicos del pediatra, los gastos de exámenes, las medicinas o tratamientos recetados, siempre que dichos gastos sean médicamente necesarios, se cubrirán según lo detallado en esta cobertura del Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares del asegurado y sus dependientes y, según los costos razonables y acostumbrados.
El beneficio de gastos fuera de hospital por condiciones relacionadas a un nacimiento prematuro y sus complicaciones, cualquier afección hereditaria o enfermedad congénita está incluido dentro de la sumatotal a pagar descrita en el beneficio de “Gastos de Recién Nacido”.

Para los beneficios de “Cirugía Ambulatoria”, “Maternidad” y “Gastos del Recién Nacido”, si se utilizan hospitales o médicos no participantes, el asegurado deberá cancelar la totalidad de los gastos y presentarlo para reembolso a La Compañía, donde se aplicará como razonable y acostumbrado el máximo que cubre la Red de Proveedores, pero nunca se pagará una suma mayor a la pactada con los Proveedores participantes, por servicio similar, según el área geográfica donde ocurra la hospitalización. y/o el tratamiento o consulta médica.

TRATAMIENTOS POR TRASTORNOS O ALTERACIONES MENTALES: Este beneficio cubre hasta un máximo de B/.2,500.00 por año póliza y B/.25,000.00 de por vida y se pagará de la siguiente manera:

- **Gastos de hospital:** Después que se haya satisfecho el co-pago que le corresponde, los gastos de hospital y honorarios de un psiquiatra durante la hospitalización, hasta el límite de este beneficio.
- **Gastos fuera de hospital:** Los honorarios médicos del psiquiatra se cubrirán al 80%, a razón de B/.50.00 cada visita, hasta el límite de este beneficio. Se incluye la cobertura de medicamentos al 80% después del deducible año póliza.

SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA): Cubre al 75% después del deducible de los gastos incurridos en una hospitalización que ocurra a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones, **hasta un máximo de B/.5,000.00 por año póliza y B/.25,000.00 de por vida.** 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.

TRASPLANTE DE ORGANOS: Cubre al 75% después del deducible de los gastos razonables y acostumbrados, hasta un máximo vitalicio de B/.150,000.00 y luego que el Asegurado o Persona Cubierta haya cumplido con el periodo de espera de 24 meses desde la fecha de su vigencia en la póliza. 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.**
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 B/.5,000.00 (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, transportación de emergencia, atención médica, visitas al consultorio o la clínica, transfusiones, suministros o medicamentos relacionados con el trasplante

SERVICIOS DE ENFERMERA DOMICILIARIA: Cubre el 80% después del deducible año póliza que aplique y hasta un máximo vitalicio de 30 sesiones o turnos, de acuerdo a los costos Usuales y Acostumbrados y con Proveedores de la Red. Si es una Enfermedad Catastrófica, la cobertura será 75% después del deducible año póliza.

TRANSPORTE DE EMERGENCIA: Este beneficio cubre únicamente un transporte terrestre o aéreo de urgencia dentro de la República de Panamá, limitado a viajes de traslado al hospital que sea necesario para tratar una lesión accidental o una emergencia médica cubierta por esta póliza cuando la vida del Asegurado o Persona Cubierta está en peligro, según se define en las Condiciones Generales. Este beneficio cubre:

- **Ambulancia Aérea dentro de la República de Panamá:** La Compañía pagará el 100% del costo usual y acostumbrado hasta un total de B/.1,000.00 por ocurrencia o evento según las estipulaciones descritas en las Condiciones Generales.
- **Ambulancia Terrestre:** La Compañía pagará el 100% del costo usual y acostumbrado de una ambulancia terrestre dentro de la República de Panamá hasta un total de B/.100.00 por ocurrencia o evento, según las estipulaciones descritas en las Condiciones Generales.

GASTOS FUERA DE HOSPITAL: Se cubre al 80% después del deducible del año póliza los gastos elegibles de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados según el área geográfica, como se describe a continuación excepto las consultas médicas que aplican copago:

- 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).
- Del costo de equipo médico durable, limitado a un máximo vitalicio de B/.5,000.00 al 80%, tales como, entre otros, sillas de ruedas, muletas, bastones, andaderas, sillas para baño o para inodoro, camas tipo hospital, barandas para camas, máquinas para ayudar a levantar el paciente, siempre y cuando sean aprobadas por La Compañía y se cumpla con el requisito de preautorización;
- Del costo de exámenes especiales, tales como, entre otros, endoscopía, colonoscopía, ecocardiograma, resonancia magnética (“MRI”), tomografía computarizada (“CT SCAN”), conducción nerviosa (“NCV, “EMG”), electromiograma, prueba cardiovascular no invasiva (“Holter”), y cualquier otro que sea medicamente necesario, siempre y cuando sean aprobadas por La Compañía y se cumpla con el requisito de pre-autorización según se detalla en las Condiciones Generales.

En caso de un “gasto fuera de hospital” incurrido en o con proveedores no-participantes, el Asegurado deberá cancelar la totalidad de los gastos y presentarlo para reembolso a La Compañía, donde se aplicará como razonable y acostumbrado el máximo que cubre la Red de Proveedores, pero nunca se pagará una suma mayor a la pactada con los Proveedores participantes, por servicio similar, según el área geográfica donde ocurra el gasto elegible.

ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: Todos los gastos de hospital, honorarios médicos, cirugía ambulatoria, gastos fuera de hospital y cualquier costo incurrido se cubrirán al 75% después del deducible del año póliza.

CONDICIONES CONGÉNITAS: Este beneficio solo aplica para asegurados no nacidos bajo una maternidad cubierta y, cuya condición no se haya manifestado o haya sido diagnosticada antes de su ingreso a la póliza. Cubre luego de que el asegurado o persona cubierta haya estado vigente en la póliza por un periodo de 36 meses. Se cubre al 75% después del deducible del año póliza los gastos elegibles de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados y, hasta un límite máximo vitalicio de B/.15.000.00.

TRATAMIENTO POR ACUPUNTURA: Cubre hasta un límite máximo anual renovable de B/.150.00 y un máximo vitalicio de B/.500.00, de acuerdo a los costos usuales, razonables y acostumbrados. Aplica para proveedor participante o no participante, contra reembolso.

MEDICINA PREVENTIVA: Beneficios de la cobertura se cubrirán según lo detallado en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares del asegurado y sus dependientes, según los costos razonables y acostumbrados y, por reembolso.

MUERTE ACCIDENTAL:

Paga si el asegurado principal o titular muere como consecuencia directa de un accidente. Incluye toda lesión o muerte que cualquier persona le cause al asegurado de forma accidental, involuntaria o fortuita. Se pagarán a la presentación del certificado de defunción del asegurado y tan pronto se confirme la causa accidental de la muerte. No hay indemnización alguna si la muerte sobreviene después de un (1) año de haber ocurrido el accidente. Este beneficio está en vigor hasta el cumpleaños número 65 del asegurado principal o titular. Este beneficio no aplica a asegurados principales o titulares menores a 18 años de edad.

ASEGURADORA ANCÓN, S.A. **(Firma de Asegurado y/o Contratante)**

Coberturas y Beneficios
Ancón Care Vitalicio

Características Generales	
Área de Cobertura Geográfica	Panamá, Centroamérica y Colombia
Límite Máximo Vitalicio	B/.350,000.00
Deducible Año Póliza (aplica a medicamentos ambulatorios prescritos, exámenes especiales, laboratorios, entre otros.)	B/.300.00
Límite de Coaseguro o Stop Loss	B/.4,000.00
Edad límite de elegibilidad para ingreso	Hasta los 64 años y 11 meses de edad
Red de Proveedores (gastos con proveedores fuera de la red, aplicará por reembolso al URA de la Compañía)	Red Ancón Premier Care
Preautorizaciones* (requisito para todo gasto igual o mayor a B/.150.00)	Aplica
Edad máxima de permanencia	No Aplica
Gastos No Cubiertos	De acuerdo al Condicionado General
Hospitalización	
Cuarto privado regular	Co-pago único de B/.250.00 los primeros diez (10) días, a partir de décimo primer día (11) se cubre al 80% después de deducible. Condiciones catastróficas se cubren al 75% después del deducible.
Cuidados Intensivos o Semi Intensivo	Co-pago único de B/.250.00 los primeros diez (10) días, a partir de décimo primer día (11) se cubre al 80% después de deducible. Condiciones catastróficas se cubren al 75% después del deducible.
Gastos Misceláneos del Hospital (según URA)	Co-pago único de B/.250.00 los primeros diez (10) días, a partir de décimo primer día (11) se cubre al 80% después de deducible. Condiciones catastróficas se cubren al 75% después del deducible.
Honorario médico del Cirujano Honorario médico del Anestesiólogo Honorario médico de Asistente Quirúrgico (solo se aprueba en cirugías de corazón abierto, cadera, columna, cabeza y oncológicas)	Co-pago único de B/.250.00 los primeros diez (10) días, a partir de décimo primer día (11) se cubre al 80% después de deducible. Condiciones catastróficas se cubren al 75% después del deducible.
Honorarios de otros médicos tratantes (1 visita diaria)	Co-pago único de B/.250.00 los primeros diez (10) días, a partir de décimo primer día (11) se cubre al 80% después de deducible. Condiciones catastróficas se cubren al 75% después del deducible.

Cirugía Ambulatoria	
Cirugía Ambulatoria (incluye gastos misceláneos, honorarios médicos y medicamentos)	Co-pago de B/.100.00 según URA. Condiciones catastróficas se cubren al 75% después del deducible.
Procedimientos en consultorio (incluye gastos misceláneos, honorarios médicos y medicamentos)	Cobertura al 80% luego de deducible. Condiciones catastróficas se cubren al 75% después del deducible.
Urgencias	
Urgencias por Lesión Accidental	Cobertura al 100% del URA. Condiciones catastróficas se cubren al 75% después del deducible.
Urgencia por Emergencia Médica Crítico Detallada	Cobertura al 100% del URA. Condiciones catastróficas se cubren al 75% después del deducible.
Urgencia por Emergencia Médica No Crítico detallada	Co-pago de B/.50.00 con un límite máximo de cobertura de B/.500.00.
Gastos Fuera de Hospital	
Consulta Médico General	Co-pago B/.15.00
Consulta Médico Especialista y Subespecialista	Co-pago B/.20.00
Laboratorios, Rx., Exámenes especiales, Pruebas o estudios diagnósticos y Procedimientos especiales	Cobertura al 80% después de deducible
Medicamentos prescritos	Cobertura al 80% después de deducible
Terapia Física y Terapia Respiratoria (incluye inhaloterapia)	Cobertura al 80% después de deducible con un límite anual de 30 sesiones por cada tipo de terapia.
Pruebas y Tratamientos de Alergias	Cobertura al 80% después de deducible hasta un límite máximo anual de B/.300.00 y límite vitalicio de B/.1,000.00
Equipo médico durable (según lo detallado en condiciones del plan)	Cobertura al 80% hasta un límite máximo vitalicio de B/.5,000.00
Maternidad	
Período de Espera	12 meses
Límites de Maternidad (incluye gastos prenatales, complicaciones del embarazo y alumbramiento)	Hasta un límite máximo de B/.4,000.00
Hospitalización por maternidad	Co-pago único por evento de B/.250.00
Consultas prenatales (máximo No.9 por embarazo)	Co-pago B/.20.00
Ultrasonidos obstétricos no estructural (máximo 3 por embarazo-trimestrales)	Cobertura al 80% después de deducible
Monitoreo fetal a partir de la semana 37 de gestación (máximo 2 por embarazo)	Cobertura al 80% después de deducible
Laboratorios prenatales	Cobertura al 80% después de deducible
Medicamentos y vitaminas prenatales (prescritas)	Cobertura al 80% después de deducible
Tamizaje neonatal	Límite máximo hasta B/.70.00 al 100%

Gastos del recién nacido sano o con complicaciones/no prematuro, (aplica bajo maternidad cubierta y requiere la inclusión del recién nacido como dependiente).	Gastos hospitalarios, cobertura al 100% hasta un límite máximo de B/.5,000.00
Gastos del recién nacido prematuro, (aplica bajo maternidad cubierta y requiere la inclusión del recién nacido como dependiente).	Gastos hospitalarios, cobertura al 100%, hasta un límite máximo de B/.10,000.00
Gastos por Enfermedades Congénitas, (aplica para asegurados bajo maternidad cubierta y requiere la inclusión del recién nacido como dependiente).	Gastos hospitalarios, cobertura al 100% hasta un límite máximo vitalicio de B/.30,000.00
Condiciones Catastróficas	
Se incluyen, más no se limitan a: *Enfermedades Neurológicas y Neuroquirúrgicas *Enfermedades Cardiovasculares y del Corazón *Cáncer y afecciones Hemato-Oncológicas, incluyendo tratamientos de inmunoterapia, monoclonales y hormonoterapia, entre otros; incluye en cáncer de mama la cirugía reconstructiva y prótesis mamaria, según URA. *Trauma Mayor o Politraumatismo *Gran Quemado *Cirugías Ortopédicas Mayores y Artroscópicas *Enfermedades Renales incluyendo la Insuficiencia Renal Crónica (diálisis y cirugía).	Cobertura al 75% después del deducible (incluye tratamientos de rehabilitación, prótesis, tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos relacionados a Condiciones Catastróficas).
Trasplante de Órganos y Tejidos	
Período de Espera	24 meses
Límites de cobertura máxima	Máximo vitalicio B/.150,000.00. Cobertura al 75% después del deducible
Gastos de donante (incluidos dentro del límite de cobertura máxima de Trasplante de órganos y tejidos)	Máximo vitalicio B/.5,000.00 Cobertura al 75% después del deducible
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	
Límites de cobertura máxima	Límite máximo de B/.5,000.00 por año póliza y B/.25,000.00 vitalicio. Cobertura al 75% después del deducible
Tratamientos por Trastornos o Alteraciones Mentales	
Límites de cobertura máxima	Límite máximo de B/.2,500.00 por año póliza y B/.25,000.00 vitalicio. Gastos de hospitalización al 100% según URAs, luego de cubierto el copago de B/.250.00. Gastos fuera de hospital, por reembolso al 80%.

Condiciones Congénitas	
Período de Espera	36 meses
Límite de Cobertura Máxima (No aplica para asegurados nacidos bajo maternidad cubierta)	Cobertura al 75% después del deducible, hasta un Límite máximo vitalicio de B/.15,000.00
Transporte de Emergencia	
Ambulancia Terrestre	Cobertura al 100% hasta un Límite Máximo por evento de B/.100.00
Ambulancia Aérea	Cobertura 100% hasta un Límite Máximo por evento de B/.1,000.00
Servicios de Enfermera Domiciliaria	
Límites de cobertura máxima (requiere preautorización)	Cobertura al 80% después del deducible hasta un límite máximo de 30 turnos vitalicios al URA. Condiciones catastróficas se cubren al 75% después del deducible.
Acupuntura	
Acupuntura (por reembolso)	Límite máximo anual de B/.150.00 y vitalicio de B/.500.00
Medicina Preventiva	
Consultas de control de niño sano hasta los 6 años	Cobertura al 60% por reembolso a los costos URAs
Vacunas de control según listado del MINSA.	Cobertura al 60% por reembolso a los costos URAs
Mamografía cada 2 años (mayores de 40 años)	Cobertura al 50% por reembolso a los costos URAs
Densitometría cada 5 años a partir de (mayores de 50 años)	Cobertura al 50% por reembolso a los costos URAs
Examen de PSA anual (mayores de 40 años)	Cobertura al 50% por reembolso a los costos URAs
Beneficios Adicionales	
Seguro de muerte accidental para el asegurado principal o titular (aplica siempre que el asegurado tenga 18 años de edad y hasta el límite máximo de 65 años)	Límite de B/.10,000.00
Servicio de Asistencia de Emergencia Médica (con proveedor designado)	Incluida
Asistencia al viajero (con proveedor designado)	Incluida

Toda hospitalización programada (no de emergencia), examen de diagnóstico o cirugía programada, debe ser pre-autorizada antes de efectuarlos. Se requiere una "Pre-autorización" con un mínimo de 48 horas, de no cumplirse con este requisito, las coberturas serán al 50%.

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 Pacifico hasta Villa Rosario.
- **David, Chiriquí:** Desde Panagas 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 Medica 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.