

CONDICIONES GENERALES

PÓLIZA DE SALUD INDIVIDUAL (SUPERIOR PLUS, ROYAL PLUS, MAX PLUS)



El presente Contrato de Seguro, en adelante la “Póliza” o “Contrato”, es suscrito entre **Vivir Compañía de Seguros, S.A.**, sociedad organizada y existente de conformidad con las leyes de la República de Panamá, debidamente autorizada por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de la República de Panamá para llevar a cabo el negocio de seguros, que en lo adelante y para fines del presente Contrato se denominará LA COMPAÑÍA, y por la otra parte EL CONTRATANTE; ambas partes representadas por sí solas o por las personas naturales que lo firman, quienes declaran poseer las facultades y poderes necesarios para la suscripción del mismo, incluyendo sus Anexos y Modificaciones.

1. OBJETO: Mediante esta Póliza y en consideración al pago o la garantía de pago de la prima estipulada dentro del período convenido, y basándose en la veracidad de las declaraciones de EL CONTRATANTE y/o del ASEGURADO, cuya Solicitud de Seguro y su contenido forman parte integrante de la misma, junto con todas las manifestaciones contenidas en ella y las que se hagan al médico examinador, LA COMPAÑÍA conviene en celebrar el presente Contrato sujeto a los términos, condiciones, límites de responsabilidad y demás estipulaciones contenidas o endosadas al mismo, a los fines de pagar a EL CONTRATANTE y/o al ASEGURADO, o al Proveedor de Servicios Médicos por y para el ASEGURADO, según sea el caso, las obligaciones derivadas del mismo al recibir en su oficina principal o sucursales debidamente habilitadas para estos menesteres, prueba fehaciente de los gastos médicos elegibles por servicios de atención médica y hospitalaria que haya recibido el ASEGURADO y que estén cubiertos bajo alguna de sus coberturas.

Las partes acuerdan y declaran que la presente Póliza tiene un alcance de cobertura tanto nacional como internacional, y que ambas estarán sujetas a las exclusiones y limitaciones establecidas en estas Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro de Coberturas y los Anexos de la Póliza. Igualmente, las partes acuerdan y declaran que, para las funciones de administración y gestión de los riesgos de salud en el extranjero, LA COMPAÑÍA podrá contratar a otras compañías especializadas y/o autorizadas para tales fines en los países en que el seguro de salud contratado permita cubrir los riesgos de salud del ASEGURADO sin que LA COMPAÑÍA deba requerir para ello autorización alguna de EL CONTRATANTE y/o del ASEGURADO.

El derecho a gozar de las prestaciones que se puedan suministrar mediante esta Póliza dependerá del cumplimiento de los términos, condiciones y demás estipulaciones contenidas en la misma por parte de EL CONTRATANTE y/o del ASEGURADO. Cualquier omisión, inexactitud u ocultamiento en las declaraciones hechas por EL CONTRATANTE y/o por el ASEGURADO eximirán a LA COMPAÑÍA de toda obligación con respecto a este Contrato.

2. CONSTITUCION: Forman parte de este Contrato la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro de Coberturas, las Coberturas Especiales (si las hubiera) y los Anexos que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen a la misma, previa aceptación de EL CONTRATANTE y LA COMPAÑÍA.

3. ELEGIBILIDAD: Son considerados elegibles para ingresar a esta Póliza el ASEGURADO Principal y sus Dependientes, siempre que residan por lo menos durante seis (6) meses al año en la República de Panamá, y cuando reúnan las siguientes condiciones:

- a) ASEGURADO Principal: Titular de la póliza con edad comprendida entre los 6 y los 65 años cumplidos.
- b) ASEGURADOS Dependientes:
 - Cónyuge o la persona que, viviendo en calidad de compañero (a) de vida del ASEGURADO Principal, esté registrado como tal en LA COMPAÑÍA, cuya edad esté comprendida entre los 18 y los 65 años cumplidos.
 - Los hijos, hijastros e hijos legalmente adoptados del ASEGURADO Principal, siempre y cuando sean mayores de diez (10) días de nacidos.
 - Nietos, sobrinos, primos, hermanos, padres, abuelos, tíos y suegros del ASEGURADO Principal con edades comprendidas entre los 10 días de nacidos y los 65 años cumplidos.
 - Los niños nacidos mediante partos cubiertos por la póliza serán elegibles desde el primer día de su nacimiento.

Si por error o dolo se inscribiere en la Póliza una persona que no reúna los requisitos anteriormente indicados, la misma no tendrá validez y LA COMPAÑÍA quedará facultada para excluirla o rescindir el contrato en cualquier momento.

Una vez inscrito en la Póliza, el ASEGURADO podrá continuar cubierto sin límite de edad mientras se mantenga al día en el pago de las primas correspondientes para cada vigencia.

4. EFECTIVIDAD DEL SEGURO: El seguro entrará en vigor para cada ASEGURADO a partir de la fecha de aceptación de la Solicitud de Seguro y/o de su inclusión en la Póliza por parte de LA COMPAÑÍA, quedando sujeta al cumplimiento de las siguientes condiciones:

- a) Para toda inclusión se deberán completar y firmar los formularios y cuestionarios médicos de LA COMPAÑÍA.
- b) En caso que se requiera alguna ampliación o información adicional (como resultados de estudios o informes médicos), la inclusión no será procesada hasta que toda la información sea presentada completa a satisfacción de LA COMPAÑÍA.
- c) La inclusión de cada ASEGURADO en la Póliza estará siempre sujeta a evaluación y aceptación por parte de LA COMPAÑÍA.
- d) En los casos en que LA COMPAÑÍA determine excluir o restringir alguna cobertura, la inclusión efectiva del ASEGURADO en la Póliza dependerá de su aceptación por parte de EL CONTRATANTE y/o del ASEGURADO.

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de aceptar o declinar cualquier solicitud conforme lo establecido en sus Políticas de Suscripción, así como también de explicar o no las razones o argumentos que justifiquen su decisión.

5. VIGENCIA Y RENOVACIÓN: La presente Póliza tendrá una duración de doce (12) meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares. La vigencia de cada ASEGURADO iniciará en la fecha de su incorporación a la Póliza y terminará al finalizar el plazo contractual indicado.

LA COMPAÑÍA renovará automáticamente la Póliza por igual periodo de vigencia siempre que EL CONTRATANTE se encuentre al día en el pago de las primas. La renovación se enviará a EL CONTRATANTE con un mínimo de treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento de cada periodo de vigencia. Dicho envío se realizará por vía electrónica y/o a través de su corredor de seguros.

6. IDENTIFICACION: Una vez cumplidos los requisitos establecidos para la inclusión de los ASEGURADOS en la presente Póliza, LA COMPAÑÍA expedirá a cada uno un Carné de Identificación. Los Carnés son propiedad de LA COMPAÑÍA y su uso es personal e intransferible. Para tener acceso a los servicios establecidos en este Contrato será obligatoria la presentación del Carné junto a un Documento de Identidad Personal y la huella digital en caso de que así le fuese requerida.

Los ASEGURADOS están obligados a mantener debidamente resguardados sus Carnés a fin de evitar acciones negligentes u omisiones y complicidad en el uso indebido, abusivo o fraudulento de los mismos.

Para fines de ejecución del presente Contrato, se considera una obligación sustancial de EL CONTRATANTE el cumplimiento de las obligaciones previstas en la presente Cláusula, por lo que EL CONTRATANTE se obliga a tomar todas las medidas necesarias para poner en conocimiento de todos los ASEGURADOS las obligaciones asumidas a través del mismo.

7. DEFINICIONES: Para la correcta interpretación del presente Contrato, se establecen las siguientes definiciones y conceptos:

- **Accidente:** Lesión corporal sufrida involuntariamente por el ASEGURADO y causada por hechos externos, violentos, fortuitos e imprevistos, derivados de actos no intencionales ni deseados por EL CONTRATANTE y/o por el ASEGURADO que ocurran mientras se encuentre en vigor la cobertura. Para ser considerado como Accidente, se requerirá que la lesión o el trauma sufrido como consecuencia del mismo requiera atención médica inmediata dentro de las cuarenta y ocho (48) siguientes al suceso. El homicidio doloso y el homicidio preterintencional, así como las lesiones que resulten de tentativas de éstos y sus frustraciones, sólo se considerarán accidentes si se comprueba que el incidente no fue provocado por EL CONTRATANTE y/o por el ASEGURADO. Todas las lesiones sufridas por el ASEGURADO en un accidente se considerarán un solo evento.
- **Accidente de trabajo:** Accidente ocurrido durante la jornada de trabajo, siendo esta el tiempo que el trabajador no pueda utilizar libremente por estar a la disposición exclusiva de su empleador; o que sobrevenga por causa o en ocasión del trabajo y que produzca en el trabajador una lesión orgánica o una perturbación funcional, invalidez o muerte. De igual modo, se considera accidente de trabajo el que se produzca durante el traslado de los trabajadores desde su residencia hasta los lugares de trabajo o viceversa, cuando el transporte lo suministre el empleador.
- **Ambulancia:** Transporte de emergencia terrestre o aéreo destinado, equipado y legalmente autorizado para trasladar heridos y enfermos en caso de accidentes, traumatismos o enfermedades desde el lugar donde ocurran hasta el hospital más cercano, o para traslados intrahospitalarios que sean médicamente necesarios hasta el hospital determinado.
- **Año póliza:** Período de doce (12) meses transcurridos desde la fecha y hora de inicio de vigencia de la Póliza o desde cualquier fecha de aniversario posterior, hasta la fecha y hora de vencimiento o renovación.
- **ASEGURADO:** Persona natural que han sido aceptada por LA COMPAÑÍA e incluida en la presente Póliza, la cual tendrá acceso a los beneficios y servicios del Seguro Médico suscrito conforme los términos y condiciones del presente Contrato y

sus Anexos. Cuando en la presente Póliza se utilice el término "ASEGURADO" sin indicar si se trata de un ASEGURADO Principal o Dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto al ASEGURADO Principal como a los ASEGURADOS Dependientes.

- **ASEGURADO principal:** Persona que, habiendo cumplido con los requisitos de elegibilidad establecidos en la Cláusula 3ra. (Elegibilidad), aparece designada como tal en las Condiciones Particulares de esta Póliza.
- **ASEGURADO dependiente:** Miembro del núcleo familiar del ASEGURADO Principal que, habiendo cumplido con todos los requisitos de elegibilidad establecidos en la Cláusula 3ra. (Elegibilidad), haya sido incluido y asegurado bajo esta Póliza.
- **Asistencia quirúrgica o asistente de cirujano:** Es un médico legalmente autorizado que asiste activamente al cirujano principal durante un procedimiento o intervención quirúrgica elegible bajo la Póliza. El uso de un cirujano asistente está estrictamente limitado a aquellas intervenciones quirúrgicas designadas con autorización previa de LA COMPAÑÍA.
- **Cancelación:** Anulación de todos los compromisos y obligaciones asumidos por LA COMPAÑÍA, EL CONTRATANTE y el ASEGURADO en virtud del presente Contrato de Seguro, lo cual podrá ocurrir al presentarse cualquiera de las situaciones planteadas en la Cláusula No. 30 (Terminación del Seguro).
- **Centros de cirugía ambulatoria:** Centro o establecimiento especializado en la realización de procedimientos ambulatorios que reúna como mínimo las siguientes condiciones:
 - a) Esté autorizado por los organismos correspondientes para realizar las intervenciones quirúrgicas menores que no requieren una estadía hospitalaria y que sean específicamente detallados en su licencia;
 - b) Esté establecido, equipado y dirigido de acuerdo con las leyes y normas aplicables en la jurisdicción donde se encuentre ubicado, primordialmente para el propósito de ejecutar procedimientos quirúrgicos para los cuales esté autorizado;
 - c) Funcione bajo la supervisión de un médico titulado en medicina con licencia para ejercer su profesión, que dedique un horario completo a tal supervisión y permita la ejecución de procedimientos quirúrgicos únicamente por un médico calificado y bajo la especialidad requerida, quien a la fecha en que se ejecuten tales procedimientos tenga el privilegio de ejecutarlos también en por lo menos un Hospital en la misma área de servicio;
 - d) Provea los servicios de un anesthesiólogo con licencia que administre la anestesia y permanezca presente durante todo el procedimiento quirúrgico (excepto en los casos que se requiera anestesia local o sedación);
 - e) Posea por lo menos dos (2) salas de operaciones y una sala de recuperación post-anestesia;
 - f) Ofrezca los servicios a horario completo de uno o más enfermeros graduados.
- **Cirugía:** Tratamiento o intervención quirúrgica que implica, sin que la enumeración sea limitativa o exclusiva, la realización de una incisión y/o la sutura de un tejido, así como también el uso de anestesia para controlar el dolor.
- **Coaseguro:** Porcentaje de los gastos médicos cubiertos que corre a cargo del ASEGURADO, el cual se aplica al monto total de los mismos en exceso del deducible correspondiente.
- **Contratante:** Persona natural o jurídica que, como contraparte de LA COMPAÑÍA, contrata la Póliza y es responsable de hacer el pago de la prima convenida.
- **Consulta médica:** Entrevista o atención personal entre el ASEGURADO y un médico calificado. No incluye llamadas telefónicas o atenciones a través de otros medios de comunicación en los que el médico no vea y examine personalmente al ASEGURADO.
- **Co-pago:** Monto fijo de ciertos gastos médicos cubiertos que corre a cargo del ASEGURADO, el cual se aplica únicamente a los servicios médicos especificados en el Cuadro de Coberturas.
- **Costo usual, razonable y acostumbrado (URA):** Monto que se acostumbra cobrar por la atención médica recibida, que no excede el nivel general de cargos hechos por otros servicios de carácter similar en la localidad en que se haya suministrado, al ser comparado con tratamientos, servicios o atenciones a individuos del mismo sexo y edad. Para los efectos de este Contrato y todas las coberturas amparadas en el mismo, se consideran Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA) los honorarios y tarifas pactadas por LA COMPAÑÍA con sus Proveedores de Servicios Médicos afiliados en Panamá.
- **Deducible:** Cantidad de los gastos médicos elegibles que deberá pagar el ASEGURADO al iniciar cada vigencia para poder utilizar la cobertura. El deducible es independiente de los copagos y coaseguros que debe cubrir el ASEGURADO por su participación en los gastos médicos elegibles.
- **Enfermedad:** Cualquier alteración de la salud que no sea originada por un accidente o a consecuencia del mismo, que afecte al ASEGURADO por primera vez estando en vigor la cobertura.
- **Enfermedad congénita o defecto Adquirido:** Enfermedad, desorden o malformación que el ASEGURADO haya desarrollado antes de haber nacido (estando en el vientre de la madre) o que haya adquirido durante su alumbramiento, cuya manifestación puede presentarse de inmediato o años después de su nacimiento.
- **Enfermedad hereditaria:** Enfermedad o condición producida por alguna alteración en los cromosomas procedentes del espermatozoide y/o del óvulo, cuya característica principal es su supervivencia de generación en generación, transmitiéndose de padres a hijos y así sucesivamente.

- **Equipo médico de alta tecnología:** Se refiere al equipo médico de tecnología de punta, que tiene como condición el ingreso reciente al mercado y que utiliza novedosos y sofisticados métodos de diagnóstico o tratamiento médico, que debe ser utilizado por profesionales muy calificados y cuya verdadera utilidad costo eficiente debe ser comprobada por la medicina basada en la evidencia. Durante los primeros tres (3) años de haber ingresado el equipo al mercado local, se reconocerá el gasto hasta el monto negociado con el proveedor o lo que costaría el mismo procedimiento por métodos tradicionales. Pasados los tres (3) primeros años en el mercado local y luego de tener evidencia suficiente de resultados positivos a nivel internacional y local, estos procedimientos serán incluidos en la Cobertura con base a los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA) determinados por LA COMPAÑÍA. La tecnología de punta es toda aquella tecnología desarrollada recientemente y que supone un adelanto o algo innovador respecto a lo ya existente.
- **Equipo o dispositivo médico duradero:** Es el equipo médico prescrito por un médico, desarrollado para uso continuo y médicamente necesario para mejorar el funcionamiento de una malformación del organismo, el tratamiento de una enfermedad, o para impedir un mayor deterioro de la condición médica de un ASEGURADO. Incluye, pero no está limitado a, sillas de ruedas, camas de hospital, respiradores, y otros equipos similares.
- **Experimental o investigativo:** Significa que un tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o período de hospitalización (o parte de un período de hospitalización) no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de alguna enfermedad por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional (tales como la FDA o comunidad europea); que se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de experimento clínico.
- **Efectividad:** Fecha del inicio de vigencia o rehabilitación de la Póliza, o del ASEGURADO en la Póliza.
- **Fecha de renovación:** Día, mes y año en que se produce de forma automática la renovación de la Póliza, lo cual tiene lugar cada doce (12) meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la misma.
- **Fecha de vencimiento:** Fecha en que la prima correspondiente a la presente Póliza debe ser pagada.
- **Gasto médico cubierto:** Son todos los servicios y suministros médicos descritos en esta Póliza que están sujetos a cobertura. Estos tienen que ser médicamente necesarios para el diagnóstico o tratamiento de las enfermedades y/o lesiones accidentales sufridas, y están sujetos a los límites y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y el Cuadro de Coberturas.
- **Hospital:** Establecimiento legalmente autorizado para el tratamiento médico y/o quirúrgico de enfermedades o lesiones, atendido permanentemente por un cuerpo colegiado de médicos y enfermeras. **Los asilos, hoteles, casas de reposo, hogares de convalecencia, spas, retiros, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento o tratamiento de enfermos crónicos, drogadictos o alcohólicos, y los centros especializados en cirugías estéticas de cualquier tipo no son considerados hospitales y sus costos no están cubiertos por esta Póliza.**
- **Lesión:** Daño físico sufrido por el ASEGURADO en conexión con algún accidente.
- **Límite anual renovable:** Monto máximo de cobertura a la que tendrá derecho cada ASEGURADO (Principal o Dependiente) durante cada Año Póliza. Constituye el límite máximo de responsabilidad anual de LA COMPAÑÍA para con los ASEGURADOS.
- **Límite de coaseguro:** Monto máximo de los gastos cubiertos que asume el ASEGURADO en concepto de su participación en cualquier ingreso hospitalario que pueda afectarle durante la vigencia la Póliza. Este límite no aplica para el coaseguro que deba pagar el ASEGURADO por efecto de penalización o reducción de beneficios por tratamientos, procedimientos u hospitalizaciones no pre-autorizados por LA COMPAÑÍA, así como por la utilización de hospital, centro médico y/o médico no perteneciente a la red de Proveedores de Servicios Médicos de LA COMPAÑÍA.
- **Máximo vitalicio:** Monto máximo de Cobertura a la que tendrá derecho cada ASEGURADO durante toda su vida, para el tratamiento de las condiciones médicas que están específicamente sujetas al mismo en las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y el Cuadro de Coberturas.
- **Médicamente necesario:** Significa que el servicio, medicamento o suministro requerido es necesario y adecuado para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión cubierta por la Póliza, fundamentado generalmente en la práctica médica actual aceptada. En el caso de la atención a un paciente hospitalizado, significa a su vez que la atención médica no puede ser administrada como paciente externo sin incurrir en un riesgo para la salud e integridad física del mismo. Ningún servicio, medicamento o suministro se considerará médicamente necesario:
 - a) Si no es adecuado o esencial para el diagnóstico o síntomas que presente el ASEGURADO;
 - b) Si sobrepasa en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para brindar un diagnóstico o tratamiento seguro, satisfactorio y conveniente para el ASEGURADO;
 - c) Si no ha sido prescrito por un médico calificado;
 - d) Si no es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina; y
 - e) Si se suministra únicamente porque conviene al proveedor del servicio, o por comodidad del ASEGURADO;

El hecho de que un tratamiento, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico no es necesariamente suficiente para considerarlo médicamente necesario. LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de solicitar una segunda opinión médica cuando lo considere oportuno o necesario.

- **Medicamento:** Fármaco o principio activo integrando en una fórmula farmacéutica y utilizado en seres humanos con el fin de diagnosticar, prevenir, curar, aliviar o tratar enfermedades, síntomas o estados patológicos. Solo los medicamentos que estén debidamente registrados y autorizados por las autoridades correspondientes, recetados por un médico calificado y adquiridos en farmacias legalmente establecidas y autorizadas para su venta serán cubiertos por esta Póliza. No gozan de Cobertura los que se compren sin receta médica ni los que pagan ITBMS, ya que estos últimos son considerados medicamentos cosméticos.
- **Médico:** Profesional en medicina debidamente calificado para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades o lesiones cubiertas por esta Póliza, que cuenta con el permiso de las autoridades correspondientes para ejercer su profesión. Se incluyen dentro de este término los licenciados en fisioterapia (fisioterapeutas). Se excluyen los psicólogos, optómetras, homeópatas y podiatras.
- **Penalización:** Ajuste que realiza LA COMPAÑÍA en el monto a reembolsar como penalidad por no hacer uso de la red de proveedores para los servicios médicos requeridos. La penalización no aplica en los reembolsos por accidente o enfermedad crítica detallada, cuando haya sido atendida en la sala de emergencias de algún hospital no afiliado.
- **Período de espera:** Plazo que debe transcurrir desde la fecha de inclusión o rehabilitación del ASEGURADO en la Póliza, para que pueda acceder a determinadas coberturas.
- **Politraumatismo severo:** Conjunto de lesiones de origen traumático que afectan a dos o más de los siguientes sistemas: Nervioso, respiratorio, circulatorio, musculo esquelético, digestivo o urinario, de las cuales al menos una de ellas podría comprometer la vida y dejar secuelas o incapacidades permanentes en el ASEGURADO.
- **Pre-autorización:** Proceso mediante el cual el ASEGURADO solicita autorización para realizarse un tratamiento médico electivo a LA COMPAÑÍA y ésta le presenta la manera en que los gastos serán cubiertos de acuerdo a las Condiciones Particulares y Generales de la Póliza. Si un ASEGURADO decide ingresar a un hospital para un servicio electivo sin antes comunicar su intención a LA COMPAÑÍA, sus beneficios serán reducidos en la proporción que se establece en las Condiciones Particulares y el Cuadro de Coberturas.
- **Pre-existencia:** Cualquier enfermedad, lesión, condición, síntoma, dolencia o alteración de la salud que se haya manifestado por primera vez antes de la fecha de efectividad del ASEGURADO en la Póliza, por la cual haya recibido tratamiento o advertencia médica, o se le hayan recomendado o realizado exámenes de diagnóstico, recetado medicamentos, o que haya tenido la presencia de síntomas que provocarían o inducirían a una persona prudente a procurar el diagnóstico, cuidado y tratamiento de un médico. Bajo este concepto también se consideran pre-existencias las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tales enfermedades o lesiones, aunque estos se manifiesten después de la inclusión del ASEGURADO en la Póliza. Cualquier gasto médico relacionado a una pre-existencia será rechazado por LA COMPAÑÍA cuando, basada en cualquiera de los medios de prueba generalmente aceptados por la Ley (documento público o privado, testimonio, opinión o criterio médico-académico, informe pericial u otro de naturaleza análoga), tenga indicios de que la misma se había manifestado antes de la inclusión o rehabilitación del ASEGURADO en la Póliza, o de que él mismo tenía conocimiento de que padecía tal condición, enfermedad o síntoma.
- **Pruebas de asegurabilidad:** Comprende los formularios, cuestionarios, informes médicos, resultados de estudios y/o cualquier otro requisito que LA COMPAÑÍA estime necesario para poder evaluar adecuadamente el riesgo a suscribir.
- **Reclamación:** Solicitud de reembolso presentada por el ASEGURADO o por un Proveedor de Servicios Médicos en virtud de un gasto médico efectuado, que puede ser declinada, aplicada a deducible o pagada parcial o totalmente por LA COMPAÑÍA conforme el plan de salud contratado y las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza y sus anexos.
- **Red de proveedores:** Es el conjunto de Proveedores de Servicios Médicos debidamente acreditados que han celebrado un Contrato con LA COMPAÑÍA para suministrar servicios o productos a los ASEGURADOS.
- **Servicio ambulatorio:** Tratamiento y/o servicios médicos provistos u ordenados por un médico calificado, brindados en un hospital, clínica o establecimiento de salud habilitado y debidamente autorizado para prestar dichos servicios, para el cual no es médicamente necesaria una hospitalización.
- **Servicio electivo:** Tratamiento, estudio o procedimiento médico que pueda ser pospuesto y/o programado sin perjuicio inmediato para la salud general del ASEGURADO.
- **Siniestralidad:** Se refiere a la relación porcentual entre las primas netas pagadas contra los siniestros incurridos (siniestros pagados más siniestros en reserva).
- **Siniestro:** Hecho o acontecimiento cubierto por la póliza que se manifiesta mediante la presencia de síntomas y/o la necesidad de recibir asistencia médica. Para que un siniestro sea cubierto por la póliza, los síntomas, el diagnóstico o la condición médica y los gastos derivados de su tratamiento deben presentarse durante la vigencia del ASEGURADO en la misma.
- **Solicitante:** Persona que, mediante la compleción y firma de la Solicitud de Seguro, manifiesta su intención de incluirse en la Póliza para obtener los beneficios contemplado por el plan de salud seleccionado.

- **Solicitud de seguro:** Comprende los formularios y documentos que debe presentar EL CONTRATANTE para la inclusión del ASEGURADO en la Póliza, incluyendo los formularios que proporcionará LA COMPAÑÍA, los resultados de las evaluaciones médicas requeridas y toda la documentación legal.
- **Terapia:** Tratamiento médico necesario para la sanación y/o alivio de los síntomas y enfermedades o lesiones cubiertas por la Póliza. Bajo este concepto no se cubren las terapias de grupo, ocupacionales, psiquiátricas o psicológicas.
- **Trastornos funcionales del sistema nervioso:** Enfermedades del sistema nervioso central y periférico como la epilepsia, esclerosis múltiple o lateral, polineuropatías o mononeuropatías, neuropatía diabética, Alzheimer, Parkinson, síndrome de Guillan Barre, disreflexia, de acuerdo al límite establecido en el Cuadro de Coberturas y las Condiciones Particulares de la Póliza. Se excluirán de esta cobertura las condiciones que se detallan en las exclusiones.
- **Urgencia crítica detallada:** Es cualquier enfermedad, síntoma o condición de aparición súbita e imprevista que ponga en peligro la vida, la salud, la integridad o las funciones vitales del ASEGURADO, y que requiera una atención médica o quirúrgica inmediata. LA COMPAÑÍA reconocerá como Urgencia Crítica Detallada únicamente los diagnósticos y/o síntomas que se detallan a continuación: ***Pérdida del conocimiento, obnubilación o desvanecimiento, lipotimia, síndrome vertiginoso, cuerpo extraño en ojos o vías aéreas (oidos, nariz y garganta), deshidratación severa por vómitos y/o diarrea, crisis asmática, reacciones alérgicas agudas por picaduras de insectos o de reptiles, medicamentosas y alimentarias (shock anafiláctico), mordeduras de animales, quemaduras, crisis hipertensiva, insuficiencia respiratoria severa o aguda, cólico nefroureteral, cólico hepático, angina de pecho, arritmia cardíaca, infarto del miocardio, convulsiones, estados de shock y coma, episodios neurológicos agudos, retención aguda de orina, accidentes(*), heridas cortantes, corto punzantes, contusas y por armas de fuego(*), fracturas, luxaciones y esguinces, trauma craneoencefálico, apendicitis, trombosis, intoxicación aguda, accidente cerebro-vascular, hemorragias, abdomen agudo, sangrado digestivo alto o bajo y fiebre alta en menores de 5 años.***

* Siempre y cuando no hayan ocurrido en las condiciones y/o situaciones excluidas por las Cláusulas 14va. (Gastos no Cubiertos) y 15va. (Exclusiones) de la Póliza.

8. EVALUACIONES MÉDICAS: LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de exigir al ASEGURADO, previa aceptación de su ingreso a la Póliza, que se someta a un examen médico a ser realizado con doctores autorizados por LA COMPAÑÍA. De igual forma, podrá requerir al ASEGURADO dentro de un plazo determinado y durante la vigencia del Contrato que se someta a exámenes practicados por médicos autorizados por la misma cuando sea razonablemente necesario a fin de constatar y controlar su estado de salud, antes o con posterioridad a la realización de tratamientos cubiertos por el presente Contrato y el plan de salud seleccionado. Asimismo, el CONTRATANTE y el ASEGURADO autorizan a su corredor de seguros, médicos, médicos practicantes, hospitales o clínicas privadas, Caja del Seguro Social, Hospital Santo Tomás y cualquier otra institución gubernamental o cualquier otro proveedor del cuidado de la salud, asegurador o empleador y tenedores de Pólizas de grupo que tengan datos o información sobre cualquier tratamiento médico, examen, dictamen u hospitalización que tanto él como sus dependientes hayan tenido, para que puedan suministrar a LA COMPAÑÍA toda la información que requiera sobre su estado de salud, antes y después de su inclusión a la Póliza. Los costos de las evaluaciones que se requieran correrán por cuenta de EL CONTRATANTE y/o del ASEGURADO.

9. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA: La presente Póliza cubre los gastos médicos que sean calificados como Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA) para el tratamiento de las enfermedades o accidentes que se hayan originado durante la vigencia del ASEGURADO en la misma, sujeto a los límites y condiciones establecidos en el Cuadro de Coberturas, las Condiciones Particulares, las Condiciones Generales y los Anexos o exclusiones que se hayan agregado a este Contrato, siempre y cuando sean médicamente necesarios para el tratamiento de dichas enfermedades o accidentes y tengan relación directa con el diagnóstico. Queda establecido que los beneficios cubiertos por esta Póliza serán pagados luego de recibirse prueba satisfactoria de que el ASEGURADO ha incurrido en los gastos médicos cubiertos, en virtud de lo cual LA COMPAÑÍA reembolsará a EL CONTRATANTE y/o al ASEGURADO, o pagará directamente al Proveedor de Servicios Médicos de la Red los siguientes servicios:

- Hospitalización:** Hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días o hasta que se consuma el Límite Máximo Anual contratado, lo que ocurra primero. Comprende los servicios hospitalarios a pacientes hospitalizados, tales como: habitación, medicamentos, alimentos para el ASEGURADO, materiales, insumos y estudios médicos, servicios de enfermería, uso de sala de operaciones y de recuperación, uso de sala de parto y labor de parto (en los casos de maternidades cubiertas por la Póliza), uso de sala de recién nacidos e incubadoras, unidad de cuidados intensivos neonatal y pediátrico (para niños recién nacidos de maternidades cubiertas por la Póliza), unidad de cuidados intensivos (UCI), equipos de asistencia de corazón y riñón artificial, material médico quirúrgico, anestésicos, materiales de cura, vendajes, yeso, bragueros, entablillados, abrazaderas, soluciones intravenosas e inyecciones, oxígeno, terapias respiratorias, nebulizaciones, uso de respirador y/o ventilador artificial, uso de equipos médicos, análisis de laboratorio o estudios especiales, radiografías, radioterapias, isótopos

radiactivos, cobaltoterapia y quimioterapia, tratamiento por insuficiencia renal (incluyendo diálisis), hemodiálisis, transfusiones de sangre, plasma y sus derivados, pruebas de sensibilidad de alergias y fisioterapias, que sean requeridos por prescripción médica y utilizados o realizados durante la misma. Queda entendido que la cobertura de habitación por día no será pagada durante los días que el ASEGURADO se encuentre recluido en la Unidad de Cuidados Intensivos. La cobertura de hospitalización no incluye los gastos de acompañantes.

El valor de procedimientos o cirugías efectuados con alta tecnología o nueva tecnología de alto costo se reconocerá cuando haya evidencia de resultados positivos a nivel internacional y luego de tener como mínimo tres (3) años de haberse implementado en el país donde se da el servicio. Es un requisito adicional que este equipo de nueva tecnología sea manejado por personal idóneo. Cuando no se cumplan los requisitos anteriormente mencionados, LA COMPAÑÍA solamente reconocerá el valor negociado del mismo procedimiento efectuado por los métodos tradicionales, y el excedente será responsabilidad del ASEGURADO.

b) Honorarios médicos: De médicos generales y especialistas autorizados para ejercer la profesión, siempre que no sean familiares hasta el 4to. grado de consanguinidad del ASEGURADO, por los servicios prestados al mismo mientras se encuentre recibiendo asistencia médica en un hospital, clínica o consultorio privado como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la Póliza. Los honorarios por servicios médicos quirúrgicos estarán sujetos a las siguientes condiciones:

- Todo honorario médico será pagado en base a los montos considerados por LA COMPAÑÍA como Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA); sin exceder los límites de la Póliza.
- Cuando se efectúen dos o más intervenciones quirúrgicas en un mismo campo operatorio o a través de la misma incisión, LA COMPAÑÍA pagará en un 100% aquella intervención realizada cuyo costo resulte mayor, en un 50% la segunda y el 25% de lo que corresponda a cada una de las demás intervenciones efectuadas.
- Cuando en una misma cesión operatoria se realicen procedimientos bilaterales y/o en distinto campo operatorio o a través de distintas incisiones, LA COMPAÑÍA pagará cada uno en un 100% aquella intervención realizada cuyo costo resulte mayor y si hubiere otros procedimientos, se aplicarán respectivamente los porcentajes del 50% y 25% indicados en el párrafo anterior, según el orden y la cantidad de procedimientos realizados. Se excluyen aquellos procedimientos en que el estándar internacional indique que el valor a aplicar se extiende a ambos lados.
- Por honorarios del anestesiólogo en cada intervención quirúrgica LA COMPAÑÍA pagará los aranceles Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA) sin exceder en ningún caso el 30% de los honorarios que hayan sido pagados al médico principal y sólo aplicará en los casos que el anestesiólogo administre personalmente la anestesia al paciente y permanezca en presencia constante durante todo el tiempo que dure la cirugía.
- Por honorarios del cirujano asistente (solo en casos de cirugía de corazón abierto, cirugía de columna vertebral, cirugía de cabeza y remplazo de cadera) se reconocerá hasta un 20% de lo pagado al médico principal, siempre que la participación del mismo haya sido previamente autorizada por LA COMPAÑÍA.
- En hospitalizaciones no quirúrgicas se cubrirán los honorarios médicos por visitas al hospital a razón de una (1) visita diaria si el paciente se encuentra recluido en una habitación corriente y dos (2) visitas diarias si el paciente se encuentra recluido en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Quedará a criterio de LA COMPAÑÍA la ampliación del número de visitas a cubrir según sea requerido por la gravedad del caso. No se pagarán visitas en los casos de ingresos por procedimientos quirúrgicos, ni honorarios por servicios de manejo del dolor post operatorio. Se entenderá como visita intrahospitalaria la visita de atención médica que realiza el médico tratante o médico de interconsulta al paciente ASEGURADO mientras esté hospitalizado.
- En ningún caso se cubrirán cargos efectuados por dos (2) o más médicos de la misma especialidad (ambos en calidad de cirujano principal o de anestesiólogos), ni tampoco de dos (2) o más médicos asistentes en un mismo procedimiento.
- El monto considerado por LA COMPAÑÍA como Usual, Razonable y Acostumbrado (URA) y negociado con los proveedores de la Red incluye la consulta normal preoperatoria, investigación y preparación del paciente ASEGURADO, el procedimiento quirúrgico, el cuidado total postoperatorio prestado por el cirujano mientras el paciente está en el hospital y el de convalecencia siguiente a la salida del hospital, hasta 8 días posteriores de la cirugía.
- El cirujano principal debe ser especialista acreditado y en caso de requerirse y ser aprobado por LA COMPAÑÍA un asistente de cirugía, éste deberá tener especialidad afín al procedimiento realizado.

c) Cuarto de urgencias y/o emergencias: Atenciones médicas en sala de urgencias, incluyendo sala de pequeñas cirugías, siempre que sean necesarias por un accidente o enfermedad cubierta que no pueda esperar para ser tratada en consulta externa, de acuerdo con la siguiente clasificación:

- Urgencia por Accidente: Cargos incurridos exclusivamente en la sala o cuarto de urgencias debido a lesiones corporales sufridas por el ASEGURADO en un accidente, siempre que las atenciones sean dadas dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de haber ocurrido el mismo.
- Urgencia por Enfermedad Crítica Detallada: Cargos incurridos exclusivamente en la sala o cuarto de urgencias debido a una enfermedad cubierta y sufrida por el ASEGURADO, siempre que las atenciones sean dadas dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la aparición de los síntomas. Bajo estas coberturas solamente se reconocerán los gastos médicos que se originen por enfermedades que ocasionen trastornos y mal funcionamiento de órganos o funciones vitales, las cuales han sido detalladas en el último párrafo de la Cláusula 7ma. (Definiciones).
- Urgencia por Enfermedad No Crítica Detallada: Cargos incurridos exclusivamente en la sala o cuarto de urgencias debido a síntomas y/o enfermedades no detalladas como críticas en el último párrafo de la Cláusula 7ma. (Definiciones), que pueda sufrir el ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza y de acuerdo a lo establecido en el Cuadro de Coberturas y las Condiciones Particulares.

No se cubrirán bajo este beneficio los medicamentos que sean entregados y/o recetados al ASEGURADO para continuar su tratamiento de forma ambulatoria, en exceso de los que hayan sido administrados en el cuarto de urgencias del hospital.

- d) **Cirugías ambulatorias**: Que sean realizadas en clínicas, consultorios, centros de cirugía ambulatoria u hospitales debidamente calificados y autorizados para la realización de dichos procedimientos a pacientes no ingresados, incluyendo pero no limitándose a: Cura de cataratas, glaucoma y pterigión, circuncisiones necesarias por patología, cirugías endoscópicas nasales, dilatación y curetaje, endoscopias quirúrgicas y cistoscopias, hemorroidectomía externa e interna, herniorrafia umbilical e inguinal, artroscopia, incisión y drenaje de quiste pilonidal, laparoscopia, cauterización cervical, quiste de bartolino, túnel carpal, reducción de luxaciones, polipectomía, varicocelectomía, resección de tumores superficiales, colonoscopia quirúrgica, artroscopia.
- e) **Pruebas diagnósticas y exámenes especiales**: Que sean realizadas en clínicas, consultorios u hospitales y autorizados para la realización de dichos procedimientos, incluyéndose pero no limitándose a: colposcopia, colonoscopias y endoscopias, bronoscopias (con o sin biopsia), laringoscopia, todo tipo de biopsia, MIBI, resonancia magnética, pruebas nucleares, ecocardiografía, prueba de thalium, procedimientos endoscópicos, densitometría ósea, prueba de esfuerzo y tomografías axial computarizada (CAT), mielograma, pruebas de conducción nerviosa, pruebas de urodinamia, infiltraciones articulares.
- f) **Medicamentos**: Necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto, siempre que sean debidamente prescritos por el médico tratante y adquiridos en una farmacia autorizada para la venta de tales medicinas. No incluye las vitaminas y minerales, excepto aquellas prescritas por el médico tratante y medicamento necesarias en las maternidades cubiertas en póliza. **No cubre los medicamentos naturales, homeopáticos o alternativos.**
- g) **Maternidad**: Esta cobertura aplica para las ASEGURADAS principales y/o dependientes cuyas edades estén comprendidas entre los 18 y los 45 años, e incluye los gastos médicos incurridos por atenciones a la madre durante el periodo de gestación y hasta el alumbramiento, así como también las atenciones brindadas al bebé sano de acuerdo a los límites y condiciones establecidos en el Cuadro de Coberturas. El término Maternidad abarca todo lo relacionado al embarazo, incluyendo el parto o cesárea, abortos legales o terapéuticos bajo indicación y/o recomendación del médico o pérdidas involuntarias, las complicaciones del embarazo y los servicios ambulatorios pre-natales. **No incluye pruebas de embarazo, recolección o conservación de células madre, pruebas genéticas y/o amniocentesis; tampoco tratamientos o procedimientos para tratar cualquier tipo de infertilidad, tales como la inseminación artificial, incluyendo la implantación de embriones in vitro y transferencia de embriones, embarazos a base de terapia de hormona, inductores de la ovulación o cualquier sustancia, terapia, tratamiento o similares. No se pagará ningún cargo por servicios relacionados a este tipo de embarazos, tratamientos, terapias, procedimientos o intervenciones, ni tampoco los cargos relacionados con sus complicaciones, tales como hemorragias o abortos. Tampoco se cubre la perforación de orejas en niñas ni los gastos de alojamiento o alimentación extra de acompañantes.**

Se establece un período de espera de doce (12) meses para la concepción, contados a partir la fecha de inclusión de la ASEGURADA en la póliza. Para los efectos de esta cobertura se tomará como fecha de inicio del embarazo la fecha de la última menstruación de la madre.

Este beneficio cubre los gastos ambulatorios pre-natales usualmente necesarios durante el embarazo, tales como: consultas de seguimiento, 3 ultrasonidos obstétricos, 2 monitoreos fetales, laboratorios de control prenatal, medicamentos y vitaminas, los cuales serán cubiertos sin descontar del límite máximo por evento establecido en el Cuadro de Coberturas.

El límite máximo por maternidad cubierta es exclusivo para abortos terapéuticos o pérdidas involuntarias, hospitalizaciones por complicaciones del embarazo y/o el alumbramiento, incluyendo los gastos del bebé sano. Se incluyen bajo el límite por evento los gastos del hospital y los honorarios médicos del ginecólogo y el pediatra, así como también el tamizaje neonatal (básico) cuando sea realizado dentro del hospital en el momento del parto. No se cubre el asistente quirúrgico en los casos de partos por cesárea.

- h) Complicaciones del recién nacido:** Atenciones necesarias por nacimientos prematuros y/o complicaciones que presente el recién nacido de una maternidad cubierta por la Póliza antes de salir del hospital, sujeto al límite establecido en el Cuadro de Coberturas. **En caso de nacimientos múltiples, este límite será distribuido proporcionalmente entre la cantidad de bebés nacidos bajo el mismo parto.**
- i) Enfermedades congénitas y/o hereditarias:** Únicamente en niños que hayan nacido mediante partos cubiertos por la Póliza, siempre y cuando sean incluidos como dependientes dentro de la misma al cumplir los 10 días de nacidos. Si la solicitud de inclusión del recién nacido es recibida posterior a esta fecha, la misma estará sujeta a la aprobación de LA COMPAÑÍA, luego de recibir evidencia de asegurabilidad del recién nacido. Todos los gastos incurridos en concepto de este Beneficio serán pagados bajo el límite de cobertura de cada niño.
- j) Gastos médicos mayores:** Servicios médicos de alto costo cubiertos por la Póliza, los cuales se encuentran detallados en el Cuadro de Coberturas y las Condiciones Particulares. El término Gastos Médicos Mayores comprende las siguientes condiciones: Proceso séptico mayor, politraumatismo severo, cirugías o procedimientos cardiovasculares, enfermedades neurológicas, trastornos funcionales del sistema nervioso y cirugías o procedimientos neuroquirúrgicos, diálisis peritoneal, hemodiálisis renal, cáncer (incluyendo quimioterapia, inmunoterapia y radioterapia), quemaduras graves y cirugías ortopédicas que requieran material de osteosíntesis y/o implantes.
- k) Servicios ambulatorios:** Atenciones médicas recibidas por el ASEGURADO en consultorios o clínicas, radiología y exámenes de laboratorio, electrocardiogramas, encefalogramas, monitoreo holter, encefalografías y tomografías, fisioterapias, inhaloterapias o nebulizaciones, exámenes especiales o pruebas diagnósticas, litotripsia por ultrasonido, laser o cualquier otro método, resonancia magnética nuclear y cualquier servicio, estudio o procedimiento ambulatorio que sea realizado para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto por la Póliza, siempre y cuando hayan sido prescritos por un médico calificado.
- l) Ambulancia terrestre:** Para transportar al ASEGURADO desde el lugar donde se encuentre hacia el hospital más cercano, siempre que sea necesario por la gravedad de la enfermedad o accidente sufrido y cuando la condición médica del ASEGURADO no le permita viajar en un medio regular de transporte terrestre. **Se excluye el servicio de ambulancia en los casos de maternidad.**
- m) Ambulancia aérea:** Servicio de ambulancia aérea hasta el límite máximo indicado en el Cuadro de Coberturas, sujeto al alcance geográfico del plan contratado, siempre que sea estrictamente necesario debido a que el tratamiento requerido no puede ser suministrado localmente y que el transporte por cualquier otro medio pudiera resultar en la pérdida de la vida del ASEGURADO, lo cual debe ser certificado por el médico calificado que tenga a su cargo al paciente y autorizado por LA COMPAÑÍA. Como ambulancia aérea se reconocerá una aeronave que cuente con equipos e instrumentos médicos especiales a bordo, con tripulación especializada en atenciones médicas y que pertenezca a un operador de ambulancia aérea reconocido legamente. **No aplica para casos de maternidad.**
- n) Marcapasos, válvulas, prótesis, ortesis, implantes y material de osteosíntesis:** Incluyendo miembros y ojos artificiales, clavos, tornillos y barras metálicas. Siempre que sean necesarios como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta y ocurrida durante la vigencia del ASEGURADO en la Póliza. **Se exceptúan de esta cobertura las prótesis auditivas, dentales, genitales, faciales y maxilofaciales.**
- o) Trastornos mentales:** Alteraciones de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, tales como la depresión, esquizofrenia, paranoia, ansiedad, stress y psiconeurosis, siempre que se encuentre indicado en el Cuadro de Coberturas y

sujeto al límite establecido en el mismo. **Se excluyen de este beneficio las condiciones que detalladas en el literal p) de la Cláusula 14va. (Gastos no Cubiertos).**

- p) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA):** Gastos médicos necesarios para el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones, de acuerdo al límite establecido en el Cuadro de Coberturas y las Condiciones Particulares de la Póliza.
- q) Trasplantes de órganos o tejidos:** Procedimientos quirúrgicos para trasplantes de órganos o tejidos que provengan de un donante (fallecido o vivo) al cuerpo del ASEGURADO, de acuerdo a los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA). Incluye los gastos de materiales y/o servicios prestados al donante seleccionado por el hospital o centro de trasplantes en concepto de habitación privada, sala o pabellón, comidas, servicio general de enfermería, pruebas de laboratorio, uso de equipos y otros servicios hospitalarios (excepto artículos de uso personal que no sean de índole médica), siempre que sean requeridos durante el proceso de remoción del órgano o tejido que se va a trasplantar. Todo trasplante se deberá realizar en un centro hospitalario especializado, que sea reconocido y aceptado como centro especializado para efectuar dichos procedimientos por el consenso de las organizaciones profesionales que estén reconocidas por la comunidad médica internacional y/o el Ministerio de Salud de Panamá.

Como trasplante de órgano se reconoce cualquier procedimiento mediante el cual se inserta en el cuerpo de una persona (receptor) un órgano o tejido procedente de un donante humano. La cobertura para trasplantes de órganos debe ser autorizada previamente por escrito, y aplica solamente para el trasplante de los siguientes órganos o tejidos humanos (o una combinación de estos): Corazón, Pulmón, Riñón (no incluye riñón artificial), Hígado, Páncreas y Medula Ósea. Para poder realizarse un trasplante, el ASEGURADO deberá esperar doce (12) meses desde la fecha de su incorporación a la Póliza, siempre que la necesidad del mismo no esté relacionada a una condición pre-existente y cuando haya sido determinada y certificada por una segunda opinión médica o quirúrgica, sujeto a los términos, condiciones y exclusiones de la póliza. No será cubierto ningún trasplante cuando existan tratamientos alternativos o procedimientos igualmente efectivos y disponibles para el paciente por su condición o enfermedad.

La cobertura comprende los cuidados y servicios previos al trasplante, tales como la evaluación de la necesidad del trasplante y la preparación del ASEGURADO para el procedimiento, los estudios pre-quirúrgicos necesarios, incluyendo exámenes de laboratorio, rayos x, tomografía computarizada, resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y otros suministros médicos, los cuidados posteriores al trasplante, incluyendo pero no limitado a los tratamientos que sean medicamente necesarios como resultado del trasplante realizado y cualquier complicación derivada del mismo, así como también los medicamentos o medidas terapéuticas destinadas a asegurar la viabilidad y permanencia del órgano trasplantado.

- r) Cámara hiperbárica:** Previa autorización por parte de LA COMPAÑÍA, para tratamiento del embolismo gaseoso, enfermedad por descompresión, intoxicación por monóxido de carbono, gangrena gaseosa, osteomielitis crónica refractaria, pie diabético en fase de cicatrización y necrosis por radioterapias.
- s) Tratamiento dental de emergencia:** Cuando sea necesario para reponer o restaurar los dientes naturales dañados o perdidos a causa de un accidente cubierto por la Póliza, incluyendo los implantes dentales y la reconstrucción de los incisivos, caninos y premolares sanos fracturados o perdidos en un accidente, en base a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA).
- t) Medicina preventiva:** La Póliza cubre una (1) citología y una (1) mamografía preventiva al año por ASEGURADA a partir de los 40 años, (1) prueba de PSA por ASEGURADO a partir de los 45 años, así como también el control del niño sano y las vacunas hasta los 6 años de edad. Únicamente se cubren las siguientes vacunas: Sarampión, Varicela, Triple vírica, Pentavalente, Difteria y Polio, Meningococo, Difteria y Tétanos, Hexavalente, Haemophilus Influenzae, BCG (Tuberculina), Meningitis, Papera, Hepatitis A/Hepatitis B. Las vacunas para la Rabia y el Tétanos están cubiertas sin límite de edad.

10. PRE-AUTORIZACIONES: Los procedimientos quirúrgicos electivos, hospitalizaciones programadas, maternidades, estudios especiales, terapias de cualquier tipo, pruebas diagnósticas deberán ser autorizados por LA COMPAÑÍA previo a su realización. Para esto, EL CONTRATANTE y/o el ASEGURADO deberá presentar ante la misma el formulario de pre-autorización debidamente completado por el médico tratante junto con la historia clínica y los resultados e imágenes de los estudios realizados. LA COMPAÑÍA responderá las solicitudes recibidas en un plazo no mayor de 72 horas, luego de evaluar si procede la cobertura conforme las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y el Cuadro de Coberturas de la Póliza. Incluye mas no se limita a:

Prueba de Thallium	Electromiograma	Tratamientos dentales por accidente
Pruebas nucleares	Endoscopias	SEGD
Laringoscopias	Colonoscopias	SPECT
Procedimientos cardiovasculares no invasivos (holter, prueba de esfuerzo, mapa)	Electroencefalograma	Cateterismo
Procedimientos diagnósticos invasivos	Angiografías cerebrales	Mielograma
Arteriografías	Densitometría ósea	Estudio vascular periférico
Ventriculografía	Tomografía computarizada (CAT SCAN)	Todo tipo de ultrasonido
Resonancia magnética (MRI)	Conducción nerviosa	Doppler (cardiac color flow doppler)
Manometría de esófago	MIBI	MUGA
Topographic Brain Mapping	Cirugías electivas o programables	Urodinámica completa
Punción lumbar	Flebografías	Infiltraciones articulares
Fisioterapias	Quimioterapias y radioterapias	Diálisis
Cualquier estudio o examen de laboratorio		

Queda establecido que cuando un ASEGURADO requiera ser atendido fuera de la República de Panamá y dicha atención haya sido previamente aprobada por LA COMPAÑÍA, el mismo deberá cancelar la totalidad de los gastos que genere dicha atención y presentar toda la documentación requerida en LA COMPAÑÍA para su respectivo reembolso. LA COMPAÑÍA reembolsará dichos gastos según los porcentajes indicados en el Cuadro de Coberturas, sin exceder en ningún caso los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA) establecidos con su red de Proveedores de Servicios Médicos en la República de Panamá.

En caso de no cumplirse el requisito de pre-autorización para los procedimientos que así lo requieran, los gastos elegibles, tanto de médicos como de hospitales u otros proveedores, se limitarán al % de penalización detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza 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.

11. INDEMNIZACIONES: Los beneficios cubiertos bajo esta póliza serán pagados al asegurado de Servicios Médicos de la red dentro de los veinte (20) días hábiles de haber sido recibidos en LA COMPAÑÍA todos los documentos que conformen la prueba escrita del reclamo debidamente completados en su totalidad con las firmas y anexos correspondientes, toda vez que el reclamo haya sido aceptado por LA COMPAÑÍA. Cualquier pérdida acumulada y no pagada a la fecha de la muerte del ASEGURADO será pagada a sus herederos judicialmente declarados.

12. PERIODOS DE ESPERA: Queda establecido que durante el período de espera estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza no se cubrirá ningún gasto por tratamiento, servicios, suministros, procedimientos o cirugía proporcionados al ASEGURADO por o en relación con las condiciones que se especifican a continuación:

Amigdalotomía	Adenoidectomía
Hernias o eventraciones de cualquier tipo, incluyendo hernia hiatal y hernia de disco vertebral (excepto en casos de accidentes cubiertos)	Lesiones pigmentarias de la piel, incluidas mas no limitadas a lunares o nevus y queratosis seborreica.
Cataratas	Glaucoma y Pterigión
Hidrocele y varicocele	Hemorroides
Cálculos renales	Próstata
Tiroides	Quistes, fibromas, miomas, pólipos o nódulos
Túnel del carpo	Varices y telangiectasias
Vesícula y vías biliares	Endometriosis
Cirugías de urología	Colpoperinorrafia
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	Cirugía ginecológica (diagnóstica y quirúrgica)
Cirugías y procedimientos otorrinolaringológicas	Cirugía o cualquier procedimiento de Columna
Cáncer de cualquier tipo	Biopsias de cualquier tipo
Endoscopias y Colonoscopias	Artroscopias y broncoscopias
Circuncisión	Condiciones pre-existentes declaradas que no hayan sido excluidas permanentemente.

El período de espera será contado a partir de la fecha de inicio de vigencia de cada ASEGURADO en la Póliza.

13. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA: LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de enviar al ASEGURADO a una Segunda Opinión Médica previo a la autorización y/o pago de estudios, tratamientos o procedimientos quirúrgicos cuando lo considere necesario

para corroborar la pertinencia e idoneidad con respecto a los síntomas y/o diagnóstico padecidos. Si esta Segunda Opinión Médica no es concluyente, LA COMPAÑÍA podrá solicitar una Tercera. Cuando la Tercera Opinión Médica tampoco sea concluyente, el estudio, tratamiento o cirugía será autorizado y cubierto de acuerdo a los parámetros establecidos en la Póliza. No obstante, si la Segunda o Tercera Opinión Médica determinan que el estudio, tratamiento o procedimiento quirúrgico no es médicamente necesario, o cuando existan alternativas idóneas menos invasivas y/o de menor costo para el tratamiento de la dolencia, LA COMPAÑÍA no autorizará o sólo autorizará estos últimos. Si a pesar de ello el ASEGURADO decide someterse al estudio, tratamiento o procedimiento quirúrgico que no haya sido considerado médicamente necesario o que no haya sido debidamente autorizado por LA COMPAÑÍA, su costo correrá en su totalidad a cargo del mismo.

14. GASTOS NO CUBIERTOS: Aun cuando resulten a consecuencia de una enfermedad o de un accidente, la Póliza en ninguna forma cubre los costos derivados de los siguientes servicios y/o condiciones:

- a) **Servicios o tratamientos médicos en los que el ASEGURADO incurra antes de la fecha de efectividad de su inclusión en la Póliza, así como también cualquier gasto incurrido después de haber terminado su vigencia en la misma, o que se presenten después de su vencimiento o cancelación, incluyendo aquellos que sean derivados o secuelas de accidentes y enfermedades conocidas o diagnosticadas durante la vigencia.**
- b) **Exámenes y chequeos médicos generales o específicos de carácter preventivo (chequeos rutinarios), que se realicen con la finalidad de comprobar el estado de salud del ASEGURADO sin que exista una sintomatología o condición médica que lo justifique, con excepción de los casos indicados en el literal (t) de la Cláusula 9na. (Medicina Preventiva). Cualquier procedimiento que no sea médicamente necesario para el tratamiento de una condición, enfermedad o lesión cubierta por esta Póliza, autoterapias o autoprescripción de medicinas, tratamientos que no estén recetados por un médico calificado. 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. Gastos en exceso de lo razonable y acostumbrado para el servicio o suministro médico recibido. Hospitalizaciones que no sean médicamente necesarias y/o para procedimientos que puedan ser realizados de forma ambulatoria.**
- c) **Servicios, medicamentos, materiales y tratamientos o procedimientos médicos y/o quirúrgicos que no sean científicamente reconocidos y aceptados por la ciencia médica, como la quiropráctica, acupuntura, medicina naturista y homeopatía; o que se encuentren en experimentación, así como los gastos que surjan de tratamientos o materiales cuyas necesidades médicas no hayan sido claramente definidas. Procedimientos médicos nuevos o investigativos, sean estos experimentales o no, para los cuales no se haya establecido un costo razonable. Cirugía robótica y sus complicaciones.**
- d) **Servicios o tratamientos médicos y/o quirúrgicos relacionados con enfermedades, accidentes o condiciones preexistentes, según se define en la Cláusula 7ma. (Definiciones), incluyendo la remoción de prótesis, implantes u órtesis que hayan sido colocadas antes de la vigencia del ASEGURADO en la Póliza.**
- e) **Suicidio o intento de suicidio, lesiones o alteraciones de la salud originadas por actos autodestructivos, estando o no en el uso de sus facultades mentales.**
- f) **Gigantomastias o ginecomastias, cirugía plástica estética y/o tratamientos cosméticos, a excepción de la cirugía reconstructiva que sea necesaria para corregir lesiones o deformaciones producidas por un accidente ocurrido durante la vigencia del ASEGURADO en la Póliza o por un tumor maligno siempre que se determine que la enfermedad se inició luego de la vigencia del asegurado en la póliza y que se demuestre que es médicamente necesaria. Tratamiento, medicamentos, inyecciones, dietas, regímenes de ejercicio o cirugías o procedimientos relacionadas con el control del peso del paciente, ya sea por obesidad o sobrepeso o por cualquier otro diagnóstico médico, tratamientos para el bajo peso, bulimia, anorexia, alopecia o calvicie, en cualquiera de sus manifestaciones y consecuencias.**
- g) **Gastos por tratamientos para la infertilidad o relacionados a la concepción por medios artificiales, incluyendo, pero no limitando a, implantación de embriones in vitro, transferencia de embrión, inseminación artificial, inductores de la ovulación o cualquier sustancia, terapia, tratamiento y/o similares relacionados directa o indirectamente. Tampoco se cubren los cargos relacionados a las complicaciones asociadas con estos tratamientos y secuelas directas o indirectas. Modificaciones de sexo, restablecimiento de la fertilidad, esterilización (incluyendo ligadura, extirpación de trompas, vasectomías), anticonceptivos y/o cualquier aparato insertado utilizado para el control de la natalidad, impotencia, disfunción eréctil, frigidez y cualquier otro tratamiento o atención médica relacionada con el funcionamiento o la reproducción sexual, incluyendo procedimientos o tratamientos anticonceptivos y sus consecuencias, así como los medicamentos relacionados directa o indirectamente para tratar estas condiciones.**

- h) Cuidado de enfermeras especiales y/o particulares, salvo que esta cobertura se encuentre específicamente indicada en el Cuadro de Coberturas y las Condiciones Particulares de la Póliza, en cuyo caso se cubrirá bajo el usual, razonable y acostumbrado definido por LA COMPAÑIA.
- i) Tratamiento dental, alveolar, gingival, maxilofacial o mandibular. Intervenciones en la región cráneo-mandibular, incluyendo, pero no limitado a, el síndrome temporomandibular y otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, así como los nervios y otros tejidos en esa coyuntura. Aparatos cuya función sea la sustitución o apoyo de piezas dentales, dientes postizos, coronas, incrustaciones, puentes, ortodoncia, endodoncia y similares, salvo la curación necesaria en caso de accidentes cubiertos por la Póliza.
- j) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregir vicios de refracción o condiciones similares, tales como astigmatismo, hipermetropía, presbicia, estrabismo, queratoconos, queratoplastia, queratotomía radiada, queratomileusis y miopía. Exámenes rutinarios de la vista y de los oídos, aparatos auditivos, anteojos, lentes de contacto y cualquier otro tipo de lentes y aros.
- k) Medicamentos naturales, homeopáticos o alternativos, recetario magistral, medicamentos de venta sin receta médica, medicamentos que no estén registrados y aprobados por los organismos estatales correspondientes, jabones, jaleas, cremas humectantes o hidratantes, formulas reconstituyentes, leches, alimentos especiales para prevenir alergias, insumos médicos y materiales adquiridos en farmacias, pruebas de embarazo, compra o alquiler aparatos, dispositivos o equipos médicos que no estén explícitamente cubiertos en la Póliza. Dispositivos intrauterinos o diafragmas. Servicios o suministros de uso común en una casa, tales como: bicicletas estacionarias, purificadores de aire y agua, acondicionadores de aire, equipo para la presión arterial, camas ortopédicas, colchones y almohadas antialérgicas y ortopédicas, andaderas, bastones, muletas, equipo para inhaloterapias, tanques y administraciones de gases medicinales o cualquier dispositivo o equipo médico móvil y/o duradero.
- l) Estudios de laboratorio o gabinete, medicamentos y tratamientos que no guarden relación directa con el diagnóstico cubierto, o que no sean necesarios para el tratamiento específico de la dolencia. Curas en clínicas de reposo o convalecencia, asilos de ancianos, balnearios o baños termales, curas en custodia o periodos de cuarentena y/o aislamiento.
- m) Abortos voluntarios provocados ilegalmente y sus complicaciones o consecuencias inmediatas y posteriores.
- n) Sifosis, lordosis y escoliosis, anomalías congénitas o hereditarias y defectos adquiridos, excepto en los casos de niños recién nacidos de maternidades cubiertas por la Póliza, sujeto a los límites y condiciones especificadas en el Cuadro de Coberturas y el literal i) de la Cláusula 9na. (Descripción de la Cobertura).
- o) Cuidado de las uñas y los pies, tratamientos podiátricos, callos, pies planos, arcos débiles, pies débiles, pie de atleta, pie zambo, juanetes, hallux vagus, metatarsalgia, onicomiosis, espolones calcáneos y cualquier otra dolencia de los pies, zapatos y plantillas ortopédicas. Quiropodistas o pedicuristas.
- p) Trastornos psicomotores, de la conducta, del lenguaje o aprendizaje, terapias recreacionales, educacionales u ocupacionales, estimulación temprana, déficit atencional, autismo, desórdenes de personalidad, retardo mental, trastornos del sueño, polisomnografías, curas de reposo, apnea del sueño, roncopatías y uvulopalatoplastias, cualesquiera sean sus manifestaciones, síntomas o consecuencias, excepto los trastornos mentales detallados en el literal o) de la Cláusula 9na. (Descripción de la Cobertura).
- q) Problemas o condiciones médicas relacionados con el crecimiento, independientemente de las razones o causas que lo originen, pubertad precoz y trastornos por alteraciones endocrinas (hormonales) relacionadas.
- r) Enfermedades, tratamientos y consecuencias del alcoholismo, tabaquismo, adicción a las drogas, toxicomanía y su dependencia. Lesiones o daños personales sufridos por el ASEGURADO cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, drogas o estupefacientes.
- s) Cualquier condición, enfermedad o lesión específicamente excluida en las Condiciones Particulares o mediante endoso de exclusión adherido a esta Póliza en cualquier momento durante su vigencia.
- t) Trasplantes de órganos o de tejidos, a excepción de los contemplados en el literal q) de la Cláusula 9na. (Descripción de la Cobertura). Costo, búsqueda, obtención y transporte del órgano a trasplantar, cuidado de la salud en el hogar luego de la realización del trasplante.
- u) Cirugías para tratar deformidades nasales, septoplastias o septorrinoplastias, excepto en caso de lesiones sufridas en accidentes ocurridos durante la vigencia del asegurado en la póliza. Gastos médicos generados por coloración corporal o tatuajes corporales, sus consecuencias o secuelas.
- v) Tratamientos de células madre, crio-preservación o criogenética. Implantación o reimplantación de células vivas, recolección y conservación de células madres, pruebas genéticas y amniocentesis. Cirugía fetal, definida está como la intervención quirúrgica realizada en un infante aún no nacido.
- w) 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 no esté legalmente obligado a pagar.

- x) Cualquier complicación o secuela derivada de una enfermedad, tratamiento o intervención quirúrgica no amparada por esta Póliza.
- y) Gastos en exceso de los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA) en la República de Panamá, según se define en la Cláusula 7ma. (Definiciones); o en exceso de los límites y sub-límites estipulados en el Cuadro de Coberturas y las Condiciones Particulares de esta Póliza. Gastos por acompañantes del ASEGURADO mientras se encuentre hospitalizado, incluyendo mas no limitándose a llamadas de larga distancia o a teléfonos celulares, comidas extras, elementos de uso personal, toallas higiénicas, biberones, servicio de cafetería y otros servicios no amparados expresamente en la Póliza. Perforación de orejas en niñas.
- z) Enfermedades venéreas o de transmisión sexual (ETS), tales como el Virus del Papiloma Humano (VPH) y la Sífilis, así como sus controles periódicos, tratamientos y consecuencias. Se exceptúa el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que están cubiertos conforme lo establece el literal p) de la Cláusula 9na. (Descripción de la Cobertura), hasta el límite indicado en el Cuadro de Coberturas.

15. EXCLUSIONES: Quedan excluidos del presente Contrato y de ninguna forma se cubre cualquier accidente, enfermedad, padecimiento o lesión que sea causada, derivada u ocurrida en las siguientes circunstancias:

- a) Guerra interna, guerra civil, insurrección, rebelión, revolución, levantamiento popular o militar, sedición, invasión, actos de guerra internacional declarada o no, actos de terrorismo, suspensión de garantías, violencia y desórdenes públicos, paros laborales, huelgas o disturbios de carácter obrero-patronales, motines, alborotos populares, delitos, duelos, desafíos, riñas, actividades ilegales y cualquier otra situación semejante que rompa el orden público establecido y/o la convivencia pacífica;
- b) Servicio militar, policial, de custodio o de las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional;
- c) Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico;
- d) Epidemias declaradas por las autoridades competentes;
- e) Práctica de deportes profesionales o competencias deportivas consideradas peligrosas, que expongan por irresponsabilidad, desconocimiento o circunstancias agravantes la vida o la salud del ASEGURADO; tales como boxeo, lucha, esquí de cualquier tipo, paracaidismo, submarinismo, buceo, rapel, karate, artes marciales, tauromaquia, equitación, esgrima, cacería, tiro, alpinismo, automovilismo, motociclismo, salto de "bungee", vuelos sin motor y ultraligeros, planeadores, parapente, espeleología y cualquier otro tipo de práctica o deporte similar, ya sea a nivel profesional o en calidad de aficionado, deportes de altura o aéreos, deportes de invierno, todo tipo de competencia de velocidad (exceptuando las pedestres) y los deportes de contacto;
- f) Pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo, viajes en aeronaves y submarinos privados o militares en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, excepto cuando se trate de líneas comerciales debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros;
- g) Enfermedades o lesiones causadas por radiación, ionización, contaminación radioactiva o componente nuclear;
- h) Servicios prestados por familiares del CONTRATANTE y/o del ASEGURADO, o por personas que vivan con éstos;
- i) Declaraciones falsas, erróneas o inexactas de hechos o circunstancias conocidas por EL CONTRATANTE y/o por el ASEGURADO, que hubieran podido influir en el otorgamiento de este seguro, o en los términos en que fue otorgado;
- j) Falta de pago de la prima acordada para cada período de pago de la Póliza o incumplimiento por parte de EL CONTRATANTE y/o el ASEGURADO de las condiciones establecidas en el presente Contrato; y
- k) 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.

16. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD: El límite de responsabilidad de LA COMPAÑÍA no excederá el máximo de la suma asegurada anual renovable o el máximo vitalicio de la Póliza, siempre con base a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA) de la República de Panamá, independientemente de dónde se haya incurrido el siniestro. LA COMPAÑÍA no es ni será responsable directa o indirectamente, solidaria o subsidiariamente, de cualquier acto, acción, omisión, falta, negligencia o mala praxis realizada por un proveedor médico que pudiera causar daños o perjuicios al ASEGURADO; en razón de lo anterior, todo reclamo judicial, extrajudicial o ante cualquier entidad gubernamental deberá realizarse únicamente ante el Proveedor de Servicios Médicos que haya brindado el servicio y nunca ante LA COMPAÑÍA, por lo que EL CONTRATANTE y el ASEGURADO liberan completamente a LA COMPAÑÍA de toda responsabilidad civil, penal, administrativa o de cualquier otro tipo al respecto.

17. PRESENTACION DE RECLAMOS: El ASEGURADO deberá presentar, a su costo y a entera satisfacción de LA COMPAÑÍA, todos los comprobantes originales de los gastos incurridos, tales como: facturas con sus conceptos desglosados, recetas médicas firmadas y selladas por el médico tratante, resultados de exámenes y/o estudios realizados, y cualquier otro documento médico

relacionados con el evento reclamado. Además, deberá completar el formulario de reclamaciones médicas proporcionado por LA COMPAÑIA. Los comprobantes de gastos deberán ser facturados a nombre del ASEGURADO, indicando siempre el nombre de la persona que ha recibido los servicios médicos.

LA COMPAÑIA tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, de comprobar cualquier hecho o situación de la cual derive para ella una obligación. La obstaculización por parte de EL CONTRATANTE o del ASEGURADO para que se lleve a cabo esa comprobación liberará a LA COMPAÑIA de cualquier obligación.

18. OTROS SEGUROS: El ASEGURADO no podrá beneficiarse de un doble pago por la misma factura, recibo o servicio cubierto por esta Póliza y por otro seguro o plan de beneficios de salud o gastos médicos que posea; en caso de existir otros seguros se procederá de la siguiente forma:

- a) La Póliza o programa de salud de mayor antigüedad será la primera en dar cobertura al reclamo, de acuerdo con los términos y condiciones acordados en dicha Póliza o programa de salud.
- b) En caso de que el primer seguro o programa de salud no cubra en su totalidad los gastos elegibles incurridos por el ASEGURADO, entonces y de conformidad con la ley, las Pólizas o programas de salud adicionales deberán pagar, de acuerdo al orden cronológico de antigüedad de contratación, los gastos que sean cubiertos por estas, los cuales sumados a los pagos efectuados por los otros aseguradores o programas administrados de salud en ningún momento podrán exceder el cien por ciento (100%) de los gastos en que haya incurrido el mismo.
- c) En caso de que existan dos (2) o más seguros o programas de salud contratados en la misma fecha y hora, la indemnización será proporcional a la responsabilidad asumida en cada Póliza o programa de salud.

19. PROTECCION AL CONSUMIDOR: LA COMPAÑIA designará un oficial de controversias para atender cualquier queja que pueda presentar el CONTRATANTE y/o el ASEGURADO en relación a la cobertura contratada, conforme lo dispuesto en el artículo 249 de la Ley 12. Las quejas deberán ser presentadas mediante comunicación formal y escrita en las oficinas de LA COMPAÑIA y serán respondidas en un plazo no mayor de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha en que haya sido recibida la comunicación.

20. MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS: EL CONTRATANTE y/o el ASEGURADO deberán reportar por escrito cualquier movimiento de inclusión o exclusión de ASEGURADOS Dependientes que deseen realizar durante la vigencia de la Póliza.

Para incluir a un familiar elegible, EL CONTRATANTE y/o el ASEGURADO deberán completar los formularios proporcionados por LA COMPAÑIA para tal propósito. La cobertura para cada ASEGURADO iniciará desde el momento en que haya sido incluido en la Póliza.

Para excluir a un Dependiente ASEGURADO bastará una solicitud formal escrita presentada directamente en LA COMPAÑIA o a través del corredor. Al ser procesada la exclusión, los beneficios del seguro cesarán automáticamente (excepto para los siniestros que se encuentren pendientes de pago). Cuando se excluya un ASEGURADO durante la vigencia de la Póliza, LA COMPAÑIA devolverá a EL CONTRATANTE cualquier prima no devengada que haya sido pagada mismo.

21. CAMBIOS DE PLAN O CATEGORIA: EL CONTRATANTE tendrá la oportunidad de cambiar el plan de salud contratado únicamente al momento de la renovación, aplicando en dado caso las siguientes condiciones:

- a) Para cambiar de un plan de beneficios menores a uno de beneficios mayores, será necesario que el ASEGURADO presente nuevamente todas las pruebas de asegurabilidad que sean requeridas a satisfacción de LA COMPAÑIA. Para acceder a los servicios cubiertos bajo el nuevo límite de Cobertura se establece un periodo de espera de doce (12) meses contados a partir de la fecha de efectividad del cambio solicitado. Si durante el periodo de espera se presentase algún siniestro, la cobertura para el mismo será autorizada en base a los límites del plan anterior. Se exceptúa el periodo de espera para casos de quemaduras graves, accidentes y politraumatismo.
- b) Para cambiar de un plan de beneficios mayores a uno de beneficios menores, bastará con que EL CONTRATANTE envíe una carta solicitándolo por escrito. En estos casos no será necesario presentar pruebas de asegurabilidad.

22. OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS: EL CONTRATANTE y el ASEGURADO está obligados a declarar a LA COMPAÑIA, mediante los formularios, cuestionarios e informes médicos que ésta le proporcione y/o solicite, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas al momento de la celebración del presente Contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos facultará a LA COMPAÑIA para rescindir el Contrato, aun

cuando los mismos no hayan influido en la siniestralidad de la Póliza, quedando a favor de la Compañía la prima correspondiente al período del seguro en curso en el momento en que se conozca la omisión.

23. SUBROGACION: EL CONTRATANTE y el ASEGURADO conviene en traspasar a LA COMPAÑÍA de forma definitiva e irrevocable, los derechos y/o beneficios que durante la vigencia del Contrato pudieran obtener frente a cualquier tercero por haber este ocasionado al ASEGURADO, sea de manera intencional o no, alguna lesión o enfermedad, en aquellos casos en que los gastos derivados de la atención a las mismas hayan sido cubiertos por LA COMPAÑÍA en virtud del presente Contrato y sus Anexos, incluyendo cualquier gasto legal razonable que LA COMPAÑÍA se vea precisada a erogar para la recuperación de dichas sumas de manos del tercero o del propio ASEGURADO. Es obligación de EL CONTRATANTE y del ASEGURADO realizar las gestiones y suscribir los documentos necesarios a fin de permitir a LA COMPAÑÍA ejercer su derecho de subrogación y obtener el recobro de los gastos anteriormente indicados hasta por el monto que la misma haya pagado, para lo cual ambos consienten en no entorpecer ni realizar actuaciones u omisiones que pudieran lesionar, disminuir, dificultar o imposibilitar el ejercicio del derecho de subrogación consagrado a favor de LA COMPAÑÍA por medio de la presente Cláusula.

24. CESIÓN: Los beneficios de esta Póliza son intransferibles, por lo que no podrán cederse en ninguna forma a otras personas. Cuando un ASEGURADO fallezca mientras se encuentre recibiendo tratamiento médico por una enfermedad o accidente cubierto, y las cuentas de dichos tratamientos hayan sido pagadas por sus familiares, estos podrán presentar ante LA COMPAÑÍA las facturas de dichos gastos para reembolso, en cuyo caso el reintegro se realizará al familiar que haya pagado dichos servicios.

25. MONEDA: Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte de EL CONTRATANTE, el ASEGURADO o LA COMPAÑÍA, serán efectuados en dólares de los Estados Unidos de América y/o Balboas de la República de Panamá. Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo al alcance geográfico del plan Contratado, serán reembolsados de acuerdo a la tasa de cambio libre bancario vigente al día en que se reembolsen los mismos.

26. PRIMAS: La prima generada por esta Póliza está conformada por la suma de todas las primas individuales de cada uno de los ASEGURADOS que hayan sido incluidos en la misma, y deberán ser pagadas en su totalidad antes del vencimiento de cada período establecido en las Condiciones Particulares, conforme el método de pago que EL CONTRATANTE haya seleccionado. Para que la emisión de la Póliza tenga validez, es indispensable que LA COMPAÑÍA haya recibido el pago total de las primas o el primer pago convenido.

Queda entendido que la prima inicial pactada podrá aumentar en cada renovación conforme se incremente la edad de los ASEGURADOS y la siniestralidad, así como también en función del factor inflacionario en los insumos y/o prestaciones médicas del mercado, siempre y cuando dichos aumentos sean aprobados por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá. LA COMPAÑÍA notificará a EL CONTRATANTE cualquier cambio en el monto de la prima convenida con al menos treinta (30) días de antelación, excepto en los casos de aumentos por cambios de edad, los cuales se aplicarán automáticamente. La no aceptación de los aumentos propuestos por parte de EL CONTRATANTE producirá la terminación de la Póliza.

Los pagos de las primas deberán efectuarse directamente en las oficinas de LA COMPAÑÍA o a través de los canales que la misma haya habilitado para este fin.

27. PERIODO DE GRACIA: EL CONTRATANTE dispondrá de treinta (30) días calendario para el pago de las primas, contados a partir de la fecha del inicio de vigencia de la Póliza o de cada período de pago de prima convenido. Durante el período de gracia los ASEGURADOS gozarán de Cobertura. Vencido este plazo, los beneficios de la Póliza quedarán suspendidos por un periodo de sesenta (60) días calendario.

28. SUSPENSIÓN DE COBERTURA: EL CONTRATANTE dispondrá de los sesenta (60) días indicados en la Cláusula anterior para rehabilitar la Póliza efectuando el pago de las primas vencidas y adeudadas; sin embargo, el ASEGURADO sólo tendrá Cobertura para los siniestros ocurridos con posterioridad al pago de las primas adeudadas. Si durante el periodo de suspensión ocurriese algún siniestro o fuese diagnosticada alguna enfermedad, LA COMPAÑÍA no estará obligada a cubrirla, aunque EL CONTRATANTE pague todas las primas pendientes.

29. AVISO DE CANCELACIÓN: Dentro del período de suspensión y con al menos quince (15) días hábiles de antelación a la fecha de cancelación, LA COMPAÑÍA enviará a EL CONTRATANTE un Aviso de Cancelación dirigido a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente del mismo en LA COMPAÑÍA. Copia del aviso de cancelación deberá ser enviada al corredor de seguros. Cualquier cambio de dirección de EL CONTRATANTE deberá notificarlo a LA COMPAÑÍA, de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de esta. El aviso de cancelación de la póliza por incumplimiento de pago

de la prima deberá enviarse a EL CONTRATANTE por escrito con una anticipación de quince (15) días hábiles. Si el aviso no es enviado, el contrato seguirá vigente y se aplicará lo que al respecto dispone el artículo 998 del Código de Comercio.

30. NOTIFICACIONES: Toda notificación o comunicación relacionada con la presente Póliza deberá hacerse por escrito a la oficina principal de LA COMPAÑÍA. LA COMPAÑÍA no se hace responsable de notificaciones o comunicaciones que sean entregadas a terceros, aun cuando las mismas estén dirigidas a ésta.

Cualquier notificación que LA COMPAÑÍA deba enviar a EL CONTRATANTE y/o al ASEGURADO se hará por medio de correo electrónico a la dirección electrónica que éstos hayan proporcionado, o a través del corredor designado en la Póliza. El CONTRATANTE y el ASEGURADO aceptan que cualquier comunicación entregada de manera indistinta a EL CONTRATANTE, el ASEGURADO o al CORREDOR designado, se entenderá hecha al CONTRATANTE y al ASEGURADO, teniendo pleno valor legal.

31. MODIFICACIONES: Las estipulaciones consignadas en esta Póliza sólo podrán ser modificadas por mutuo acuerdo entre LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE, previa autorización de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, y se harán constar por escrito mediante el Anexo correspondiente.

32. ACCIÓN CONTRA LA COMPAÑÍA: Ninguna acción podrá ejecutarse contra LA COMPAÑÍA a menos que, como condición previa, EL CONTRATANTE y/o el ASEGURADO cumplan totalmente con las estipulaciones de esta Póliza; ni hasta treinta (30) días después de que se hubiesen presentado a LA COMPAÑÍA las pruebas requeridas con respecto al reclamo. Ninguna acción legal será instituida después de haber pasado un (1) año desde la fecha en que se haya dado el gasto o en que haya surgido el derecho reclamado por el ASEGURADO.

33. TERMINACIÓN DEL SEGURO:

a) La Póliza terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- A solicitud de EL CONTRATANTE, en la fecha en que lo solicite por escrito a LA COMPAÑÍA.
- Por falta de pago de la prima convenida, habiendo transcurrido el periodo de gracia y el periodo de suspensión, conforme lo establecido en la Cláusula 26va. (Período de Gracia y Suspensión de Cobertura) del presente Contrato.
- Cuando EL CONTRATANTE y/o el ASEGURADO sea inculpado o hallado culpable de algún delito penal.
- Cuando EL CONTRATANTE y/o el ASEGURADO fallezca o sea declarado incompetente en razón de una condición médica no cubierta por la Póliza.
- Cuando LA COMPAÑÍA descubra y compruebe que EL CONTRATANTE y/o el ASEGURADO hayan omitido, declarando de manera inexacta u ocultada información relevante para la apreciación del riesgo, conforme lo establecido en la Cláusula 21va. (Omisiones o Declaraciones Inexactas) del presente Contrato.
- En el momento que el ASEGURADO resida por más de seis (6) meses al año fuera de la República de Panamá.

b) Adicionalmente, la Cobertura podrá terminar a su vez para cada ASEGURADO Dependiente al ocurrir lo siguiente:

- En la fecha que EL CONTRATANTE solicite por escrito su exclusión.
- Para el Dependiente cónyuge, al convertirse en final y firme una sentencia de divorcio o una separación final, en caso de unión consensual.
- Al dejar de ser elegible para el seguro conforme lo establecido en el literal b) de la Cláusula 3 (elegibilidad).

34. REINTEGRO DE GASTOS: Sin perjuicio de las demás acciones que pudiere realizar LA COMPAÑÍA conforme los términos del presente Contrato y las disposiciones legales vigentes, EL CONTRATANTE se compromete y obliga a reintegrar a LA COMPAÑÍA los gastos incurridos por el pago de servicios en los casos siguientes:

- a) En todos aquellos casos en que LA COMPAÑÍA haya efectuado pagos por servicios médicos que hayan beneficiado al ASEGURADO sin que le correspondiera la Cobertura conforme los términos y condiciones de la presente Póliza y sus Anexos.
- b) Cuando el ASEGURADO haya presentado datos, documentos o informaciones falsas o fraudulentas para sustentar una reclamación, o bien por haber hecho omisiones al suministrar la información.
- c) Cuando se compruebe que el ASEGURADO ha sobrepasado los límites establecidos en las Condiciones Particulares, o que ha realizado un uso irracional de los servicios cubiertos por cualquier otra causa imputable al mismo.

- d) Cuando se compruebe que para su inclusión a la Póliza o para la ejecución del presente Contrato, EL CONTRATANTE y/o el ASEGURADO presentaron informaciones falsas o engañosas sobre su estado de salud o el de sus Dependientes.
- e) Cuando como resultado de la pérdida del Carné terceros hayan hecho uso indebido o fraudulento del mismo y se compruebe que EL CONTRATANTE y/o el ASEGURADO incumplieron su obligación de informar oportunamente a LA COMPAÑÍA acerca de dicha pérdida.
- f) Cuando se compruebe que EL CONTRATANTE y/o el ASEGURADO han permitido, por acción, complicidad u omisión, el uso de los servicios previstos en el presente Contrato por parte de terceros no asegurados.
- g) Cuando el ASEGURADO haga uso de los gastos médicos y/o servicios excluidos conforme lo indicado en las Cláusulas 14va. y 15va. del presente Contrato.

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO deberá hacer efectivo estos reintegros en un plazo de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha en que LA COMPAÑÍA le notifique el reclamo por cualquiera de las causas antes enunciadas.

35. LEY APLICABLE Y ARBITRAJE: Las controversias o conflictos que puedan surgir en virtud de la ejecución o aplicación del presente Contrato serán sometidas a las leyes de la República de Panamá y a la jurisdicción de los tribunales de la Ciudad de Panamá. No obstante, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo en someter sus controversias a un proceso de arbitraje o arbitramiento en derecho si lo consideran conveniente. El Asegurado podrá presentar cualquier queja o inconformidad ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, conforme lo dispuesto en el artículo 251 de la Ley 12.

36. PRESCRIPCIÓN: Todas las acciones derivadas del presente Contrato prescribirán de conformidad con lo dispuesto en el Código de Comercio de la República de Panamá.

37. NORMAS SUPLETORIAS: Para todo lo no previsto en las Condiciones Generales o Particulares, este Contrato se regirá por las disposiciones legales que rigen la materia.

38. DERECHO DE CONVERSION: En caso de fallecimiento del ASEGURADO principal, los dependientes tendrán derecho a contratar una nueva Póliza bajo un plan igual o de menor cobertura sin presentar evidencia de asegurabilidad y manteniendo la continuidad de coberturas, siempre que lo soliciten antes de que hayan transcurrido treinta (30) días contados desde la fecha del fallecimiento del ASEGURADO principal presentando ante LA COMPAÑÍA un nuevo formulario de ingreso debidamente completado y el pago de la prima correspondiente.

39. REGLAS DE INTERPRETACION: Las Condiciones Particulares y sus Anexos priman sobre las Condiciones Generales del Contrato, y este a su vez tendrá primacía sobre cualquier otro documento o comunicación suscrita por una de las partes.

Siempre que en este Contrato figure un pronombre personal en el género masculino, se considerará que incluye también el género femenino, a menos que el contexto indique claramente lo contrario.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá bajo Resolución

En fe de lo cual se expide la presente Póliza en la República de Panamá, en la fecha y hora señalada en las Condiciones Particulares.


Vivir Compañía de Seguros