



PÓLIZA DE BENEFICIOS POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER Y ENFERMEDADES ESPECÍFICAS

CONDICIONES GENERALES

Mediante esta póliza y en consideración al pago adelantado de la prima estipulada dentro del período convenido y fundamentándose en la verdad de las Declaraciones de El Asegurado contenidas en la Solicitud de esta póliza de Seguro, cuyas declaraciones forman parte integrante de esta póliza, junto con todas las manifestaciones contenidas en ella y las que se hagan al médico examinador, ASEGURADORA ANCÓN, S.A. (denominada en adelante La Compañía), conviene con El Asegurado nombrado en dicha solicitud (denominado en adelante “El Asegurado”) en celebrar un Contrato de Seguro por diagnóstico de cáncer y otras enfermedades específicas nombradas, sujeto a los términos y condiciones que se expresan en esta póliza, a los estipulados en las Condiciones Particulares, en los anexos o endosos, si los hubiere, y a las normas legales vigentes en materia de seguros en la República de Panamá.

El derecho a gozar de los beneficios que se puedan suministrar mediante esta póliza depende del correcto cumplimiento de parte de El Asegurado/Contratante con todos los términos, condiciones y demás estipulaciones.

I. DEFINICIONES:

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

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

Asegurado: significa única y exclusivamente la Persona Natural que aparece designada como Asegurado en las Condiciones Particulares, con Exclusión de cualesquiera otras Personas Cubiertas por esta Póliza.

Beneficiarios: Persona natural o jurídica a quien La Compañía hará el pago de los beneficios estipulados en la póliza al fallecimiento de El Asegurado, sujeto a los términos y condiciones de la misma

Beneficios: significa el pago por los cargos cubiertos por esta Póliza, incurridos por El Asegurado o por Personas Cubiertas, sujeto al límite máximo y total que para cada cual está especificado en las condiciones particulares de esta Póliza por año póliza. Máximo total por vida significa la cantidad del beneficio máximo total a pagar durante la vida de El Asegurado o cada una de las Personas Cubiertas.

Cáncer: significa una Enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolable y el esparcimiento de células malignas en cualquier parte del cuerpo, incluyendo Leucemia.

Cargos Usuales y Acostumbrados: significan 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 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.

Cobertura: significa que se pagarán Beneficios por gastos cubiertos, incurridos por cuidado Médico y tratamiento de El Asegurado o de cada Persona Cubierta a consecuencia de la Enfermedad de Cáncer o Enfermedades Específicas, según se define en esta Póliza.

Compañía: Se refiere a Aseguradora Ancón, S.A., localizada en Vía Centenario, Costa del Este, Torre Aseguradora Ancón.

Condición, Enfermedad o Lesión Preexistente: significa una dolencia o alteración de la salud que se manifiesta o aparece por primera vez o se trate médicamente antes de la fecha de la solicitud del seguro, tanto en la persona de El Asegurado o como 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), que El Asegurado o las Personas Cubiertas tengan antes de la fecha de la solicitud del seguro. Una enfermedad, dolencia, lesión o alteración de la salud se manifiesta cuando los síntomas son bastante evidentes 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 que El Asegurado o la Persona Cubierta tenía conocimiento de tal manifestación con anterioridad a la fecha de la solicitud de la Póliza o Cobertura. Esta disposición no aplicará a tales manifestaciones informadas en la solicitud, que no hayan sido expresamente excluidas por La Compañía. **El Cáncer no se considerará como Condición Pre-existente, si la persona padeció de dicha dolencia o Enfermedad y su último tratamiento para curar el Cáncer ocurrió al menos diez (10) años antes de la Fecha de Efectividad de la Póliza.**

Contratante: Es la Persona natural o jurídica que contrata la Póliza y es responsable de hacer el pago de la (s) prima(s) convenida (s).

Contrato: Se refiere a esta póliza.

Enfermedades Específicas significa expresamente, en forma limitativa y con exclusión de cualesquiera otras enfermedades, solo las enfermedades abajo nombradas que se hayan manifestado por primera vez y diagnosticado después de la fecha de efectividad de esta Póliza:

a) Distrofia Muscular	i) Fiebre Tifoidea
b) Poliomieltis	j) Tuberculosis
c) Esclerosis Múltiple	k) Osteomielitis
d) Encefalitis	l) Meningitis
e) Rabia	m) Difteria
f) Tétano	n) Síndrome de reye
g) Lupus Eritematoso	o) Miastenia grave
h) Malaria	p) Fiebre Reumática

Para los efectos de los beneficios que ofrece ésta póliza las enfermedades específicas clasificadas como infecciosas son: poliomieltis, encefalitis, rabia, tétano, malaria, fiebre tifoidea, tuberculosis, osteomielitis, meningitis y difteria.

Exámenes Especiales: Son exámenes, médicamente necesarios, que se efectúan para fines de diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas por esta póliza. Para efectos de ésta póliza se consideran exámenes especiales los siguientes: resonancia magnética, tomografía computarizada, estudios de medicina nuclear (Gammagrafía ósea, tomografía por emisión de positrones (PET/CT), gammagrafía tiroidea, exploraciones MUGA (ventriculografía nuclear), gammagrafías con galio), punción lumbar, mapeo cerebral, electroencefalograma, electromiografía y estudios de conducción nerviosa.

Fecha de Efectividad: para propósito de la Cobertura de Tratamiento de Cáncer y Enfermedades Específicas la “Fecha de Efectividad” será treinta-y-un (31) días calendario después de la Fecha de Vigencia indicada en las Condiciones Particulares.

Fecha de vencimiento: Fecha estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza a partir de la cual ambas partes, El Asegurado y La Compañía acuerdan terminar sus derechos y obligaciones respectivamente.

Forma de pago: La prima anual se fraccionará según la forma de pago escogida por El Asegurado, la cual se estipula en las Condiciones Particulares de la póliza.

Hospital: significa única y exclusivamente una institución legalmente reconocida como Hospital por autoridad competente, operada para el cuidado y el tratamiento de personas enfermas o heridas, con facilidades de laboratorios y equipo de Rayos-X establecidos para diagnósticos, salón para operaciones quirúrgicas y que cuenta con los servicios de enfermeras graduadas, las 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.

Médicos: significa un doctor en medicina legalmente calificado, que no sea El Asegurado, dedicado a la práctica de la medicina dentro de los límites para los cuales lo autoriza su licencia respecto al diagnóstico y tratamiento de Cáncer de la piel. Para efecto de diagnóstico de Cáncer (que no sea Cáncer de la piel) “Médico” significará un doctor en medicina, legalmente calificado y certificado por la entidad oficial certificadora del país donde ejerza el Médico, para practicar patología anatómica. Se excluyen Dentistas, Quiroprácticos, Optómetras y Podiatras.

Medicamento 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 de acuerdo a los parámetros de La Compañía y que no sea de naturaleza educacional o experimental. Ningún servicio, medicamento o suministro se considerará Medicamento Necesario si se suministra únicamente porque conviene El Asegurado, a la persona Cubierta o al proveedor del servicio médico y que no es adecuado para el diagnóstico o los síntomas que presente El Asegurado o persona cubierta, o que sobrepase en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para brindar un diagnóstico o tratamiento seguro, satisfactorio y conveniente.

Miembros de la Familia significa:

- a) El Cónyuge de El Asegurado por matrimonio o por unión consensual de hecho,
- b) Hijos solteros de El Asegurado, incluyendo niños legalmente adoptados, niños durante el período de trámite legal de adopción, e hijastros, que:

- (1) Sean menores de 19 años de edad y que dependan de El Asegurado, o

(2) Menores de 25 años de edad que sean estudiantes a tiempo completo de una institución académica debidamente reconocida.

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 El Asegurado y que haya sido nombrado en la solicitud, que viva bajo el mismo techo con El Asegurado y sea menor de 19 años de edad o menor de 25 años de edad que sea estudiante a tiempo completo de una institución académica debidamente reconocida. Hijo Dependiente también será cualquier hijo que nazca después de haberse completado la solicitud que forma parte de esta Póliza, o que siendo menor de 18 años de edad sea adoptado legalmente por El Asegurado. Ningún hijo se considera como Hijo Dependiente antes de que cumpla los 30 días calendario de nacido. Para recibir Cobertura, El Asegurado tiene que solicitar por escrito que el recién nacido o el hijo adoptivo sea incluido en la Póliza dentro de los treinta (30) días calendario de nacido o de la formalización legal de los trámites de adopción. 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.

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 noventa (90) días calendario consecutivo entre el final de un período y el comienzo del próximo período de hospitalización.

Persona Cubierta: es El Asegurado y cualquier miembro de su familia que se convierta y permanezca como una Persona Cubierta, según se establece en las partes de “Elegibilidad” y “Terminación de Seguro” en la Cláusula de las ESTIPULACIONES GENERALES de esta Póliza.

Quimioterapia: significa el uso de agentes químicos recetados por un Médico para el tratamiento y control del Cáncer.

Unidad de Cuidados Intensivos: significa aquellas áreas especiales de cuidados intensivos, que, al momento de admisión de El Asegurado al Hospital, 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.

Reducción de Beneficios: Los beneficios pagaderos bajo esta Póliza se reducirán en un cincuenta por ciento (50%) a El Asegurado alcanzar la edad de sesenta y seis (66) años.

Renovación a Opción de La Compañía: significa que, a opción exclusiva de La Compañía, El Asegurado podrá solicitar la renovación de esta Póliza por términos sucesivos anuales, durante la vida de El Asegurado, a las tarifas que tenga La Compañía en vigencia al comienzo de cada nuevo término o fecha de renovación. La Compañía puede ajustar las tarifas establecidas para todas las pólizas de este mismo tipo, al momento de cada renovación anual. Los cambios en la tarifa, sin embargo, no

se harán por razones del estado de salud de El Asegurado o Persona Cubierta y de ninguna forma para afectar pólizas individuales en específico.

II. BENEFICIOS COBERTURA DE CÁNCER Y ENFERMEDADES ESPECIFICAS:

- A. **PRUEBAS DE PREVENCIÓN:** Después del primer aniversario de la póliza, La Compañía indemnizará hasta la suma indicada en las condiciones particulares por año póliza contra la presentación de los informes de las pruebas de prevención realizadas y los recibos de pago correspondientes. Este beneficio aplica solamente para aquellos asegurados que no hayan tenido un diagnóstico por cáncer (incluyendo cáncer de piel) o cualquiera de las enfermedades específicas nombradas durante este período. Las pruebas de prevención cubiertas por esta póliza son: Biopsias (excepto de la piel), Endoscopia gástrica, Ultrasonidos, Mamografías, Papanicolau (Citología de Cérvix), Tacto rectal de la Próstata, Prueba PSA (Antígeno Prostático Específico), Ultrasonido Prostático, Prueba CA 125 (Marcador Tumoral de Cáncer Ovárico), Colonoscopia, Prueba para detectar Sangre Oculta en Heces Fecales.
- B. **INDEMNIZACION POR EL PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER Y ENFERMEDADES ESPECIFICAS:** La Compañía indemnizará a la suma indicada en las condiciones particulares cuando se le diagnostique por primera vez cualquier tipo de cáncer, incluyendo leucemia o las siguientes enfermedades específicas: Distrofia Muscular, Esclerosis Múltiple, Miastenia Gravis, Fiebre Reumática, Lupus Eritematoso, Síndrome de Reye. En el caso de cáncer de piel y de enfermedades específicas infecciosas (**poliomielitis, encefalitis, rabia, tétano, malaria, fiebre tifoidea, tuberculosis, osteomielitis, meningitis y difteria**) se cubre hasta el 50% de la suma especificada en las condiciones particulares de la póliza. Esta indemnización aplica una sola vez durante la vigencia de la póliza, por el máximo total por vida especificado en las condiciones particulares de la póliza y no aplica para asegurados que hayan tenido un diagnóstico de cáncer o de cualquier enfermedad específica antes de la efectividad de esta póliza. El Asegurado deberá suministrar la confirmación del diagnóstico por un especialista idóneo en ese campo y los resultados de las pruebas diagnósticas correspondientes.
- C. **EXAMENES ESPECIALES, TERAPIAS RESPIRATORIAS, FISIOTERAPIA, RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA:** La Compañía pagará los cargos por quimioterapia y radioterapia hasta la suma total indicada en las condiciones particulares por Año Póliza, siempre y cuando sean administrados por un especialista idóneo en ese campo. La Compañía pagará un estudio por Año Póliza de cada tipo de los exámenes especiales definidos en ésta póliza. En adición, pagaremos los cargos usuales por terapia requerida para el tratamiento de cualquiera de las Enfermedades Específicas siempre que esté cubierta por esta póliza y haya sido ordenada por un Médico. En ningún caso el conjunto de los gastos por quimioterapia, radioterapia, exámenes especiales y otras terapias superará en su conjunto el límite máximo contemplado en las condiciones particulares para esta cobertura.
- D. **GASTOS POR HOSPITALIZACION Y CIRUGIA:** La Compañía pagará, única y exclusivamente y sujeto a las cantidades máximas totales que se indican en las condiciones particulares por año póliza, el cargo regular hecho por habitación y alimentación diaria; servicios regulares por empleados del hospital incluyendo los servicios de las enfermeras de turno (no enfermeras privadas);

pruebas de laboratorio; y el uso de equipos utilizados en el tratamiento de Cáncer o Enfermedades Específicas nombradas.

Se incluye dentro de GASTOS POR HOSPITALIZACION, los cargos hechos por medicamentos y drogas administradas a El Asegurado o Persona Cubierta, durante la hospitalización, y los honorarios médicos cargados por cirujanos, anestesiólogos u otros médicos tratantes.

E. GASTOS DE TRANSPORTE:

AMBULANCIA TERRESTRE - La Compañía pagará los Cargos Usuales y Acostumbrados hechos por una Compañía de ambulancia para transportar a El Asegurado o a una Persona Cubierta hasta y desde el Hospital donde ésta sea admitida como paciente, siempre y cuando este tipo de transportación sea médicamente necesaria y refrendada por el Médico.

GASTOS DE TRANSPORTE AÉREO PARA EL ASEGURADO Y UN ACOMPAÑANTE: La Compañía pagará la tarifa de clase turista en una línea aérea regular, para una Persona Cubierta y un acompañante, desde la residencia legal de éstos hasta el Hospital más cercano que provea un tipo especial de tratamiento de Cáncer o Enfermedad Específica que no pueda obtenerse localmente y el cual sea médicamente necesario.

F. REPATRIACION DE RESTOS MORTALES: La Compañía pagará hasta la suma indicada en las condiciones particulares de esta póliza por la repatriación de restos mortales de El Asegurado siempre y cuando fallezca a consecuencia de una condición cubierta por la póliza.

G. GASTOS POR PRÓTESIS:

- **DEL SEÑO:** Pagaremos el cargo usual y acostumbrado una sola vez por cada seno, por prótesis que sea necesaria a consecuencia del resultado de una operación cubierta por esta Póliza;
- **OTRAS PRÓTESIS:** Pagaremos el cargo usual y acostumbrado, hasta el máximo total especificado en las condiciones particulares por otras prótesis que sean necesarias a consecuencia de enfermedades cubiertas por esta Póliza.

H. RELEVO DE PAGO DE PRIMA: La Compañía renuncia al cobro de la prima mensual establecida para la Cobertura bajo la cual se están reclamando Beneficios, si a El Asegurado se le ha diagnosticado la Enfermedad de Cáncer o alguna de la Enfermedades Específicas nombradas cubiertas bajo esta Póliza y está totalmente incapacitado para realizar todas las tareas usuales y acostumbradas de su ocupación por un período continuo de (90) días calendario. La Compañía requerirá certificación médica por la incapacidad total de El Asegurado, emitida por un Médico designado por la Compañía, si así ella lo decidiera y puede requerir a intervalos razonables que El Asegurado se someta a pruebas que determinen la continuidad de la incapacidad total. Si éste no se somete a tales pruebas al serle requeridas, o si él dejase de estar totalmente incapacitado, el cobro de aquellas primas que venzan de ahí en adelante no será renunciado y El Asegurado será responsable por el pago de tales primas de acuerdo a los términos y condiciones de esta Póliza.

I. GASTOS FUNERARIOS: Pagaremos hasta el máximo total especificado en las condiciones particulares al recibir prueba fehaciente de que un Asegurado

fallece como consecuencia de algún tipo de Cáncer o de alguna de las Enfermedades Específicas nombradas cubiertas por esta póliza.

III. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

No se pagarán pérdidas bajo esta Póliza que no sean aquellas debidas única y exclusivamente a la Enfermedad de Cáncer y Enfermedades Específicas que sean debidamente diagnosticadas, basado en un examen microscópico del tejido fijo o fluido hemático (excepto según se provee para Cáncer de la Piel). No se pagarán pérdidas por Enfermedad, padecimiento o incapacidad excepto las que esta Póliza provee para Cáncer y Enfermedades Específicas nombradas, aunque tal enfermedad o incapacidad sea agravada, complicada o directamente afectada por Cáncer y Enfermedades Específicas o su tratamiento.

LA COMPAÑÍA no está obligada a indemnizar en los siguientes casos:

1. Diagnóstico o fallecimiento por accidente o cualquier enfermedad distinta al cáncer y enfermedades específicas.
2. Fallecimiento de El Asegurado por Suicidio dentro de los dos siguientes años al inicio de vigencia o de la última rehabilitación de la póliza.
3. Cualquier indemnización solicitada para estos beneficios que se basen en un diagnóstico realizado por una persona que no sea un médico certificado o que sea miembro de la familia de El Asegurado o que viva en la misma casa de El Asegurado, sin importar si la persona es un médico certificado.
4. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y/o cualquier síndrome o enfermedad similar. La presencia del virus del SIDA y cualquier otra enfermedad derivada del anterior, así como infecciones oportunistas. Las infecciones oportunistas incluyen, pero no se limitan, a neumosiastitis, neumonía carinii, virus de organismos de enteritis crónica e infecciones diseminadas por hongos.
5. El sarcoma de Kaposi y otros relacionados con la infección o derivados del virus VIH o SIDA.
6. Cualquier condición médica preexistente de cáncer.
7. El cáncer del aparato respiratorio a consecuencia de tabaquismo durante el primer año de contratación de la póliza, una vez transcurrido este tiempo quedará amparado. Este período es aplicable únicamente el primer año en que se contrata la póliza.
8. Cualquier tipo de cáncer diagnosticado antes de la fecha de efectividad contemplada en las definiciones de esta póliza.

IV. DECLARACIONES DE EL ASEGURADO

El ASEGURADO acepta que cualquier declaración falsa que emita, así como las omisiones o inexactitudes en la información que puedan llevar a subestimaciones de la gravedad del riesgo, facultarán a LA COMPAÑÍA a rescindir el presente contrato. Una vez que LA COMPAÑÍA tenga conocimiento de esta falsedad, inexactitud u omisión comunicará a El Asegurado la cancelación definitiva de la póliza.

V. ESTIPULACIONES GENERALES:

Fecha de expiración de la Póliza: esta póliza expirará:

- (1) al vencimiento de la Póliza; o,
- (2) a petición por escrito de El Asegurado solicitando la cancelación de la Póliza o devolviendo la misma a La Compañía.

Elegibilidad: Para ser elegible(s) para esta cobertura, la(s) persona(s) deberá(n) ser menor(es) de 76 años de edad a la Fecha de Efectividad de esta Póliza.

Además del propio Asegurado los miembros de la familia de El Asegurado que calificarán para ser Personas Cubiertas serán:

- a) el Cónyuge de El Asegurado por matrimonio o unión consensual de hecho, menor de 76 años a la Fecha de Efectividad de esta póliza.
- b) hijos solteros de El Asegurado, incluyendo hijos legalmente adoptados, niños durante el período legal de adopción e hijastros, que sean:
 - a. menores de 19 años de edad y dependientes de El Asegurado,
 - b. menores de 25 años de edad que sean estudiantes a tiempo completo de una institución debidamente reconocida.

El Hijo Dependiente, para propósito de esta Póliza, se define como cualquier hijo, hijastro o menor de edad legalmente adoptado, o en proceso legal de adopción por parte de El Asegurado y que haya sido nombrado en la solicitud, y sea menor de 19 años de edad, o menor de 25 años de edad y que sea estudiante a tiempo completo de una institución académica debidamente reconocida. A ningún Hijo Dependiente se le ofrecerá Cobertura antes de los treinta (30) días calendario de nacido. La Cobertura consistirá de tratamiento de Cáncer y Enfermedades Específicas solamente. Para recibir Cobertura, El Asegurado tiene que solicitar por escrito que el recién nacido sea incluido en la Póliza, dentro de los treinta (30) días calendario de nacido. En caso de un menor de 18 años de edad que sea adoptado legalmente por El Asegurado después de haberse completado la solicitud que forma parte de esta Póliza, deberá solicitar Cobertura dentro de los treinta (30) días calendario de la fecha de formalización legal de los trámites de adopción. La Cobertura de un hijo asegurado cesará en el próximo aniversario de la Póliza después que deje de ser elegible de acuerdo a su edad, según lo define esta Póliza.

Asignación de beneficios: Salvo que La Compañía acepte por escrito lo contrario, los Beneficios de la presente Póliza serán pagados a El Asegurado contra la presentación de la evidencia del gasto incurrido, de acuerdo a los términos y condiciones del presente contrato.

Terminación del seguro:

1. **Para todos los asegurados, el último día de su vigencia conforme al Certificado de Póliza;**
2. **Para todos los asegurados, el día que la prima vence y no es pagada en la renovación;**
3. **Para todos los asegurados, el día escogido por El Asegurado Principal, previa notificación por escrito y entregada en las oficinas La Compañía;**
4. **Para todos los asegurados, cuando cada uno agote su Máximo Vitalicio para la cobertura de primer diagnóstico.**

5. Para el Cónyuge asegurado, si es una Persona Cubierta, cesará al convertirse en final y firme una sentencia de divorcio o una separación final en el caso de unión consensual de hecho con El Asegurado principal.
6. Para el (los) Hijos Elegibles, si es una Persona Cubierta, cesará en el próximo aniversario de la Póliza después que cese ser elegible de acuerdo a su edad según se define en la sección de ELEGIBILIDAD excepto si está incapacitado para mantener un empleo para su sostenimiento debido a su incapacidad mental o defecto físico y si es completamente dependiente de El Asegurado en cuyo caso la Cobertura continuará mientras persistan estas condiciones. Evidencia de incapacidad deberá ser sometida a La Compañía dentro de treinta-y-un (31) días calendario después que el Hijo Dependiente haya cumplido la edad máxima establecida y subsiguientemente tal evidencia podrá ser requerida por La Compañía, pero no más de una vez anualmente después de haber pasado dos años desde la edad límite, según lo define esta Póliza. Si tal incapacidad o dependencia termina, El Asegurado deberá así notificarlo a La Compañía. Si la Cobertura fuera terminada por falta de evidencia y la misma es luego sometida a La Compañía, entonces la Cobertura será reinstalada.
7. El día en que La Compañía tenga conocimiento de declaraciones falsas, fraudulentas, equivocadas u omisiones de información en la solicitud de El Asegurado Principal, Cónyuge o Hijo corroboradas por un Médico o Institución Hospitalaria, o Clínica Privada; sin importar que dichas declaraciones y omisiones provengan del Principal, Cónyuge o Hijo Elegible, la póliza terminará para todos los asegurados al amparo de la misma a partir de la fecha en que La Compañía tenga conocimiento de ese hecho.
8. El día en que La Compañía tenga conocimiento de la falsificación y/o adulteración de informes médicos, facturas, cuentas, recetas, reportes y demás documentos presentados para la sustentación de un reclamo.
9. El último día del plazo de treinta (30) días establecidos por La Compañía por el cual se notifica a El Asegurado una modificación o cambio en el contrato de seguro o cambios en las Tasas de las primas y El Asegurado no acepta dicha modificación.

Diagnóstico post-mórtem: Cuando el diagnóstico positivo de Cáncer o de Enfermedades Específicas solo pueda ser efectuado después de la muerte, La Compañía asumirá responsabilidad retroactivamente y tal responsabilidad estará limitada. La misma iniciará en el período que comience con la admisión terminal al Hospital, pero en ningún caso excederá la porción de cargos sujetos a pagos incurridos durante los cuarenta-y-cinco (45) días calendario inmediatamente anteriores a la muerte de la Persona Cubierta.

Contrato único y cambios no previstos en las condiciones generales: Esta póliza junto a su solicitud, endosos y anexos, de existir alguno, constituyen el único contrato entre La Compañía y El Asegurado. Salvo por el ajuste de prima, ningún cambio en las Condiciones Particulares será válido a menos que el mismo sea solicitado por escrito por El Asegurado 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.

Periodo de gracia: La falta de pago de cualquier prima en o antes de su vencimiento constituye un incumplimiento del Contrato por el tenedor de la Póliza, pero se concederá un período de gracia de treinta (30) días consecutivos sin recargo por intereses para el pago de cualquier prima después de la primera y el seguro continuará en vigor durante ese período. La fecha de inicio del período de gracia comenzará cuando se haya consumido o devengado la prima pagada, exceptuando los casos en que no exis-

tiese el primer pago fraccionado del período de cobertura de la póliza lo cual considerará la nulidad absoluta del contrato y considerará que la póliza nunca entró en vigencia.

Si dentro del mismo Período de Gracia ocurriere el fallecimiento de El Asegurado, la prima anual no pagada por el año corriente del Seguro será deducida de la suma exigible en virtud de la presente Póliza.

Periodo de suspensión: Cuando el Contratante haya efectuado el pago de la primera fracción de prima y se atrase en alguna de las fracciones de prima subsiguientes y habiéndose cumplido el término del período de gracia indicado en las Estipulaciones Generales de ésta póliza, se entenderá que ha incurrido en incumplimiento de pago y se suspenderá la cobertura de esta póliza hasta por sesenta (60) días consecutivos.

La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la prima dejada de pagar o hasta que la póliza sea cancelada conforme a lo dispuesto en éstas condiciones.

Durante este período de suspensión no existirá cobertura a menos que exista constancia fehaciente que El Asegurado había pagado la prima pendiente antes del siniestro.

Cancelación de la póliza: Todo aviso de cancelación deberá ser notificado mediante envío al contratante a la última dirección física, postal o electrónica que conste en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Copia del aviso de cancelación deberá ser enviada al corredor de seguros.

Cualquier cambio de dirección del contratante deberá notificarlo a La Compañía, de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

El aviso de cancelación deberá enviarse al contratante por escrito, con una anticipación de quince días (15) hábiles. Si el aviso no es enviado, el contrato seguirá vigente y en caso de fallecimiento de El Asegurado, la prima anual no pagada por el año corriente del seguro será deducida de la suma exigible en virtud de la presente Póliza.

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

- a) pagar el total de las primas adeudadas a La Compañía; y
- b) remitir la Solicitud de 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 la 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 la 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, a El 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, una vez éste haya suplido evidencia escrita de las pérdidas.

Tiempo para el pago de reclamaciones: Los beneficios bajo esta póliza debido a cualquier pérdida cubierta, serán pagaderos dentro de los treinta (30) días hábiles 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 a El 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 de El Asegurado será pagadera a sus herederos judicialmente declarados mediante sentencia en firme.

Exámenes físicos: La Compañía podrá, asumiendo los gastos necesarios, examinar a El 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.

Acciones legales: Ninguna acción de ley o equidad para cobrar Beneficios bajo esta póliza podrá ser instituida durante los noventa (90) días calendario siguiente a la fecha en que la evidencia completa de la reclamación haya sido sometida a La Compañía. Ninguna acción legal será instituida después de haber pasado un (1) año desde la fecha en que evidencia escrita de pérdida es requerida por esta póliza, contados a partir de la fecha en que se dio el gasto o surgió el derecho para El Asegurado o para la Persona Cubierta a recibir el Beneficio.

Ajuste de prima por terminación de una persona cubierta: Después de la terminación de Cobertura de una Persona Cubierta, la prima de esta póliza será ajustada a la prima correcta para las restantes Personas Cubiertas.

Muerte de un miembro de la familia: Cualquier prima pagada para un período de Cobertura posterior a la muerte de cualquier Persona Cubierta será reembolsada en forma prorrateada. Si la persona fallecida es El Asegurado, su cónyuge podría convertirse en El Asegurado si efectúa la debida solicitud por escrito y acompaña prueba de defunción de El 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 a El Asegurado, a la Oficina Principal de La Compañía o a su Corredor de Seguros y cualquier prima pagada sobre la misma se devolverá. Si no se devuelve la Póliza, se entenderá que El Asegurado la ha aceptado y ha convenido en obligarse por sus términos, disposiciones y condiciones.

Otros seguros: Las indemnizaciones estipuladas en esta póliza se pagarán en adición a aquellas provistas por cualquier otra póliza o pólizas de seguro.

No participante: Esta póliza no dará derecho a El Asegurado ni a ninguna Persona Cubierta a participar de las utilidades de La Compañía.

Notificaciones: Toda notificación relacionada con cualquier aspecto contractual de esta póliza, será hecha a El Asegurado, ya sea personalmente o enviada a la última dirección del mismo, que aparezca registrada en la póliza.

Concordancia con las leyes locales: Cualquier disposición de esta Póliza que en su fecha efectiva estuviera en conflicto con las leyes locales, queda por la presente enmendada para que se ajuste a los requerimientos de tales leyes.

Controversias y conflictos: Las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales de la República de Panamá para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución del presente contrato.

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

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Arístides J. Meneses A.", is positioned above the company name.

ASEGURADORA ANCÓN, S.A.