



PÓLIZA COMPRENSIVA DE SALUD ANCON SALUD PANAMÁ

Por el pago de la prima estipulada, ASEGURADORA ANCÓN, S.A., organizada de conformidad con las leyes de la República de Panamá, (de aquí en adelante llamada la Compañía) se compromete, sujeto a las disposiciones de esta póliza, a pagarle al Asegurado nombrado en las Condiciones Particulares (de aquí en adelante llamado el Asegurado), al recibir en su Oficina Principal prueba fehaciente de gastos incurridos debido a reclusión hospitalaria y otros gastos cubiertos por esta póliza, de acuerdo a las provisiones y condiciones y sujeto a las excepciones y limitaciones establecidas en esta póliza, sólo como se define subsiguientemente.

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

CAUSALES DE SUSPENSIÓN

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

- **CUANDO EL CONTRATANTE SE ATRASE POR MAS DEL TERMINO DEL PERIODO DE GRACIA ESTIPULADO EN ESTE CONTRATO, SE ENTENDERA QUE HA INCURRIDO EN INCUMPLIMIENTO DE PAGO Y SE SUSPENDERA LA COBERTURA DE ESTE CONTRATO HASTA POR SESENTA (60) DIAS. ESTA SUSPENSIÓN SE MANTENDRA HASTA QUE CESE EL INCUMPLIMIENTO DE PAGO O HASTA QUE LA POLIZA SEA CANCELADA.**

CAUSALES DE TERMINACIÓN DE ESTE CONTRATO O DE SU COBERTURA

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

- **MORA: SI VENCIDO EL PERIODO DE GRACIA NO SE RECIBE EL PAGO DE LA PRIMA ADEUDADA DE PARTE DEL CONTRATANTE.**
- **PARA EL CÓNYUGE DEL ASEGURADO, SI ES PERSONA CUBIERTA, AL DIVORCIARSE Y ESTO SE COMPRUEBE MEDIANTE SENTENCIA EN FIRME O UNA SEPARACIÓN FINAL, EN EL CASO DE UNIÓN CONSENSUAL DE HECHO.**
- **DOMICILIO: EN EL MOMENTO QUE EL ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA RESIDA FUERA DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ.**
- **POR SOLICITUD: A SOLICITUD DEL ASEGURADO, EN LA FECHA EN QUE ÉL LO SOLICITE POR ESCRITO A LA COMPAÑÍA.**
- **LA ASEGURADORA TENDRÁ DERECHO A DAR POR TERMINADA ESTA PÓLIZA SI DESCUBRE O TIENE CONOCIMIENTO DE CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA DE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS CONOCIDAS POR EL ASEGURADO O SU CORREDOR QUE HUBIESEN PODIDO INFLUIR DE MODO DIRECTO EN LA DECISIÓN DE DAR COBERTURA BAJO ESTA PÓLIZA O HABER OTORGADO COBERTURA EN CONDICIONES DISTINTAS DE HABER SIDO CONOCIDOS LOS HECHOS POR EL ASEGURADOR AL MOMENTO DE SUSCRIBIR LA PÓLIZA.**
-

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

- **CUANDO EL ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA DEJE DE SER MIEMBRO PERMANENTE DE LA COLECTIVIDAD CONTRATANTE DEL SEGURO POR CUALQUIER CAUSA;**
- **EN LA FECHA EN QUE EL ASEGURADO O PERSONA CUBIERTA CUMPLA SETENTA (70) AÑOS DE EDAD;**

- EN LA FECHA EN QUE TERMINE LA PÓLIZA O QUE LA COBERTURA CESE POR O PARA EL CONTRATANTE;
- SI VENCIDO EL PERIODO DE GRACIA Y PERIODO DE SUSPENSIÓN, HABIENDO RECIBIDO EL AVISO DE CANCELACIÓN, Y TRANSCURRIDOS LOS QUINCE (15) DÍAS HÁBILES QUE ESTABLECE LA LEY, NO SE RECIBE EL PAGO DE LA PRIMA ADEUDADA DE PARTE DEL CONTRATANTE.
- PARA EL CÓNYUGE DEL ASEGURADO, SI ES PERSONA CUBIERTA, AL DIVORCIARSE Y ESTO SE COMPRUEBE MEDIANTE SENTENCIA EN FIRME O UNA SEPARACIÓN FINAL, EN EL CASO DE UNIÓN CONSENSUAL DE HECHO.
- PARA EL HIJO DEL ASEGURADO, SI ES PERSONA CUBIERTA, EN EL PRÓXIMO ANIVERSARIO DE LA PÓLIZA DESPUÉS QUE CESE DE SER ELEGIBLE, DE ACUERDO A SU EDAD SEGÚN SE DEFINE EN ESTA PÓLIZA.
- LA ASEGURADORA TENDRÁ DERECHO A DAR POR TERMINADA ESTA PÓLIZA O EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SER EL CASO, SI DESCUBRE O TIENE CONOCIMIENTO DE CUALQUIER DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA DE HECHOS O CIRCUNSTANCIAS CONOCIDAS POR EL ASEGURADO O SU CORREDOR QUE HUBIESEN PODIDO INFLUIR DE MODO DIRECTO EN LA DECISIÓN DE DAR COBERTURA BAJO ESTA PÓLIZA O HABER OTORGADO COBERTURA EN CONDICIONES DISTINTAS DE HABER SIDO CONOCIDOS LOS HECHOS POR EL ASEGURADOR AL MOMENTO DE SUSCRIBIR LA PÓLIZA.

10 DÍAS PARA EXAMINAR LA PÓLIZA

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

EL BENEFICIO MÁXIMO Y TOTAL ES B/.350,000.00

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA

ASEGURADORA ANCÓN, S.A. se obliga, sujeto a las disposiciones de esta póliza, a pagarle al Asegurado, al recibir en su Oficina Principal prueba fehaciente de gastos incurridos debido a reclusión hospitalaria y otros gastos especificados, (de acuerdo a las disposiciones y condiciones y sujeto a las excepciones y limitaciones establecidas en esta póliza). Este beneficio es emitido en consideración de las declaraciones hechas en la solicitud y del pago de la prima indicada en las Condiciones Particulares de esta póliza.

BENEFICIO MÁXIMO VITALICIO: La Compañía reconocerá todos los gastos médicos expresamente cubiertos según se estipula en las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de esta póliza, hasta la suma máxima vitalicia B/.350,000.00 por Asegurado o por Persona Cubierta elegible que tenga una edad menor de sesenta y cinco (65) años. El beneficio máximo es B/.350,000.00 de por vida.

CO-PAGOS, COASEGURO y DEDUCIBLES: Con excepción de los gastos no elegibles, el máximo de gastos por cuenta del Asegurado o Persona Cubierta, en cualquier año póliza, no excederá del monto de los co-pagos, coaseguros y deducibles señalados en las Condiciones Particulares y Condiciones Generales de esta póliza, cuya suma está sujeta al tipo de servicio médico u hospitalario involucrado.

Cada Asegurado y cada Persona Cubierta debe cumplir con los co-pagos, coaseguros y con los deducibles indicados, según se detalla en la Cláusula Tercera de esta póliza.

CLÁUSULA SEGUNDA

DEFINICIONES

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

ACCIDENTE: Es un suceso involuntario, imprevisto, repentino, fortuito y violento ocasionado por acción externa no deseada por el Asegurado o Persona Cubierta, que resulta en un daño o lesión corporal para él o ella. No se considerarán accidentes para efectos de esta póliza, las lesiones auto-inflingidas o la

tentativa de suicidio. El homicidio doloso, el homicidio preterintencional, así como las lesiones que resulten de las tentativas de éstos y sus frustraciones, o las lesiones personales ocasionadas dolosamente por un tercero, sólo se considerarán accidentes si se comprueba que el Asegurado o Persona Cubierta no provocó el incidente.

AMBULANCIA AÉREA: Transporte aéreo de emergencia dentro de la República de Panamá, desde el aeropuerto adecuado más cercano al hospital donde el Asegurado o Persona Cubierta, herido o enfermo se encuentre hospitalizada, hasta el aeropuerto adecuado más cercano al hospital donde se hospitalizará para recibir tratamiento. Para que este beneficio surta efecto, las siguientes estipulaciones aplican:

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

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

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

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

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

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

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

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

CAMBIO EN LAS TARIFAS: La Compañía podrá cambiar las tarifas de esta póliza en cada fecha de aniversario. Después de la fecha de emisión, cualquier cambio en las tarifas podrá ser debido a un aumento de edad o porque una nueva tabla de tarifas entró en efecto a consecuencia del comportamiento siniestral de la cartera. Los cambios de tarifas deberán efectuarse en base a clase y no para penalizar individualmente a aquellas pólizas que incurren en reclamos. La Compañía se reserva el derecho de ofrecer tarifas preferenciales a aquellas pólizas que mantengan una buena experiencia de reclamos por un período mayor de veinticuatro meses (24) consecutivos.

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

CERTIFICACIÓN DE ADMISIÓN Y/O ESTADIA EN UN HOSPITAL: Es el proceso de pre-autorización (según se describe en la Cláusula V de esta póliza) con el que se deberá cumplir en caso de que el

ingreso a un hospital no sea debido a una emergencia médica o un accidente. El Asegurado o Persona Cubierta o el médico que lo ingresa al hospital debe comunicarse con la Compañía o su representante antes del ingreso para certificar la admisión basada en la necesidad médica. En caso de una admisión de emergencia, el hospital en el que el asegurado ingrese deberá comunicarse con la Compañía o su representante, dentro de las veinticuatro (24) horas inmediatas a la admisión o ingreso. El no cumplir con este procedimiento podrá causar que los beneficios que aplican para estos casos se reduzcan.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: El certificado individual forma parte del contrato y detalla las condiciones particulares del asegurado especificando elegibilidad, exclusiones y limitaciones y prevalece sobre el condicionado general de la póliza. En el caso de pólizas colectivas, la Compañía entregará los certificados individuales al Contratante o al corredor de seguros y éstos tendrán la obligación de entregarlo a los asegurados y conservar la constancia de entrega.

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

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

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

COBERTURA DEL, O LOS RECIEN NACIDOS POR PARTO o EMBARAZO: Si el, o los bebés, nacen de una maternidad cubierta por la póliza, éstos estarán automáticamente cubiertos por cualesquiera gastos médicos que genere un accidente o enfermedad del recién nacido(s) hasta por los primeros ciento ochenta (180) días calendario después de su nacimiento, y hasta por un límite único de B/.15,000.00; queda entendido que vencido el plazo de ciento ochenta (180) días, vence también el derecho a reclamar este beneficio económico por gastos médicos. Para mantener esta cobertura en vigor durante este período, se requerirá que se solicite la inclusión del bebé a la póliza, como dependiente, presentando el formulario de solicitud a la Compañía, dentro de los primeros treinta (30) días calendario, contados a partir de la fecha de nacimiento del bebé. Para que el bebé mantenga la condición de Persona Cubierta, la solicitud estará sujeta a la aprobación por parte de la Compañía, la cual basará dicha aprobación en evidencia satisfactoria de buena salud del recién nacido. La prima será ajustada como lo requiera el caso. Esta cobertura se hace extensiva a nacimientos prematuros y sus complicaciones, o defectos de nacimiento incluyendo afecciones hereditarias o enfermedades congénitas.

COMPAÑÍA: Aseguradora Ancón, S.A.

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

CONDICIONES PRE-EXISTENTES NO DECLARADAS EN LA SOLICITUD DEL SEGURO: Condiciones pre-existentes, según la definición descrita en el párrafo anterior, no declaradas en la solicitud de seguro, impiden a la Compañía hacer un juicio correcto al evaluar el riesgo. La Compañía se reserva el derecho de asegurar a aquellos individuos que considere estén en buen estado de salud y que sean un buen riesgo moral. En consecuencia, las condiciones pre-existentes no declaradas no están cubiertas por la

póliza y si es evidente que el Asegurado ha hecho declaraciones falsas o incompletas o que ocultó información en la solicitud puede resultar en la cancelación de la póliza.

CONDICIONES PARA LA RENOVACION: La póliza se renovará automáticamente si no se emite ningún aviso de cancelación por ninguna de las partes por lo menos con treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha de renovación. Ningún individuo asegurado podrá ser independientemente penalizado con la cancelación de su póliza debido a una mala experiencia de reclamos, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas. La no renovación por cualquier otro motivo debe basarse en criterios que afectarían a toda una misma clase de asegurados, sin embargo, en el momento que el Asegurado o Persona Cubierta resida fuera de la República de Panamá la cobertura de esta póliza terminará. No habrá límite de edad en las renovaciones para la cobertura del Asegurado y su cónyuge, si éste es Persona Cubierta.

CONTINUIDAD DE COBERTURA: Es el derecho del Asegurado de recibir cobertura por condiciones médicas que hayan sido diagnosticadas, cubiertas y pagadas en una póliza con vigencia inmediatamente anterior a esta póliza. Para que se brinde este beneficio debe haber constancia de la aprobación por parte de La Compañía mediante la inclusión del endoso de continuidad de cobertura. Se mantienen las exclusiones que consten en la póliza anterior, sin embargo, se exime al Asegurado de los períodos de espera para aquellos beneficios que apliquen. Todos los gastos incurridos, cubiertos y pagados en la póliza anterior, serán incluidos en la nueva póliza.

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

COORDINACION DE BENEFICIOS: El Asegurado no podrá recibir o beneficiarse de un doble pago por la misma factura o por un mismo servicio cubierto por este seguro y por otro seguro o plan de beneficios de salud o de gastos médicos. El Asegurado queda obligado a informar a la Compañía la existencia de otras pólizas las cuales también provean beneficios similares a los cubiertos por esta póliza. Existiendo otras pólizas anteriores a la fecha efectiva de la presente póliza, que cubran el valor íntegro de la reclamación presentada por el asegurado, la presente póliza no cubrirá el pago de dicha reclamación. Sin embargo, si la primera póliza o las que en orden de antigüedad le siguiesen, no cubriesen dicho valor o solo lo cubriesen parcialmente, la presente póliza responderá por la diferencia, sujeto a los límites de cobertura contemplados en la misma.

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

DEPENDIENTE ELEGIBLE: Es el cónyuge y lo son los hijos según se define en “Miembros de la Familia”, que aparece en esta sección de la póliza. Todos los dependientes deben ser nombrados en la solicitud o incluidos mediante solicitud adicional, si se adquieren posterior a la Fecha de Efectividad de esta póliza.

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

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

ENFERMEDAD CATASTROFICA: Una condición de salud muy grave y costosa, que podría presentar riesgo de muerte o causar una incapacidad de por vida. Para los efectos de ésta póliza se consideran como tal, pero sin limitar, las siguientes: Enfermedades Neurológicas que requieran o no tratamiento

neuro-quirúrgico; Enfermedades cardíacas (cirugía cardíaca, cateterismo); Trauma Mayor (cirugía y rehabilitación); Insuficiencia Renal Crónica (Cirugía y Diálisis); Cáncer-Cirugía, Tratamientos de Quimioterapia y Radioterapia; SIDA.

ESTADÍA MÁXIMA EN EL HOSPITAL: De acuerdo a los límites de cobertura de esta póliza, el período máximo de hospitalización por una enfermedad específica, condición, causa o tratamiento es de ciento ochenta (180) días calendario consecutivos. Se autorizará un período adicional de igual término, si el paciente no ha estado hospitalizado durante por lo menos, cuarenta y cinco (45) días calendario después de la última hospitalización por la misma enfermedad, condición, causa o tratamiento relacionado. En ningún caso los beneficios de hospitalización por una enfermedad determinada, condición, causa o tratamiento relacionado excederán un total de trescientos sesenta y cinco (365) días calendario.

EXÁMENES ESPECIALES: Son exámenes, médicamente necesarios, que se efectúan para fines de diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas por esta póliza. Cuando éstos exámenes han de efectuarse sin que el Asegurado o Persona Cubierta se encuentre hospitalizado, es necesario solicitarle a la Compañía una pre-autorización antes de someterse a cualquiera de estos procedimientos, para que los gastos involucrados sean cubiertos por la póliza. Esta solicitud debe hacerse según las indicaciones descritas en la Cláusula Quinta de esta póliza. Los exámenes especiales son los que aparecen en la tabla que aparece en dicha Cláusula, no obstante, la Compañía se reserva el derecho de incluir exámenes especiales adicionales a los ahí señalados, cuando así lo estime necesario.

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

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

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

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

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

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

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

HOSPITAL PARTICIPANTE: Es todo hospital o institución hospitalaria que forma parte de la cadena de hospitales que participan en programas contractuales de cobertura para los Asegurados de la Compañía y forma parte del listado de Proveedores Participantes de ésta. La Compañía anexará como parte integrante de esta póliza, el listado completo de los hospitales participantes que forman parte de esta cadena al momento de suscribirse esta póliza. La Compañía se reserva el derecho de modificar, adicionar, sustituir, reemplazar o cancelar, de tiempo en tiempo, uno o varios de los hospitales participantes. Cualquier cambio de esta naturaleza será debidamente notificado

LESIÓN: Daños al organismo causados por un accidente.

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

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

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

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

MÉDICO O DOCTOR PARTICIPANTE: Es todo doctor en medicina que forma parte de la cadena de médicos que participan en programas contractuales de cobertura para los Asegurados de la Compañía y forma parte del listado de Proveedores Participantes de ésta. La Compañía anexará como parte integrante de esta póliza, el listado completo de los hospitales participantes que forman parte de esta cadena al momento de suscribirse esta póliza. La Compañía se reserva el derecho de modificar, adicionar, sustituir, reemplazar o cancelar, de tiempo en tiempo, uno o varios de los médicos participantes. Cualquier cambio de esta naturaleza será debidamente notificado.

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

- el Cónyuge del Asegurado por matrimonio o por unión consensual de hecho, menor de sesenta y cinco (65).
- los hijos solteros del Asegurado, incluyendo niños legalmente adoptados, niños durante el período de trámite legal de adopción, e hijastros, que:
 - sean menores de 19 años de edad y que dependan del Asegurado, o
 - menores de 25 años de edad que sean estudiantes a tiempo completo de una institución académica debidamente reconocida.

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

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

PAÍS DE RESIDENCIA: El país donde el asegurado reside la mayor parte del año, por lo menos nueve (9) meses. Este puede ser diferente del lugar legal de residencia del asegurado. **El país de residencia debe ser el de la dirección declarada en la solicitud que para efectos de esta póliza tiene que ser la República de Panamá.**

PERÍODO DE COBERTURA DE LA MATERNIDAD: Cuidado médico en la etapa prenatal, durante el parto y el alumbramiento y en la etapa posnatal inmediata, incluyendo los cuidados rutinarios del recién nacido sano, dentro de los límites máximos establecidos para la cobertura de maternidad descrita en la sección de “Beneficios” de esta póliza. Este beneficio surtirá efecto solamente en los casos en que la maternidad comience después de trescientos sesenta y cinco (365) días calendario, contados a partir de la fecha de efectividad de la póliza, o de la fecha de efectividad de la cobertura del cónyuge, si ésta es Persona Cubierta. **No hay cobertura de maternidad para hijas dependientes.**

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

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

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

PERÍODO DE HOSPITALIZACIÓN: Significa uno o más períodos de reclusión en un hospital, separados, combinados o sucesivos, motivados por la misma causa o relacionados con dicha causa, separados por un período no mayor de cuarenta y cinco (45) días calendario consecutivos entre el final de un período y el comienzo del próximo período de hospitalización.

PERSONA CUBIERTA: 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 V de esta póliza.

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

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

PROVEEDOR PARTICIPANTE: Es todo hospital, clínica, farmacia, laboratorio, centro de diagnóstico, médico u otro profesional de la medicina que forma parte de la cadena de establecimientos y personas que brindan servicios de salud que participan en programas contractuales de cobertura para los Asegurados de la Compañía y forman parte del listado de Proveedores Participantes de ésta. La Compañía anexará como parte integrante de esta póliza, el listado completo de los proveedores

participantes que forman parte de esta cadena al momento de suscribirse esta póliza. La Compañía se reserva el derecho de modificar, adicionar, sustituir, reemplazar o cancelar, de tiempo en tiempo, uno o varios de los proveedores participantes. Cualquier cambio de esta naturaleza será debidamente notificado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CLÁUSULA TERCERA

BENEFICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

HOSPITALIZACIÓN: Luego que el Asegurado o Persona Cubierta haya satisfecho el co-pago que aplique por cada ingreso al hospital, indemniza los gastos elegibles incurridos en concepto de servicios prestados por **hospitales participantes**.

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

GASTO ELEGIBLE	BENEFICIO
CUARTO Y ALIMENTACIÓN	Paga el 100% del valor de un cuarto privado regular en Panamá, hasta por un máximo de 365 días calendario por reclusión relacionada a una misma enfermedad, lesión o tratamiento, excepto las enfermedades catastróficas que se cubrirán al 80% después del deducible año póliza.*
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	Paga el 100% del valor por el uso de la unidad de cuidados intensivos hasta por un máximo de diez (10) A partir del día 11, paga el valor de un cuarto privado en Panamá, hasta por un máximo de 365 días calendario por reclusión relacionada a una misma enfermedad, lesión o tratamiento, excepto las enfermedades catastróficas que se cubrirán al 80% después del deducible año póliza.*
GASTOS MISCELÁNEOS DEL HOSPITAL	Paga el 100% de los gastos elegibles, hasta por un máximo de 365 días calendario, por reclusión relacionada a una misma enfermedad, lesión o tratamiento, excepto las enfermedades catastróficas que se cubrirán al 80% después del deducible año póliza.*

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

Si la hospitalización ocurre en un hospital no-participante se reembolsará el 50% del valor usual y acostumbrado los beneficios de “cuarto y alimentación”, “unidad de cuidados intensivos” y “gastos misceláneos del hospital”, pero nunca se pagará una suma mayor a la pactada con los hospitales participantes, por servicio similar, según el área geográfica donde ocurra la hospitalización.

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

- Uso de la sala de operaciones y sala de recuperación.
- Uso de la sala de parto y sala de ante-parto.
- Uso de la sala de recién nacidos e incubadora, incluyendo la unidad de intensivo neonatal e intensivo pediátrico para niños nacidos de una maternidad cubierta por esta póliza.
- Uso de la sala de urgencias y de las facilidades para cirugía ambulatoria.
- Atención de enfermeras provistas por el hospital.
- Equipo de asistencia de corazón y riñón artificial.
- Material médico quirúrgico, anestésicos y su administración, materiales de cura, vendajes, yeso, medicinas, soluciones intravenosas e inyecciones.
- Oxígeno, respirador y ventilador.
- Análisis de laboratorio, radiografías, exámenes patológicos y estudios especiales requeridos para diagnósticos.
- Tratamientos de radioterapia, isótopos, cobalto y quimioterapia y tratamientos por insuficiencia renal incluyendo la diálisis.
- Transfusiones de sangre, plasma y sus derivados.
- Pruebas de sensibilidad de alergias y sus tratamientos de inmunización.
- Terapia física y respiratoria.
- Prótesis, equipos y aparatos especiales que se requieran por prescripción médica.

HONORARIOS DEL CIRUJANO PRINCIPAL, CIRUJANO ASISTENTE Y ANESTESIÓLOGO: Durante una hospitalización este beneficio pagará el 100% del costo siempre que se trate de médicos participantes. **En caso de médicos no-participantes se indemnizará el 50% del valor usual y**

acostumbrado, pero nunca más que el valor acordado por servicios quirúrgicos similares con médicos participantes, según el área geográfica donde ocurra la cirugía. Previa autorización de la Compañía, y sólo en casos de cirugía de corazón abierto, columna cervical y cerebro (encéfalo), este beneficio también pagará los honorarios de un cirujano asistente, limitando el pago al 30% del pago que corresponda al cirujano principal. El pago para el anestesiólogo también está limitado al 40% del pago que corresponda al cirujano principal. Este pago aplicará solo en los casos cuando un médico anestesiólogo administre personalmente la anestesia al paciente y permanezca en presencia constante durante todo el tiempo que dure la cirugía.

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

HONORARIOS DE OTROS MÉDICOS TRATANTES: Durante una hospitalización este beneficio pagará el 100% del costo siempre que se trate de médicos participantes. **En caso de médicos no-participantes se indemnizará el 50% del valor usual y acostumbrado, pero nunca más que el valor acordado por servicios similares con médicos participantes, según el área geográfica donde ocurra la hospitalización.** El pago de este beneficio está limitado a dos (2) visitas diarias si el paciente se encuentra recluido en la unidad de cuidados intensivos y a una (1) visita diaria si el paciente se encuentra recluido en una habitación corriente.

USO DEL CUARTO DE URGENCIAS:

Los cuidados iniciales dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de haber ocurrido el accidente o una emergencia médica. Estas atenciones se cubrirán así:

Urgencia por Lesión Accidental: Cubre a primer riesgo el 100% de los costos del Cuarto de Urgencia, hasta un máximo de B/.1,000.00 por cada causa y el 100% de los honorarios de un Médico Especialista en base a costos usuales, razonables y acostumbrados, hasta un máximo de B/.1,000.00 por atención en el cuarto de urgencia. Se reconocen bajo esta cobertura: accidentes, cuidado dental por pérdida o daño de dientes naturales en buen estado a causa de un accidente cubierto por la póliza, heridas, laceraciones, fracturas, esquinces, dislocaciones, picaduras de insectos, mordeduras de animales y quemaduras. Si es una Enfermedad Catastrófica, la cobertura será 80% después del deducible año póliza.

Este beneficio aplica aunque el Asegurado o Persona Cubierta no requiera hospitalización.

Urgencia por Emergencia Médica (Crítico Detallada): Cubre el 80% de los costos del Cuarto de Urgencias, hasta un máximo de B/.1,000.00 por cada causa, por cualquier condición considerada una "emergencia médica", según se define en la Cláusula Segunda de esta póliza, y el 80% de los honorarios del Médico Especialista que atienda dicha emergencia en base a costos usuales, razonables y acostumbrados, hasta un máximo de B/.1,000.00 por atención en el cuarto de urgencia. Se reconocen bajo esta cobertura: hemorragias de todo tipo, infarto del miocardio, dolor torácico agudo, insuficiencia coronaria, asfixia, cólico renal o hepático, vómitos y diarreas severas, dolor abdominal agudo, crisis hipertensiva, crisis migrañosa, embolia pulmonar, ataque agudo de asma bronquial, dificultad respiratoria, convulsiones, intoxicaciones alimenticias y envenenamiento ocasionado por el consumo de alimentos, reacción febril persistente, episodios neurológicos, estado de shock o coma, pérdida del conocimiento, obnubilación mental, desorientación súbita, reacción alérgica aguda, sangre en la orina, otitis. Si es una Enfermedad Catastrófica, la cobertura será al 80% después del deducible año póliza.

Urgencia por Emergencia Médica (No Crítico Detallada): Se considera dentro de esta cobertura cualquier condición no incluida dentro de las crítico detalladas mencionadas en el párrafo anterior. Luego de que el Asegurado o Persona Cubierta haya satisfecho un co-pago de B/.40.00 por cada ingreso al Cuarto de Urgencias, cubre el 80% de los costos, hasta un máximo de B/.250.00 por cada causa, por cualquier condición considerada una "emergencia médica (no crítico detallada)", y el 80%

de los honorarios del Médico Especialista que atienda dicha emergencia en base a costos usuales, razonables y acostumbrados, hasta un máximo de B/.250.00 por atención en el cuarto de urgencia.

Cualquier condición no considerada una “lesión accidental” o una “emergencia médica (Crítico Detallada)”, que sea atendida o tratada en el Cuarto de Urgencias de un hospital, se cubrirá bajo el beneficio de “Urgencia Médica (No Crítico Detallada)”, si este beneficio está incluido en las Condiciones Particulares de esta póliza. De igual forma, cualquier atención en el Cuarto de Urgencias, posterior a las cuarenta y ocho (48) horas de la aparición de los síntomas de una condición considerada “emergencia médica (Crítico Detallada)” o de haber ocurrido un accidente, será igualmente considerada como una “Urgencia Médica (No Crítico Detallada)”.

La cobertura por uso del Cuarto de Urgencia y atención del Médico Especialista es la misma tanto en hospitales participantes como en hospitales no-participantes.

CIRUGÍA AMBULATORIA: Siempre que se trate de hospitales y médicos participantes, este beneficio cubre a primer riesgo el 100% de los costos del Salón de Operaciones y Cuarto de Recobro y demás servicios y suministros, facturados por el hospital por cada cirugía ambulatoria y cubre el 90% de los honorarios de un cirujano y del anesthesiologo. **En caso de que la cirugía se efectúe en un hospital o centro de cirugía ambulatoria y/o con médicos no-participantes, se indemnizará el 50% del valor usual y acostumbrado, pero nunca más que el valor acordado por servicios similares con nuestros proveedores participantes, según el área geográfica donde ocurra la cirugía ambulatoria.** Este beneficio se aplica únicamente cuando el Asegurado o Persona Cubierta no se interne como paciente hospitalizado.

BENEFICIO DE MATERNIDAD: Este beneficio solo aplica para el Asegurado, si es mujer o al cónyuge del Asegurado, si es Persona Cubierta. **No hay cobertura de maternidad para las hijas dependientes del Asegurado.** La cobertura incluye servicios y tratamientos por cuidados durante el período de gestación, durante el alumbramiento y en la etapa post-natal, siempre y cuando el embarazo se inicie trescientos sesenta y cinco (365) días calendario después de la fecha de efectividad de la cobertura de la madre si es Asegurado o Persona Cubierta. Se tomará como fecha de inicio del embarazo, la fecha de la última menstruación de la madre. Siempre que se trate de hospitales y médicos participantes, después que el Asegurado o Persona Asegurada haya satisfecho el co-pago que le corresponde, este beneficio pagará el 80%, hasta el límite estipulado en las Condiciones Particulares, del costo de la hospitalización, de los honorarios de un ginecologo-obstetra, del anesthesiologo (en caso necesario), el cuidado del bebé sano y los honorarios por asistencia del pediatra en el parto, si el alumbramiento sucede después que la cobertura de la madre haya estado en vigor un mínimo de doce (12) meses. Este beneficio pagará el 100%, hasta el límite estipulado en las Condiciones Particulares, de estos gastos, si el alumbramiento sucede después de veinte y cuatro (24) meses de vigencia de la cobertura de la madre. El beneficio que brinda esta cobertura incluye todos los gastos elegibles incurridos durante todo el período de embarazo, hasta el alumbramiento.

Los beneficios de maternidad se limitan de la siguiente manera:

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

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

2. **Gastos Prenatales como paciente de un hospital participante:** Aquellas complicaciones del embarazo que requieran tratamiento médico en el hospital, tales como amenaza de aborto, hiperémesis gravídica o amenaza de parto prematuro estarán cubiertas, hasta el límite estipulado en las Condiciones Particulares y como se explica a continuación:
 - Gastos elegibles de hospital, al 100% luego de que el Asegurado o Persona Asegurada haya satisfecho el co-pago que le corresponde por cada hospitalización, y
 - El 100% de los honorarios del ginecólogo-obstetra y del anestesiólogo, siempre que éstos sean médicos participantes.
3. **Alumbramiento:** Se incluye en este beneficio cualquiera complicación del embarazo que requiera tratamiento hospitalario como paciente interna, Parto Normal, Cesárea, Pérdida, Óbito Fetal o Aborto Legal. Esta cobertura paga después que el Asegurado o Persona Asegurada haya satisfecho el co-pago que le corresponde por cada hospitalización, como se indica en el primer párrafo de esta sección y hasta los límites estipulados en las Condiciones Particulares.

El límite máximo que se estipula en las Condiciones Particulares de la póliza aplica sólo para las Hospitalizaciones que ocurran durante el período de gestación y el alumbramiento.

GASTOS DEL, O LOS RECIÉN NACIDOS POR PARTO O EMBARAZO: Siempre y cuando el, o los recién nacidos del mismo parto nazcan de una maternidad cubierta por esta póliza, éstos estarán automáticamente cubiertos por cualesquiera gastos médicos que genere un accidente o enfermedad que le ocurra durante los primeros ciento ochenta (180) días calendario de vida, y hasta por un límite único de B/.15,000.00; queda entendido que vencido el plazo de ciento ochenta (180) días, vence también el derecho a reclamar este beneficio económico por gastos médicos. Los gastos de la unidad de recién nacidos por cuidados del “bebé sano” se pagan dentro del beneficio de maternidad. Sin embargo, si el bebé sufre una condición médica o cualquier complicación que necesita de cuidados y/o tratamientos específicos, entonces estos gastos se cubrirán aplicando el co-pago por hospitalización que corresponda a una Persona Cubierta. Este beneficio cubre condiciones relacionadas a nacimientos prematuros y sus complicaciones, incluyendo afecciones hereditarias o enfermedades congénitas las cuales sean diagnosticadas y tratadas dentro del período de esta cobertura. Para mantener esta cobertura en vigor, el Asegurado tiene que solicitarle por escrito a la Compañía, que el recién nacido sea incluido en la póliza, dentro de los treinta (30) días calendario de nacido, en cuyo momento se ajustaría la prima correspondiente. Si la solicitud se recibe después de este período, la misma estará sujeta a la aprobación de la Compañía, luego de recibir evidencia de asegurabilidad del recién nacido.

Este beneficio se pagará de la siguiente manera:

- **Gastos de hospital:** Siempre que se trate de hospitales y médicos participantes, después que se haya satisfecho el co-pago que aplique, se cubren el 100% de los gastos de hospital y honorarios de un pediatra neo-natólogo durante la hospitalización hasta el límite de este beneficio.
- **Gastos fuera de hospital:** Los honorarios médicos del pediatra, los gastos de exámenes, las medicinas o tratamientos recetados, siempre que dichos gastos sean médicamente necesarios, se cubrirán al 80% luego de que la Persona Cubierta haya satisfecho un deducible que le corresponde por año póliza. El beneficio de gastos fuera de hospital por condiciones relacionadas a un nacimiento prematuro y sus complicaciones, cualquier afección hereditaria o enfermedad congénita está incluido dentro de la suma total a pagar descrita en el beneficio de “Gastos de Recién Nacido”.

Para los beneficios de “Cirugía Ambulatoria”, “Maternidad” y “Gastos del, o los Recién Nacidos por Parto o Embarazo”, si se utilizan hospitales ó médicos no-participantes se indemnizará el 50% del valor usual y acostumbrado, pero nunca más que el valor acordado por servicios similares con hospitales y médicos participantes, según el área geográfica donde ocurra la hospitalización y/o el tratamiento o consulta médica.

TRATAMIENTOS POR TRASTORNOS NERVIOSOS O MENTALES: Cubre el 100% de los gastos incurridos en una hospitalización que ocurra a consecuencia de trastornos nerviosos o mentales, después de un co-pago de B/.100 por cada hospitalización, **hasta un máximo de B/. 1,500.00 por año póliza y B/. 15,000.00 de por vida. Este beneficio sólo aplica para tratamientos que el Asegurado o Persona Cubierta reciba mientras esté recluido como paciente de un hospital.** Este beneficio

incluye los honorarios médicos de un psiquiatra y aplica para hospital y médico participante o no-participante.

TRATAMIENTO POR SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA): Cubre el 100% de los gastos incurridos en una hospitalización que ocurra a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones, **hasta un máximo de B/.1,500.00 por año póliza y B/. 15,000.00 de por vida, una vez transcurrido el período de 12 meses de espera.** Este beneficio incluye los honorarios médicos del médico tratante y aplica para hospital y médico participante o no-participante. Este beneficio aplica para tratamientos que el Asegurado o Persona Cubierta reciba como paciente internado en un hospital o como paciente ambulatorio o por tratamientos recibidos fuera de un hospital.

ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS: Todos los gastos de hospital, honorarios médicos, cirugía ambulatoria, gastos fuera de hospital y cualquier costo incurrido se cubrirán al 80% después del deducible del año póliza.

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

- **Ambulancia Aérea dentro de la República de Panamá:** Paga el 80% del costo usual, razonable y acostumbrado hasta un total de B/.1,000.00 por ocurrencia según las estipulaciones descritas en la Cláusula Segunda de esta póliza.
- **Ambulancia Terrestre:** Paga 100% del costo usual, razonable y acostumbrado de una ambulancia terrestre dentro de la República de Panamá, según las estipulaciones descritas en la Cláusula Segunda de esta póliza.

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

- Honorarios médicos por atención o consulta médica efectuada en el consultorio privado del médico tratante o en la residencia del Asegurado o Persona Cubierta siempre que se trate de condiciones cubiertas por esta póliza.
- Costo de medicamentos, drogas o tratamientos de terapia física y terapia respiratoria, siempre que éstos sean médicamente necesarios, estén recetados por un médico idóneo y se trate de condiciones cubiertas por esta póliza;
- Pruebas y procedimientos necesarios para diagnóstico o tratamientos (laboratorios y rayos X).
- Del costo de exámenes especiales, siempre que se cumpla con el requisito de pre-autorización según se detalla en la Condiciones Generales.

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

CLÁUSULA CUARTA GASTOS NO CUBIERTOS

Esta póliza no paga beneficios por gastos ocasionados directa o indirectamente por una o cualquiera de las causas que aparecen a continuación y en consecuencia quedan excluidos expresamente de la póliza y por tanto la Compañía no tendrá ninguna obligación en virtud de los mismos:

- 1. Cualquier gasto por servicio o tratamiento médico en el que el Asegurado o Persona Cubierta incurra antes de la fecha de efectividad de la póliza.**
- 2. Los beneficios previstos dentro de los primeros doce (12) meses de espera de la póliza por las siguientes condiciones: amigdalectomía y/o adenoidectomía, hernias de cualquier clase, histerectomía y órganos de reproducción y anexos, laparoscopia ginecológica (diagnóstica y quirúrgica), endometriosis y/o dolor pélvico crónico, cataratas, glaucoma o pterigion, cirugía**

ocular, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), condiciones de vesícula y vías biliares, septumplastia y etmoidectomía, condiciones de tiroides, condiciones de mamas, laminectomía y disquetomía de la columna vertebral, varicocelectomía, lesiones de la piel conocidas como lunares o nevos, cirugía de hemorroides, cirugía de rodilla, enfermedad por lesiones deportivas, cálculos de riñón- litotripcia, prostatitis. En el caso de pólizas colectivas, la Compañía podría eliminar esta exclusión a su entera discreción, si el grupo a ser asegurado cuenta con una póliza de seguros de salud con otra compañía aseguradora, y siempre que dicha póliza haya estado en vigor durante los últimos veinte y cuatro meses (24) inmediatamente anteriores a la fecha de efectividad de esta póliza.

3. Cualquier gasto médico u hospitalario incurrido fuera de la República de Panamá.
4. Cualquier condición, enfermedad o lesión excluida de cobertura en esta Cláusula, o aquellas específicamente excluidas de cobertura que aparecen descritas en las Condiciones Particulares de la póliza o indicadas mediante endoso de exclusión adherido a esta póliza en cualquier momento durante su vigencia.
5. Cualquier cargo relacionado a una condición, enfermedad o lesión pre-existente según se describe en la Cláusula Segunda de esta póliza. Cualquier condición pre-existente declarada en la solicitud de seguro, que no ha sido excluida mediante endoso, no recibirá cobertura durante los primeros doce (12) meses de vigencia de la póliza o del inicio de la cobertura en casos de ingresos posteriores a la fecha de efectividad de la póliza. Las condiciones pre-existentes no declaradas en la solicitud de seguro no tendrán cobertura y pueden resultar en la enmienda o en la cancelación de la póliza.
6. El suicidio, o intento de suicidio o lesión corporal intencionalmente auto-infligida por el propio Asegurado o infligida por alguna Persona Cubierta, esté mentalmente sana o no.
7. Cualquier condición, enfermedad o lesión que suceda a consecuencia de actos de guerra internacional declarada o no, acto de enemigo extranjero, guerra civil, insurrección, rebelión, revolución, actos destinados a influir mediante el terrorismo o la violencia, desórdenes públicos, desórdenes obrero-patronales y cualquier situación semejante a las anteriormente descritas, que rompa el orden público establecido y/o la convivencia pacífica y las actividades desplegadas para evitarlas o contenerlas o cualquier acto resultante de éstos.
8. Cualquier condición, enfermedad o lesión que resulte si el Asegurado o alguna Persona Cubierta participa en desórdenes públicos, motines, alborotos populares, desafío o riña, o mientras esté prestando servicios o sea miembro de cualquier institución policial, de custodia o de las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.
9. Cualquier condición, enfermedad o lesión recibida por el Asegurado o Persona Cubierta mientras participe en deportes extremos y/o profesionales, competencias deportivas de las consideradas peligrosas que expongan, por irresponsabilidad, desconocimiento o por circunstancias agravantes, la vida o la salud del Asegurado o Persona Cubierta, incluyendo pero sin limitar boxeo, lucha u otros tipos de combate cuerpo a cuerpo con o sin armas, alpinismo, paracaidismo, submarinismo, artes marciales, automovilismo, motociclismo, salto de "bungee", vuelo sin motor y ultraligeros, rapel y cualquier otro tipo de práctica de salto de caída libre o cualquier otro deporte o actividad física similar o en viajes en aeronaves privadas, helicópteros o submarinos.
10. Cualquier condición, enfermedad o lesión recibida mientras el Asegurado o cualquier Persona Cubierta actúe como piloto o sea miembro de la tripulación de una aeronave, ya sea ésta comercial o privada.
11. Cualquier condición, enfermedad o lesión recibida por el Asegurado o cualquier Persona Cubierta mientras esté cometiendo un asalto, robo o hurto o esté participando en un acto criminal o en cualquier otro acto violatorio de la Ley.
12. Cualquier condición, enfermedad o lesión contraída por el Asegurado o cualquier Persona Cubierta a consecuencia de estar intoxicado o bajo la influencia de drogas, narcóticos o alucinógenos, a menos que éstas hayan sido administradas por prescripción de un médico. Enfermedades o tratamientos originados a consecuencia de alcoholismo; cualquier tratamiento, complicación o efecto secundario resultante de la ingestión de alcohol, de drogas o similares. Tratamientos por intoxicación medicamentosa.
13. Embarazo, parto o complicaciones relacionadas con éstos, excepto si el embarazo comienza trescientos sesenta y cinco (365) días calendario después de la Fecha de Efectividad de la póliza o de la cobertura. No hay cobertura de maternidad para hijas dependientes del Asegurado aunque sean Personas Cubiertas.

14. Todo tipo de neurosis o desórdenes sico-neuróticos, desórdenes de personalidad, ansiedad, desórdenes sicosomáticos, psicosis, esquizofrenia, paranoia, depresión unipolar, depresión bipolar, dependencia del licor, adicción a drogas, retardo mental u otra condición o desorden mental sea ésta o no causada o agravada por cualquier otra enfermedad, accidente o trauma, excepto desórdenes mentales y nerviosos, con la limitación descrita en la Cláusula Tercera de esta póliza.
15. Tratamientos cosméticos (incluye medicamentos cosméticos), cirugía cosmética, plástica o reconstructiva, a menos que sea necesaria como consecuencia de una lesión accidental o debido al resultado de una cirugía cubierta por esta póliza.
16. Cualquier procedimiento que no sea médicamente necesario para el tratamiento de una condición, enfermedad o lesión cubierta por esta póliza y los cargos que surjan como consecuencia de un tratamiento por el cual el Asegurado o Persona Cubierta no se encuentre bajo el cuidado regular de, o que no esté recetado y autorizado por un médico idóneo.
17. 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.
18. Cualquier gasto incurrido por el acompañante del Asegurado o Persona Cubierta, durante la hospitalización del mismo.
19. Los gastos del donante por cualquier trasplante de órgano o de tejido.
20. Tratamiento alimenticio suplementario, salvo los indicados para el mantenimiento de la vida del enfermo grave.
21. Regímenes de ejercicio y dietéticos, inyecciones, medicamentos, cirugía o tratamientos relacionados con el control del peso del paciente (reducción gástrica, banda gástrica, cirugía bariátrica), ya sea por obesidad sus complicaciones o por cualquier otro diagnóstico.
22. Cualquier gasto por apnea del sueño, alopecia, calvicie, por cosmetología en general, cámara hiperbárica (sujeto a evaluación de la Compañía de Seguros), escleroterapia, quiropraxia, cápsula endoscópica (solo si es en caso de sangrado digestivo de causa oscura que permanezca sin diagnóstico después de realizar endoscopia gástrica, colonoscopia y centelleo con eritrocitos marcados).
23. Tratamientos dentales, curas u operaciones odontológicas, que no sean a consecuencia de un accidente sufrido dentro de la vigencia de esta póliza.
24. Controles periódicos o exámenes generales o rutinarios, vacunaciones, certificaciones médicas; exámenes de la vista y del oído, servicios optométricos, cirugía por refracción de la visión, la compra de lentes regulares o intraoculares y de aparatos para mejorar la audición, implantes cocleares, así como sus pruebas de ajuste.
25. Enfermedades y defectos físicos congénitos o adquiridos, secuelas de accidentes, de intervención quirúrgica o de enfermedad, que a juicio de la Compañía debió ser sintomática antes de la fecha de vigencia de esta póliza o del ingreso de alguna Persona Cubierta en la misma. Enfermedades y defectos físicos congénitos en hijos nacidos de una maternidad cubierta por esta póliza tienen cobertura con las limitaciones descritas en la Cláusula Tercera de esta póliza.
26. Servicios prestados por institutos o sanatorios no registrados ni autorizados como instituciones hospitalarias, donde se brinden servicios de cuidados de larga duración, tales como curas de reposo, geriatría o similares.
27. Tratamientos e intervenciones quirúrgicas por infertilidad, inseminación, impotencia, frigidez o cambio de sexo, así como los tratamientos con anticonceptivos y sus consecuencias; tratamientos por disfunción o insuficiencia sexual. Abortos provocados criminalmente. Tratamiento o cirugía por gigantomastia.
28. Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, como son la ligadura o extirpación de trompas y la vasectomía, ni su restitución funcional.
29. Terapias recreacionales, educacionales u ocupacionales y patología del habla.
30. Procedimientos médicos nuevos o investigativos, sean experimentales o no; para los cuales no se ha establecido un costo razonable. Cualquier tratamiento, procedimiento o medicamento que no esté científicamente o médicamente reconocido.
31. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), sus consecuencias y/o controles periódicos u otra condición relacionada, excepto con la limitación descrita en la Cláusula Tercera de esta póliza.

32. Enfermedades de transmisión sexual, excepto como se describe en “Tratamiento por SIDA”, con la limitación descrita en la Cláusula Tercera de esta póliza.
33. Tratamiento por deficiencia o sobreproducción de la hormona de crecimiento, excepto en caso de tumor de hipófisis.
34. Cargos hechos por consultas telefónicas al médico o por no haber acudido a una cita médica.
35. Prótesis u órtesis que no sean quirúrgicamente requeridos, a no ser que se necesite a consecuencia de una lesión accidental cubierta por esta póliza.
36. Cualquier tratamiento o procedimiento para tratar una deformidad nasal que no sea a consecuencia de una lesión accidental cubierta por esta póliza.
37. Cualquier complicación derivada de una enfermedad, tratamiento o intervención quirúrgica no amparada por esta póliza.
38. 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.
39. Tratamientos correctivos de los pies no causados por accidente, tratamientos de quiropodista, quiropráctico o de pedicurista, incluyendo los relacionados con síntomas de molestias en los pies tales como callos, pie plano, pie o arco débil, plantillas especiales, tratamientos o cirugías por Hallux, metatarsalgia o juanetes y cualquier tipo de pieza para insertar en los zapatos o cualquier zapato ortopédico o soporte
40. Tratamientos o intervenciones en la región craneomandibular, incluyendo el síndrome temporomandibular y otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura.
41. Servicios recibidos en alguna institución del Estado o cualquier otro servicio médico por el cual no se exija pago o no medie una facturación o por el cual el Asegurado o Persona Cubierta no esté legalmente obligado a pagar.
42. Síndrome de Fatiga Crónica.
43. Gastos en exceso de los cargos usuales razonables y acostumbrados vigentes en el área geográfica donde el gasto sea incurrido. Gastos en exceso de los límites y los sub-límites estipulados en las Condiciones Particulares y en las Condiciones Generales de esta póliza.
44. Cualquier gasto médico que sea por enfermedad o lesión sufrida por radiación, ionización, contaminación radioactiva o componente nuclear.
45. Cualquier gasto médico que sea por enfermedad o lesión sufrida por fenómenos de la naturaleza con carácter catastrófico.
46. Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias o pandemias.
47. Tratamiento homeopático o de acupuntura; medicina deportiva, música terapia o medicina natural. Tratamientos o pruebas recetadas u ofrecidas por un naturópata, iridiólogo u optómetra.
48. Servicios prestados por familiares del asegurado, o por personas que vivan con él.
49. Honorarios para enfermeras especiales o privadas.
50. Servicios u honorarios médicos, laboratorios, radiologías u otros exámenes de diagnóstico y medicamentos recibidos o adquiridos fuera de la República de Panamá, incurridos como “gastos fuera de hospital”.
51. Gastos ocasionados por pagos que un Asegurado o Persona Cubierta haga a un hospital, médico u otro proveedor participante, en exceso de los co-pagos o deducibles que correspondan al servicio médico recibido de acuerdo a las condiciones y estipulaciones de esta póliza.

CLÁUSULA QUINTA ESTIPULACIONES GENERALES

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

- (a) el Cónyuge del Asegurado por matrimonio o unión consensual de hecho, menores de sesenta y cinco (65) años. No hay edad de terminación para la cobertura de esta póliza para el Asegurado y su cónyuge, si éste es Persona Cubierta.

- (b) hijos solteros del Asegurado, incluyendo hijos legalmente adoptados, niños durante el período legal de adopción e hijastros, que sean;
- (1) menores de 19 años de edad y dependientes del Asegurado,
 - (2) menores de 25 años de edad que sean estudiantes a tiempo completo de una institución debidamente reconocida.

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

ELEGIBILIDAD DEL CONTRATANTE PARA PÓLIZAS COLECTIVAS O DE GRUPO: Una persona natural o jurídica podrá ser elegible para contratar una póliza colectiva o de grupo si en la fecha de la solicitud cumple con los siguientes requerimientos:

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

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

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

TERMINACIÓN DEL SEGURO – POLIZAS INDIVIDUALES:

- **La cobertura del cónyuge del Asegurado, si es una Persona Cubierta, cesará al divorciarse del Asegurado principal y esto sea comprobable mediante una sentencia en firme o una separación final en el caso de unión consensual de hecho.**

- Si vencido el periodo de gracia y de suspensión, recibido el aviso de cancelación, y transcurridos los quince (15) días hábiles que establece la ley, no se recibe el pago de la prima adeudada de parte del contratante.

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

- En la fecha en que deje de estar vinculado con el contratante de la póliza colectiva o de grupo, por terminación del empleo por cualquier causa, por ausencia permanente del trabajo activo por cualquier otro motivo o por dejar de ser miembro permanente de la colectividad contratante del seguro;
- En la fecha en que el Asegurado o Persona Cubierta cumpla setenta (70) años de edad;
- En la fecha en que termine la póliza o que la cobertura cese por o para el Contratante;
- Si vencido el periodo de gracia y suspensión, y habiendo recibido el aviso de cancelación, transcurridos los quince (15) días hábiles que establece la ley, no se recibe el pago de la prima adeudada de parte del contratante;
- La cobertura de un hijo del Asegurado, si es una Persona Cubierta, cesará en el próximo aniversario de la póliza después que cese de ser elegible de acuerdo a su edad según se define en el párrafo de elegibilidad de esta Cláusula, excepto si está incapacitado para mantener un empleo para su sostenimiento debido a incapacidad mental o defecto físico y si es completamente dependiente del Asegurado en cuyo caso la cobertura continuará mientras persistan estas condiciones. Evidencia de la incapacidad deberá ser sometida a la Compañía dentro de treinta (30) 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.

DERECHO A CONVERSIÓN: Cuando se trate de pólizas colectivas, se le otorga el privilegio al Asegurado o Persona Cubierta para que adquiera una póliza individual de salud, con beneficios similares a los que tiene en la póliza colectiva, sin tener que dar evidencia de asegurabilidad, siempre y cuando haya estado por lo menos cinco (5) años asegurado bajo el mismo grupo o colectividad.

Es elegible para este beneficio, todo Asegurado o Persona Cubierta que deje de pertenecer al grupo asegurado bajo una póliza colectiva, y que envíe el formulario de solicitud para una póliza individual a la Compañía dentro de los treinta y un (31) días calendario, contados a partir de la fecha de la separación del Asegurado o Persona Cubierta de la póliza colectiva.

Este beneficio también aplica para el hijo dependiente, cónyuge y/o cualquier otro miembro del grupo familiar, si es Persona Cubierta, en el momento en que deja de ser elegible como tal en la póliza colectiva o certificado de seguro del Asegurado principal, siempre y cuando haya estado por lo menos cinco (5) años asegurado bajo el mismo grupo o colectividad. En este caso, deberá enviar el formulario de solicitud para una póliza individual a la Compañía dentro de los treinta y un (31) días calendario, contados a partir de fecha en que dejó de ser elegible como Persona Cubierta en la póliza o certificado del Asegurado principal. **La prima a pagar será basada en la tarifa de la aseguradora para la clase de riesgo y el rango de edad al cual pertenezca el Asegurado o Persona Cubierta. Aplica igual para el hijo dependiente, cónyuge y/o cualquier otro miembro del grupo familiar, si es Persona Cubierta.**

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

PERÍODO DE GRACIA: Si la prima o fracción de prima no se recibe antes de o en la fecha de pago, según señalan las Condiciones Particulares de esta póliza, la Compañía concederá al Contratante un período de gracia de treinta (30) días calendario para recibir el pago correspondiente.

PERIODO DE SUSPENSIÓN: Terminado el Periodo de Gracia de que trata el párrafo anterior, de pleno derecho y forma automática la Póliza entrará en un Periodo de Suspensión por un plazo de sesenta (60) días calendario. Durante este Periodo de Suspensión el Asegurado no tendrá derecho a ninguna cobertura amparada bajo esta Póliza.

ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS: Se hace constar que el Asegurado y La Compañía han acordado que la prima total, la cual forma parte de esta póliza, será pagada de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares, a partir de la fecha de emisión de la póliza.

De igual forma, se deja constancia que cualquiera sea la forma de pago pactada en este contrato de seguro, el Asegurado deberá cumplir con el pago total o primer pago fraccionado al momento de la emisión de la póliza. El incumplimiento de dicha obligación, conllevará la nulidad absoluta del contrato, sin necesidad de declaración judicial alguna, por lo que se entenderá que la póliza nunca entró en vigencia, aunque hubiera sido emitida en contravención de esta norma, y no será necesario el envío de aviso de cancelación que trata el artículo 998 del Código de Comercio.

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

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

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

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

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

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

REQUERIMIENTO DE PRE-ADMISIÓN: Los beneficios de esta póliza se ofrecen principalmente a través de los proveedores participantes. Siempre que el Asegurado o Persona Cubierta tenga conocimiento previo de que va a ser hospitalizado, tiene que avisar a la Compañía con setenta y dos (72) horas de anticipación para permitir que la Compañía agilice los trámites de asignación de beneficios al hospital, de manera que el Asegurado o Persona Cubierta pueda ingresar sin mayores demoras o inconvenientes. Para tal efecto el Asegurado o Persona Cubierta debe llenar el formulario de pre-admisión suministrado por la Compañía y remitírselo dentro de ese período a fin de recibir la correspondiente autorización para

ingresar al hospital. Cuando se trate de una hospitalización de emergencia, este proceso debe efectuarse dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la admisión al hospital. El no cumplir con este requisito conlleva una penalización que puede resultar en la disminución del beneficio hasta en un 50%.

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

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR PRE-AUTORIZACIÓN PARA EXÁMENES ESPECIALES:

Siempre que el Asegurado o Persona Cubierta, que no se encuentre hospitalizado, necesite someterse a cualquiera de los exámenes especiales que se detallan a continuación, debe solicitarle a la Compañía una pre-autorización, para recibir cobertura bajo esta póliza. Debe remitir el formulario de pre-autorización contestado por el médico tratante, acompañado del cuadro clínico correspondiente, para la evaluación de la Compañía. El no cumplir con este procedimiento resultará en la reducción del beneficio hasta en un 50%. Estos exámenes incluyen pero no se limitan a:

Prueba de Thallium	Tomografía Computarizada (CTScan)
Sonograma por embarazo, cariotipo en líquido amniótico, otros exámenes especiales	
Electromiograma (EMG)	Todo tipo de ultrasonido
Tratamientos dentales por accidente cubierto por la póliza	
Pruebas nucleares	Resonancia Magnética (MRI)
SEGD (Serie esófago gastroduodenal)	Conducción nerviosa (NCV)
Endoscopías digestivas: Colonoscopías y Laringoscopías	
Procedimientos cardiovasculares no invasivos ("Holter", "Stress Test", Ecocardiograma, etc.)	
Laboratorios perifero vasculares no invasivos (Doppler, Pletismografías, etc.)	
Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT)	
"Topographic Brain Mapping"	"Cardiac Color Flow Doppler"
Electroencefalograma	Manometría de esófago
Procedimientos diagnósticos invasivos: Cateterismo, angiografías cerebrales, mielograma	
Arteriografías	MIBI, MUGA
Densitometría ósea	Terapia respiratoria y terapia física
Estudio vascular periférico	Urodinámica completa
Ventriculografía	Punción lumbar
Feblografías	Polisomnigrafías
Cualquier otro examen, laboratorio, rayos x o procedimiento que cueste más de B/.100.00.	

AVISO DE SINIESTRO Y DE RECLAMACIÓN: Deberá darse aviso previo a la Compañía en caso de un siniestro que fuese a terminar en una hospitalización programada (dentro de las setenta y dos <72> horas previas a la hospitalización) y aviso inmediato (dentro de las veinticuatro <24> horas del suceder el siniestro) en caso de una hospitalización a consecuencia de un accidente o emergencia médica y remitir los documentos que sustentan la reclamación, dentro de los noventa (90) días calendario después de haber ocurrido el siniestro o comenzado alguna pérdida o gasto cubierto. En el caso de gastos incurridos que estén sujetos a un deducible previo para recibir beneficios, entonces el período de noventa (90) días calendario, se contarán a partir de la fecha en que se ha completado el deducible anual que para dicho beneficio establece esta póliza. En caso de no remitir el reclamo en el tiempo aquí estipulado, dará derecho a la Compañía a declinar la cobertura o pagar únicamente el 50% de los beneficios que esta póliza concede o a denegar el pago de los beneficios correspondientes.

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

recibido. En el caso de gastos elegibles incurridos por medicamentos recetados serán pagados al Asegurado contra la presentación de los documentos que evidencien dicho gasto, los cuales deberán ser entregados a la Compañía conjuntamente con el formulario de reclamación firmada por el médico tratante, dentro de los noventa (90) días calendario después de haber completado el deducible anual que para dicho beneficio establece esta póliza.

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

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

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

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

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

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

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

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

MUERTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA: Cualquier prima pagada para un período de cobertura posterior a la muerte de cualquier Persona Cubierta será reembolsada en forma prorrateada. Si la persona fallecida es el Asegurado, su cónyuge podría convertirse en el Asegurado si efectúa la debida solicitud por escrito y acompaña prueba de defunción del Asegurado.

OPCIÓN PARA EXAMINAR LA PÓLIZA: Si esta póliza no es satisfactoria podrá ser devuelta, dentro de los diez (10) días calendario a partir de su entrega al Asegurado, a la Oficina Principal de la Compañía o a su Corredor de Seguros y cualquier prima pagada sobre la misma se devolverá. Si no se devuelve la

póliza, se entenderá que el Asegurado la ha aceptado y ha convenido en obligarse por sus términos, disposiciones y condiciones.

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

- a. El Asegurado deberá informar de forma inmediata a La Compañía y por escrito, la existencia de los mismos.
- b. El seguro de mayor antigüedad será el primero en dar cobertura al reclamo, de acuerdo con los términos y condiciones acordados en dicho seguro.
- c. En caso de que el primer seguro no cubra en su totalidad los gastos del siniestro, entonces y de conformidad con la ley, las pólizas adicionales deberán pagar, de acuerdo al orden cronológico de antigüedad de contratación, los gastos cubiertos por ellas, los cuales sumados a los pagos efectuados por los otros, en ningún momento podrán exceder el cien por ciento (100%) de los gastos del siniestro.
- d. En caso de que existan dos o más seguros contratados en la misma fecha y hora, la indemnización será proporcional a la responsabilidad asumida en cada póliza.

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

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

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

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

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

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

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

PRESCRIPCIÓN: Las acciones derivadas del presente contrato de seguro, prescribirán en el plazo de un (1) año, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1651 del Código de Comercio de la República de Panamá, plazo este que se contará a partir del momento que la obligación sea exigible.

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

Por tanto, la falta de veracidad, declaración falsa o inexacta de información relevante, demora en la entrega de documentos o la declaración de hechos que a la luz de las circunstancias en que fueron realizados puedan resultar falsos o inexactos u omitidos con dolo por parte del Asegurado, habiendo sido corroboradas por cualquiera de los medios de prueba aceptados por la Ley, le dará derecho a la

Compañía a negar cualquier reclamo presentado con base en la misma y acarreará la nulidad de la cobertura de seguro, a partir de la fecha en que la Compañía tenga conocimiento de dicha falta.

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

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

CONTROVERSIAS Y CONFLICTOS: 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 o aplicación del presente contrato.

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

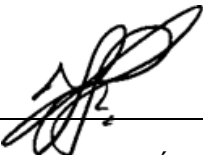
NORMA SUPLETORIA: En lo no previsto en las presentes condiciones generales o particulares, este Contrato se regirá por las disposiciones legales que rigen la materia.

DOMICILIO: Para los efectos de esta póliza y los beneficios que ésta ofrece, el Asegurado Principal deberá al momento de contratar este seguro y posteriormente, residir de forma habitual y permanentemente dentro de la República de Panamá. La falta de cumplimiento de esta condición acarreará la cancelación de la póliza sin derecho a que el asegurado tenga reclamación alguna contra la Compañía.

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

MODIFICACIONES: Todas las modificaciones o Endosos a esta póliza deberán ser firmados por un funcionario autorizado de La Compañía.

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



ASEGURADORA ANCÓN, S.A.

(Firma de Asegurado y/o Contratante)

BENEFICIO DE AMBULANCIA MÁS VIDA

Como beneficio adicional a nuestras pólizas, hemos incorporado el Servicio de ambulancia **Más Vida**, la cual brinda a todos nuestros asegurados y sus dependientes en la comodidad de su hogar las siguientes coberturas:

Urgencia por accidente	Copago B/. 0.0
Urgencia Crítico Detallada	Copago B/. 0.0
Consulta Médica Programada en el domicilio	Copago B/. 10.00

En los casos que sea necesario, se realizará el traslado al centro médico que por su ubicación geográfica resultará más conveniente, según la gravedad del caso.

Inyectables Domiciliarios – Con orden del médico tratante y el medicamento a inyectar. El costo de este servicio es de **B/.10.00 por** cada inyectable.

Electrocardiograma Domiciliario – Cuando no sea producto de una atención de emergencia. Se deberá tener la orden del médico tratante o de cabecera. Costo **B/.40.00**.

Laboratorios De Análisis Clínicos – El radio operador dispone de todos los precios de los distintos análisis clínicos. Se realiza la extracción, el traslado de la muestra al laboratorio y entrega de resultados. El costo debe ser pagado, una vez realizada la extracción por el paramédico de la unidad.

Cambios De Sondas (Domiciliarias) – Cuando el asegurado necesite un cambio de sonda, deberá solicitarlo a la central telefónica. Cambio de sonda vesical **\$30.00** (incluye sonda).

Curaciones sencillas en domicilio **\$20.00** (no incluye curación de úlceras).

Enfermera Domiciliaria – Curaciones de heridas, cortar puntos de una herida, regulaciones de goteo, colocación de venoclisis, enema etc. Se deben solicitar los precios de cada uno de estos servicios, al radio operador de turno en la central de emergencias.

Inhaloterapia – Para aquellos pacientes asegurados que lo soliciten, se ofrece este servicio con un costo de **B/. 20.00** por sesión. (El cliente suministra el medicamento con su receta).

Radio de Operación: El área geográfica de cobertura se limita a Ciudad de Panamá de la siguiente manera

Al norte: en el área de Las Cumbres (Puente Don Bosco límite con Chilibre)

Al este: hasta 24 de diciembre (Mega Mall)

Hacia el oeste hasta Arraijan (Panamá Pacífico). Ciudad La Chorrera: Arraiján (Panamá Pacífico) hasta límite con Capira (Puente Perequeté).

Ciudad Colón: Área Metropolitana (incluyendo Zona Libre y puertos) y por la Vía Boyd Roosevelt hasta la entrada de Sabanitas.

Coronado: Entrada de Punta Chame hasta San Carlos (Las Uvas).

Todos los servicios deben ser solicitados a la central de emergencia **226-1222 / 6210-5652** y deben ser pagados al paramédico de la unidad, una vez finalizados los mismos.

EL ASEGURADO


ASEGURADORA ANCON, S.A.