

HEALTH TRUST
COBERTURA INTERNACIONAL - VN
PLAN III - CONVERSION

SECCION II – SEGURO DE SALUD

**BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS PARA EL ASEGURADO
Y SUS FAMILIARES DEPENDIENTES**

SECCION CON CUADRO

BENEFICIOS AL 100% UTILIZANDO LA RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS

Urgencias por Accidente - Máximo por evento	Local 100% de los cargos elegibles Internacional 2,500.00 Excesos al 80% después del deducible
Honorarios por Cirugías - dentro y fuera del hospital	100% de los cargos elegibles Tabla McGraw Hill
Anestesiólogos	100% de los cargos elegibles
Visitas Médicas en el Hospital	100% de los cargos elegibles
Ambulancia aérea local - Máximo por evento	1,000.00
Ambulancia terrestre local – Máximo por evento	100.00

BENEFICIOS AL 100% UTILIZANDO LA RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS

Gastos de hospitalización basados en una “Cantidad Diaria” pagadera directamente al Proveedor, la que incluye Cuarto y Alimentos Privado, Gastos Especiales y Unidad de Cuidado Intensivo.

CO-PAGOS

Los tres primeros días de hospitalización – Por evento	200.00
Este co-pago aplica de igual manera para Centro Médico Paitilla y Hospital Punta Pacífica	
Del cuarto al décimo día de hospitalización - Por cada día	50.00
Los gastos de hospitalización, del onceavo día en adelante, se reembolsarán de acuerdo a los beneficios de la Sección Sin Cuadro.	
Gastos de Hospital por Cirugía Ambulatoria – Por evento	100.00
Uso del Cuarto de Urgencia por Enfermedad Crítica *– Por evento	25.00
Máximo de cinco (5) urgencias por año calendario.	
Máximo por evento local \$500.00	
Máximo por evento internacional \$2,500.00	

Excesos de estas cantidades y diagnósticos no incluidos en el listado se cubrirán al 80%, después de cubierto el deducible.

* Enfermedades Críticas que aplican al beneficio.

Cólico Renal
Cólico Hepático
Episodios de Angina de Pecho
Infarto Agudo del Miocardio o Insuficiencia Coronaria
Embolias Pulmonares
Ataque Agudo de Asma Bronquial,
Estados de Pérdida de Conocimiento o de Obnubilación y/o Desorientación súbita
Reacción Alérgica Aguda o Anafiláctica
Hemorragias de todo tipo, incluyendo ginecológicas y obstétricas (si aplica).
Vómitos y Diarreas severas con o sin deshidratación,
Dolor abdominal agudo,
Convulsiones,
Estado de Shock
Retención Aguda de Orina
Fiebre Alta en la Infancia

Rayos X y Laboratorios ambulatorios - Local

Co-pago de 30%
Hasta un máximo anual de \$500.00.
El exceso se cubrirá al 80% después del deducible.

Consultas Externas – Local

20.00

MATERNIDAD COMO CUALQUIER OTRA INCAPACIDAD

Aplica para la asegurada o cónyuge dependiente, no cubre a hijas dependientes. Los gastos serán elegibles siempre y cuando la concepción ocurra después de 12 meses de cobertura.

Cobertura Local e Internacional – Fuera del PTY y CA
Máximo de- 5,000.00

Solo con los Proveedores de Red PALIC y Preautorizada.

Incluye consultas, 2 ultrasonidos, laboratorios, vitaminas hospitalización y gastos del Recién Nacido Sano, de acuerdo a los co-pagos y coaseguros establecidos.

Enfermedades Congénitas del Recién Nacido, Cuidado Crítico Neonatal y Bebé Prematuro, “solo para niños cuyo nacimiento esté amparado por los términos de la póliza y se hayan cubierto los gastos de maternidad de la madre”. Máximo \$30,000.00 al 80% después del deducible.

BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS

SECCION SIN CUADRO

Beneficio Máximo:

Hasta cumplir los 74 años de edad, Máximo Anual Renovable	500,000.00
Al cumplir el asegurado los 75 años de edad, Máximo Vitalicio	250,000.00
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	15% del Beneficio Máximo *
Máximo por año 5,000.00	
Máximo por Trasplante de Órganos	50% del Beneficio Máximo *

* Estas sumas se descuentan del Máximo Anual Renovable- Hasta los 74 años. De 75 en adelante del Máximo Vitalicio.

Deducible por año Calendario:

Panamá y Centroamérica	1,000.00
Fuera de Centroamérica	2,000.00
Deducibles Opcionales	
Panamá y Centroamérica	2,500.00 / 5,000.00
Fuera de Centroamérica	5,000.00 / 10,000.00

Límite de Coaseguro -Aplicable solamente a gastos de hospitalización y Honorarios Médicos por Año Calendario.

Panamá, Centroamérica, Colombia y Venezuela	1,000.00
Fuera de Panamá, Centroamérica, Colombia y Venezuela	2,000.00
Deducibles Opcionales:	
Panamá, Centroamérica, Colombia y Venezuela	2,500.00 / 5,000.00
Fuera de Panamá, Centroamérica, Colombia y Venezuela	5,000.00 / 10,000.00

Límite de Coaseguro -Aplicable solamente a gastos de hospitalización y Honorarios Médicos por Año Calendario.

Panamá, Centroamérica, Colombia y Venezuela	5,000.00
Fuera de Panamá, Centroamérica, Colombia y Venezuela	10,000.00

Cargo Diario de Hospital por Cuarto y Alimento Privado

	<u>Máximo</u>
Panamá	150.00
Estados Unidos y otras regiones	400.00
Unidad de Cuidados Intensivos – Panamá, y otras regiones	800.00
Ambulancia Aérea Internacional	15,000.00
	Al 80% después de completar el deducible.
Hospitalizaciones como paciente internado a partir del onceavo día en adelante en Panamá.	Se reembolsarán al 80% después de completar el deducible. Aplica el Límite de Coaseguro.
Consultas Externas – Fuera de Panamá	Se reembolsarán al 80% después de completar el deducible.
Medicinas recetadas a pacientes no hospitalizados	Se reembolsarán al 80% después de completar el deducible.

**EXAMENES PREVENTIVOS
(Reembolso de Acuerdo a Beneficios)****Para niños hasta los 6 años de edad cumplidos.**

Consultas de control, máximo 6 consultas al año	
Máximo por cada consulta	30.00
Vacunas reglamentarias por el Ministerio de Salud, obligatorias en citas de control.	

Costo de Vacunas Máximo

• BCG (Tuberculosis)	10.00
• DPT (DIFTERIA, Tosferina, Tétano)	10.00
• MMR o SPR (Sarampión, Rubéola, Paperas)	25.00
• Polio (Poliomielitis)	10.00
• Hepatitis A	30.00

• Hepatitis B	25.00
• Hibtiter (Meningitis)	30.00
• Varicela	75.00
• Pentavalente (Difteria, Tétanos, Tos ferina, Meningitis por Haemophilus Tipo B y Hepatitis B).	55.00
Control anual con Ginecólogo y Papanicolau	38.00
Mamografía anual a partir de los 40 años.	40.00
Control anual con Urólogo	30.00
Examen del Antígeno Prostático a partir de los 40 años.	22.00

Coberturas Especiales Incluidas

*Hijos asegurados como dependientes menores de 25 años de edad o que contraigan nupcias, tienen derecho a cobertura automática como asegurado principal de solicitar la cobertura dentro de un período de 90 días. Dependientes embarazadas no son elegibles.

*En caso de fallecimiento del Asegurado Principal, se concederá continuidad de seguro para los familiares dependientes elegibles durante 12 meses a partir de la fecha del fallecimiento sin costo.

*Cobertura oftalmológica limitada con máximo anual de 100.00

(Aplica solo para asegurado principal) Los gastos deberán ser incurridos después de transcurridos dos años de haber estado asegurado. Se excluyen lentes de sol o con fines cosméticos.

Esta cobertura se reembolsará al 80% después de completar el deducible.

*Se incluye cobertura para hijos dependientes, estudiando en el extranjero.

Se cubrirán los gastos por o relacionados con los siguientes tratamientos o procedimientos bajo la sección de Gastos Médicos Mayores Comprensivo al 80% luego de satisfecho el deducible correspondiente:

- Hemodinámica
- Cardiovasculares (quirúrgicas)
- SIDA
- Transplantes
- Trauma mayor
- Cáncer
- Exámenes de Resonancia Magnética.
- Columna Vertebral (quirúrgicas)
- Neuroquirúrgicas
- Renales (diálisis)
- Gran Quemado
- Congénitas (siempre que el menor nazca en la póliza)
- UCI (unidad de cuidados intensivos)
- En la sección "Con cuadro" sólo se cubren gastos dentro de la Red que utiliza Pan American Life; de lo contrario, el asegurado deberá pagar el total de los gastos y posteriormente presentará su reclamación para reembolso, de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados.
- Para la cobertura internacional se debe utilizar la Red que utiliza Pan American Life a nivel mundial; Los gastos serán reembolsados al 80% de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados del lugar donde se incurre el gasto después de cubierto el deducible. De no utilizarse la Red que indique Pan American Life, los gastos elegibles serán reembolsados al 50% después de cubierto el deducible. Se incluye cobertura para hijos dependientes estudiando en el extranjero. El asegurado deberá pagar el total del gasto y posteriormente presentará su reclamación para reembolso.
- **No se pagará ningún beneficio por gastos incurridos por servicios o atención médica, en cualquier país que se encuentre bajo un embargo económico autorizado y reconocido por una organización de gobierno mundial o por el gobierno de los Estados Unidos.**
- El cambio de un plan a otro podrá efectuarse bajo las siguientes condiciones:

De un plan de mayor cobertura a uno de menor cobertura, no será necesaria la presentación de pruebas de Asegurabilidad y posteriormente no podrá optar a una cobertura mayor. Dicha solicitud se hará por escrito únicamente en el aniversario de cobertura del asegurado.

De un plan de menor cobertura a uno de mayor cobertura, será necesaria la presentación de nueva prueba de Asegurabilidad, para él y sus familiares dependientes.

ESTIPULACIONES DE ELEGIBILIDAD APLICABLES AL ASEGURADO PRINCIPAL Y A SUS FAMILIARES DEPENDIENTES

CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD

Plan 1 – Personas Naturales panameñas, menores de sesenta y cinco (65) años de edad y sus Familiares Dependientes elegibles que residan en la República de Panamá.

Plan 2 – Personas naturales panameñas y extranjeras menores de sesenta y cinco (65) años de edad y sus Familiares Dependientes elegibles que residan en la República de Panamá.

El Asegurado Principal y su cónyuge legítimo o compañero permanente que sea menor de sesenta y cinco (65) años de edad, en la fecha efectiva de la cobertura.

Hijos Familiares Dependientes solteros, (lo cual incluye a un hijastro o niño adoptado legalmente), cuyas edades sean entre los catorce (14) días de nacido y diecinueve años (19) de edad, en la fecha efectiva de la cobertura hasta los veinticinco (25) años de edad si es un Familiar Dependiente estudiante de tiempo completo y sujeto a la verificación de la Compañía.

Hijos Asegurados como Familiares menores de los veinticinco (25) años de edad o que contraigan nupcias, tienen derecho a cobertura automática como Asegurado principal, solicitando esta cobertura dentro de un periodo de noventa (90) días, desde la fecha del cambio en su status. Hijas Dependientes embarazadas no son elegibles.

Cobertura especial para Recién Nacidos: Solo para niños nacidos, mientras esta Póliza esté en vigor y que se hayan cubierto los gastos de maternidad de la madre. El (los) hijo(s) recién nacido(s) del Asegurado principal estará(n) sujeto(s) a esta cobertura, con un límite máximo de responsabilidad de la Compañía de acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Seguro. Por gastos hospitalarios y honorarios médicos incurridos antes de salir del hospital, de acuerdo a lo siguiente:

- Como consecuencia de enfermedad contraída después del nacimiento.
- Condiciones congénitas anormales en el recién nacido.
- Por parto prematuro.
- Cuidado crítico neonatal

Para incluir a los recién nacidos cuyos gastos de nacimiento hayan sido cubiertos por la cobertura de maternidad de la madre, se requiere presentar una Solicitud o Formulario de Enrolamiento a más tardar dentro de los treinta (30) días contados a partir de la fecha de su nacimiento, y su fecha efectiva será a

partir del catorceavo (14) día, si pasados los treinta (30) días no se ha recibido el Formulario de Enrolamiento, se requerirá la presentación de Pruebas de Asegurabilidad y la fecha efectiva de la inclusión será la fecha en la cual la Compañía lo determine.

Los recién nacidos cuyos gastos de nacimiento no hayan sido cubiertos por la cobertura de maternidad de la madre, serán elegibles a partir del catorceavo (14) día de nacido, presentando las Pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Compañía y su seguro entrará en vigor en la fecha en que la Compañía lo determine.

Cada Asegurado y sus Familiares Dependientes serán elegibles para participar en el seguro, presentando a la Compañía una Solicitud o Formulario de Enrolamiento y Prueba de Asegurabilidad, debidamente completado con información satisfactoria a la Compañía, sin costo para ésta. Dicho seguro entrará en vigor en la fecha en que la Compañía lo determine. La cobertura será efectiva el primer día del mes siguiente de la fecha de aprobación.

No serán elegibles Asegurados o Familiares Dependientes que se encuentren hospitalizados o incapacitados en la fecha de vigencia de la cobertura.

Toda declaración falsa, fraudulenta o equivocada, omisión de información en la Solicitud o Formulario de Enrolamiento y Prueba de Asegurabilidad de un Asegurado principal, cónyuge elegible o hijo elegible, que hubiese podido influir de modo directo en la existencia o condiciones de esta Póliza, dará derecho a la Compañía a negar cualquier reclamo presentado y la terminación de la cobertura a partir de la fecha en que la Compañía tenga conocimiento de ese hecho para esa persona, sin perjuicio de las acciones legales que permita la Ley.

Cuando dichas declaraciones u omisiones provengan del Asegurado principal, la cobertura del seguro terminará para el mismo y sus Familiares Dependientes bajo la misma, a partir de la fecha en que la Compañía tenga conocimiento de ese hecho, sin perjuicio de las acciones legales que permita la Ley.

FECHA EFECTIVA DE LA COBERTURA

Para el Asegurado Principal y/o Cónyuge Elegible y/o el (los) Hijo(s) Elegible(s), cuando hayan cumplido los siguientes requisitos:

1. Que hayan completado correcta, honestamente y por escrito la Solicitud o Formulario de Enrolamiento y Prueba de Asegurabilidad diseñado y aprobado por la Compañía y que cumpla con los requisitos. Que adjunten cotización firmada, copia de cédula de identidad personal o copia de pasaporte, en caso de que sean extranjeros.
2. Que se haya(n) pagado por adelantado y en las oficinas de la Compañía la(s) prima(s) que ésta requiera;
3. Que la Compañía haya aprobado la(s) solicitud(es), emitido el (los) Certificado(s) del seguro correspondiente(s) y entregado dicho(s) certificado(s) al Asegurado Principal.

OPCIONES DE CONTINUIDAD

Solicitantes y sus familiares dependientes elegibles, que tengan cobertura de salud individual o colectiva, deben presentar examen médico y análisis de orina, sujetos a evaluación de la Compañía y que cumplan los requisitos de elegibilidad. El costo de los exámenes deberá ser asumido por el solicitante al igual que cualquier examen adicional requerido.

TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

La cobertura del Asegurado principal y sus Familiares Dependientes quedará terminada por cualquiera de las siguientes razones:

- a) La fecha en que cesen los pagos de primas
- b) Por muerte del Asegurado
- c) En el caso de que el Asegurado principal fallezca, su cobertura para Familiares Dependientes podrá continuar por un período de doce (12) meses sin pago de prima. Posterior a estos doce (12) meses de cobertura, el seguro podrá continuar de aquí en adelante, mediante el pago completo de la prima, sujeto a las siguientes condiciones:
 - Que al momento del fallecimiento, el Asegurado principal estuviera asegurado con sus dependientes pagando la tarifa respectiva.
 - El Asegurado principal y sus familiares dependientes deberán haber estado asegurados como mínimo durante un año en la Póliza.
 - Si un dependiente deja de ser elegible como tal, de conformidad a los términos de la Póliza, su cobertura termina.
- d) Por vencimiento del período de gracia
- e) En la fecha de terminación de esta Póliza.
- f) Cuando todas las pólizas que tengan este número de formulario sean terminadas y se le envíe a los Asegurados un aviso de cancelación por lo menos con sesenta (60) días de anticipación a la fecha de terminación deseada. Tal aviso será enviado a la última dirección conocida por Pan American Life Insurance de Panamá, S.A. y un reembolso a prorrata de la prima no devengada será emitido.
- g) Si el Asegurado Principal deja de informar o describir correctamente cualquier numeral de la Solicitud o Formulario de Enrolamiento y Prueba de Asegurabilidad sobre una condición o tratamiento médico, que pudiera afectar su elegibilidad, la de su cónyuge o hijos Familiares Dependientes, bajo este Plan. Dicha terminación se aplicará a la persona de la cual nosotros recibimos información incorrecta y será retroactiva a la fecha inicial de cobertura.
- h) Por abuso, fraude, estafa en la utilización de los beneficios de esta Póliza.
- i) Cuando el Asegurado o sus Familiares Dependientes dejan de ser residentes de la República de Panamá.
- j) Cuando los Familiares Dependientes dejan de ser elegibles para la cobertura.

BENEFICIOS DE SEGURO DE VIDA APLICABLES AL ASEGURADO PRINCIPAL

El importe del Seguro de Vida en vigor, a nombre del Asegurado Principal, será pagado al beneficiario en caso de fallecer dicho Asegurado en cualquier momento en que se halle Asegurado bajo este Póliza, salvo que el Asegurado cometiere suicidio, ya sea en estado de cordura o locura, dentro de un período de dos (2) años siguientes a la fecha de emisión de su seguro bajo este Póliza.

DESIGNACIÓN DEL BENEFICIARIO

El seguro de Vida de un Asegurado será pagadero a su muerte, a la persona designada por él como su beneficiario en un formulario suministrado por la Compañía.

Cualquier Asegurado, mientras se halle Asegurado con este documento, puede cambiar de beneficiario de tiempo en tiempo, sin tener que notificar a dicho beneficiario ni obtener su consentimiento, sino solo presentar la notificación escrita con tal fin en un formulario suministrado por la Compañía.

El reconocimiento de haber efectuado el cambio de que se trata, se lo suministrará la Compañía al Asegurado para que sea agregado al Certificado de aquel. Dicho cambio entrará en vigor desde la fecha en que el Asegurado firme el aviso escrito de cambio, ya sea que tal Asegurado viva o no en la fecha del referido reconocimiento, todo lo cual deberá llevarse a cabo sin detrimento alguno a la Compañía, en lo que respecta a cualquier pago efectuado antes de haber sido recibido dicho aviso escrito.

En caso de haberse designado a más de un beneficiario y de que el Asegurado haya dejado de especificar en tal designación el derecho de tal beneficiario y en ese caso la parte que le correspondía a él será pagada en porciones iguales a aquellos beneficiarios que sobrevivan al Asegurado. De no vivir ningún beneficiario al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, el pago correspondiente les será efectuado en una sola cantidad a los albaceas o administradores legales de la sucesión del Asegurado, formalmente constituidos y en todo caso acatando la orden del Juez competente.

BENEFICIO DE GASTOS MEDICOS APLICABLES AL ASEGURADO Y A SUS FAMILIARES DEPENDIENTES

CLAUSULA DE ASEGURAMIENTO

La cobertura de los Beneficios de Gastos Médicos será Relacionada con la Ocupación o No para el Asegurado y sus Familiares Dependientes.

Los beneficios de Gastos Médicos, tal como se define más adelante, consistirán de una cantidad para los Gastos Médicos incurridos por un individuo Asegurado durante un Año Civil. Tal cantidad de Beneficios de Gastos Médicos será igual al porcentaje de reembolso indicado en el Cuadro de Seguro, multiplicado por el exceso de tales Gastos Médicos sobre la suma deducible aplicable a tal año Civil. La cantidad total de los Beneficios de Gastos Médicos no deberá exceder el Máximo de por Vida de cualquier individuo Asegurado (ya sea que haya habido o no alguna interrupción en la continuidad del seguro de un individuo bajo esta Póliza y ya sea que el individuo haya estado o no cubierto bajo esta Póliza alguna vez como Asegurado y otra vez como dependiente) como se indica en el Cuadro de Seguro.

Cualquier asegurado a quien se le haya pagado el veinticinco (25%) de su Máximo Vitalicio, podrá solicitar la restauración de dicho máximo, mediante la presentación de un examen médico (pagado por el Asegurado) y cualquier otro examen adicional solicitado por la Compañía Aseguradora.

ANULADO

DEFINICIONES APLICABLES A LOS BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS

ACCIDENTE

Se refiere a un suceso imprevisto, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecten al organismo del Asegurado, provocándole lesiones que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyendo asimismo el ahogamiento y asfixia, torceduras y desgarramientos producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean a consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efectos de contusiones. Esta condición médica requiere atención inmediata dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al suceso.

ANOMALIA CONGENITA

Se refiere a una enfermedad o trastorno existente en o desde el nacimiento que haya sido diagnosticada médicamente o no en ese momento o que haya sido diagnosticada o tratada durante el crecimiento y proceso del desarrollo hasta la adultez.

AÑO CALENDARIO O AÑO CIVIL

Se refiere al período comprendido entre el 1ro. de enero al 31 de diciembre, de cualquier año.

BENEFICIARIO

Es la persona(s) designada por el Asegurado que al momento de su fallecimiento recibirá el importe del seguro de vida.

COASEGURO

El porcentaje de los gastos elegibles después de haber cubierto el deducible que es asumido por el Asegurado.

COMPAÑÍA

Se refiere a la Aseguradora que respalda la o las coberturas ofrecidas en esta Póliza.

CONDICIONES MÉDICAS PREEXISTENTES

Se refiere a cualquier condición o síntoma, lesión, enfermedad diagnosticada o no al momento de tomar el seguro, incluyendo embarazo de un Asegurado:

La cual estaba presente en la fecha en que se hizo vigente la cobertura del Asegurado bajo esta póliza (incluyendo la fecha de concepción en el caso de embarazo), sin tener en cuenta que el Asegurado tenía o no conocimiento de que tales síntomas pudieran estar relacionados con tal condición o enfermedad; o Aquella condición que según la experiencia médica indique que tal condición inició antes de la fecha efectiva del seguro, aunque esta haya sido asintomática.

La Compañía no pagará beneficios y no se acumularán para el deducible indicado en el Cuadro de Seguro por ningún gasto causado o que se deba a, o que resulte de una condición pre-existente.

Cualquier omisión de no haber revelado o descrito con certeza una condición médica o tratamiento podrá ser causal de terminación de la cobertura.

CONTRATANTE

Se refiere a la persona que celebra esta Póliza de Seguro con la Compañía y sobre la cual recae la obligación del pago de prima.

CO-PAGO

Pago parcial asumido por el Asegurado antes de recibir los beneficios y servicios descritos cuando utiliza los proveedores médicos registrados de la red.

CUARTO PRIVADO

Una habitación del hospital en la que se contempla la hospitalización de un solo paciente y para la cual el hospital aplica su tarifa de Cuarto Privado.

CUARTO SEMI-PRIVADO

Una habitación del hospital en la que se contempla la hospitalización de dos pacientes y para la cual el hospital aplica su tarifa de cuarto Semi-privado.

DEDUCIBLE

Son los primeros gastos médicos incurridos por el Asegurado que no son reembolsables por la Compañía.

DEDUCIBLE AÑO CALENDARIO

Se refiere a la cantidad aplicada a cada individuo Asegurado como su responsabilidad, una vez por cada año desde el primero de enero al 31 de diciembre del mismo año.

DIAGNÓSTICO CLINICO

Se refiere al reporte emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica completa del paciente, todos los exámenes físicos y de laboratorio efectuados y confirmados con el examen histopatológico o citológico.

ENFERMEDAD

Se refiere a cualquier alteración de la salud cuyo origen sea posterior a la vigencia de esta Póliza y que resulte de la acción de agentes patógenos de origen interno o externo, con relación al organismo y que conlleve un tratamiento médico o quirúrgico.

FAMILIAR DEPENDIENTE

El cónyuge legítimo o compañero permanente registrado en la Compañía o el hijo o hijos solteros de un Asegurado (lo cual incluye a un hijastro o hijo adoptado legalmente), cuyas edades sean entre los catorce (14) días de nacido y los diecinueve (19) años de edad y hasta los veinticinco (25) años si es estudiante de tiempo completo en un colegio acreditado o en una Universidad y dependan del Asegurado para su ayuda y sostenimiento.

FECHA DE VIGENCIA DEL SOLICITANTE

Se refiere a la fecha del comienzo del seguro, siendo la misma, la fecha de emisión de la cobertura nombrando al solicitante como Individuo Asegurado.

GASTOS MEDICOS:

Se refiere a los gastos razonables y necesarios para atención y servicios médicos que no están excluidos del pago de beneficios bajo esta cobertura, que son ordenados por un médico legalmente autorizado a ejercer la medicina (con excepción de un médico cuya licencia limita su práctica a una o más ramas específicas)

las cuales están descritas en la estipulación de inclusiones y limitaciones de esta Póliza.

HOSPITAL

Se refiere a una institución organizada de acuerdo con la ley del país de que se trate, que cuenta con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios a sus pacientes, con facilidades médicas, diagnósticas y quirúrgicas para el cuidado y tratamiento de las personas enfermas y lesionadas que se encuentren hospitalizadas durante las veinticuatro (24) horas del día y bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras graduadas. En ningún caso el término Hospital significará una institución que esté especialmente dedicada a casa de reposo, de convalecencia, de ancianos, o de tratamiento, rehabilitación de adicciones a drogas y de alcoholismo.

HOSPITALIZACIÓN

Se refiere al internamiento del Asegurado en un hospital por un período mínimo de veinticuatro (24) horas por motivo de una enfermedad o accidente, bajo el cuidado y atención correspondiente de un médico tratante.

INCAPACIDAD TOTAL

Se define como la incapacidad del individuo Asegurado como resultado de lesión corporal o enfermedad que lo imposibilita total y continuamente para desempeñar cualquier clase de trabajo, o a cualquier otro negocio u ocupación, ya sea con fines de remuneración o utilidad.

INDIVIDUO ASEGURADO

Se refiere a cualquier Asegurado Principal y su núcleo familiar dependiente asegurable según las condiciones de esta Póliza al cual estas estipulaciones de Beneficios de Gastos Médicos Mayores son aplicables.

LESION

Se refiere al daño corporal accidental sufrido durante la vigencia de esta Póliza como consecuencia de un accidente.

MAXIMO VITALICIO

Límite de responsabilidad de la Compañía con cada Asegurado mientras esta Póliza este vigente el cual se muestra indicado en el Cuadro de Seguro.

MEDICO

Persona que posee licencia legal para ejercer la medicina y/o practicar la cirugía y que no sea el Asegurado, ni ningún miembro de la familia del Asegurado.

MEDICO ESPECIALISTA

Médico legalmente autorizado para ejercer la medicina y cirugía, con especialidad en una rama determinada.

PERIODO DE ESPERA

Se refiere al lapso requerido para lograr la elegibilidad a la cobertura.

POLIZA

Se refiere al presente Contrato de Seguro, con sus condiciones generales, incluyendo sus presentes anexos y aquellos anexos y endosos que sean emitidos posteriormente por la Compañía, así como la Solicitud del Contratante y el Certificado Individual.

PRE-CERTIFICACION

Mecanismo a través del cual la Compañía autoriza hospitalizaciones y procedimientos especiales de diagnóstico no rutinario, elevados en costos y que involucran gran tecnología, ya sea que requieran internamiento hospitalario o no y que no sean por urgencia.

PRIMA

Se refiere a la cantidad de dinero especificada en la Solicitud de Seguro y en esta Póliza, que debe pagar el Asegurado, necesaria para cubrir los beneficios que amparan esta Póliza.

PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD

Se refiere al formulario requerido por la Compañía por el cual puede evaluar la conveniencia de ofrecer un beneficio o cobertura al solicitante.

RED DE PROVEEDORES MEDICOS DE LA COMPAÑÍA

La agrupación de todos los proveedores de servicios médicos que se han comprometido a suministrar servicios al Asegurado, a cambio de un honorario establecido entre ellos y la Compañía.

SEGUNDA OPINION

Evaluación médica realizada por un especialista autorizado por la Compañía, con el propósito de confirmar el diagnóstico y procedimiento indicado por el primer médico tratante. Siempre será requerido, en caso de procedimientos quirúrgicos electivos (no de urgencia).

SERVICIOS MEDICOS AMBULATORIOS

Se refiere a aquellos servicios médicos recibidos como paciente externo no hospitalizado.

SOLICITUD DE SEGURO

Se refiere al formulario proporcionado por la Compañía al interesado, para solicitar la cobertura de todo beneficio.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Es una sección especial segregada de un hospital, en la que los pacientes son atendidos por razón de una enfermedad grave, usualmente sin tomar en cuenta el diagnóstico, con técnicas y equipos especiales para salvar vidas, regular e inmediatamente disponibles dentro de dicha unidad; los pacientes están bajo continua observación de un cuerpo de enfermeras especialmente entrenadas y seleccionadas para el cuidado de este tipo de pacientes. La unidad se mantiene funcionando continuamente en vez de intermitente o temporalmente.

URGENCIA

Significa todo caso con condición médica o quirúrgica aguda, de aparición inesperada, súbita, debido a evolución galopante, que pone en peligro la vida o el bienestar físico del individuo, afectando cualquiera de sus funciones importantes. La Compañía reconocerá bajo esta cobertura los gastos médicos por atención en el Cuarto de Urgencia de un Hospital, únicamente por los siguientes casos:

A-Urgencias por Enfermedad:

Atenciones en casos agudos de: Cólico Renal, Cólico Hepático, Episodios de angina de pecho, infarto agudo del miocardio o insuficiencias coronarias, embolias pulmonares, ataque agudo de asma bronquial, estados de pérdida de conocimiento o de obnubilación y/o desorientación súbita, reacciones alérgicas agudas o anafilácticas, hemorragias de todo tipo, incluyendo obstétricas y ginecológicas, (si la asegurada o dependiente es elegible a este beneficio), vómitos y diarreas severas con o sin deshidratación, dolor abdominal agudo, convulsiones, estado de shock, retención aguda de orina, fiebre alta en la infancia (niños menores de seis (6) años de edad).

B-Urgencias por Accidente:

Atención por lesiones corporales accidentales dentro de las primeras veinticuatro (24) horas.

VISITA MEDICA O CONSULTA

Una entrevista o tratamiento personal entre el Asegurado y un médico en su consultorio o en el Hospital, pero excluyendo llamadas telefónicas u otro medio de comunicación, en el cual el médico no vea y examine personalmente al Asegurado.

INCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LA SECCION CON CUADRO DE LOS BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS

La Compañía reconocerá como elegibles los siguientes gastos médicos necesarios, razonables y acostumbrados:

1. La Cantidad Diaria de reembolso, según se especifica en el Cuadro de Seguro de esta Póliza cubrirá los servicios y beneficios ofrecidos por un hospital a un Asegurado, mientras se encuentre recluido en el mismo.

- a) Habitación según indicado en el Cuadro de Seguro
- b) Comidas regulares o especiales prescritas médicamente
- c) Uso de la Sala de Cirugía
- d) Uso de la Sala de Parto
- e) Uso de la Sala de Recuperación
- f) Servicios generales de enfermeras profesionales
- g) Medicinas, productos biológicos y materiales de anestesia
- h) Servicios clínicos de laboratorios, **exceptuando aquellos sin recomendación médica.**
- i) Servicios de radiografías, **exceptuando aquellos realizados sin recomendación médica.**
- j) Electrocardiogramas, **exceptuando aquellos realizados sin recomendación médica.**
- k) Citología realizada por un patólogo profesional, empleado del hospital.
- l) Terapia física practicada por un fisioterapeuta profesional empleado del hospital.
- m) Uso de cualesquiera otras facilidades, equipos y materiales que sean usualmente Suministrados por el hospital y que hayan sido ordenados por el Médico. **Se excluyen materiales, protésicos y ortopédicos y otros gastos por equipos y materiales que se encuentren excluidos en la estipulación titulada Limitaciones bajo esta Póliza.**
- n) **Ningún gasto médico será cubierto por cargos en exceso a las tarifas de proveedores médicos de la Sección con Cuadro, ni en exceso de las tarifas usuales y acostumbradas para la Sección sin Cuadro.**

2. Servicios ambulatorios ofrecidos por el hospital a un Asegurado de acuerdo al monto indicado en el Cuadro de Seguro.

- a) Gastos de Hospital por el uso de la Sala de Urgencia y servicios ofrecidos por su equipo médico y enfermeras profesionales.
- b) Gastos de hospital por servicios de Radiografías y Laboratorios para Diagnóstico en la Sala de Urgencia.
- c) Gastos de Hospital por el uso de la Sala de Cirugía así como por equipo y materiales requeridos por el médico cirujano o asistente.

3. Servicios de Atención Médica Hospitalaria y Servicios de Cirugía

- a) Gastos por tratamiento médico suministrados durante la hospitalización por un médico

legalmente autorizado a ejercer la medicina.

b) Gastos por Servicios profesionales de un Cirujano

c) Gastos por Servicios profesionales de un Anestesista.

4. Servicios de ambulancia aérea (previa autorización de la Compañía) y terrestre local, desde el lugar donde se contrae la enfermedad a un hospital equipado para proporcionar tratamiento especial para dicha enfermedad, de acuerdo al monto indicado en el Cuadro de Seguro.

INCLUSIONES DE LA SECCION SIN CUADRO DE LOS BENEFICIOS DE GASTOS MEDICOS.

La Sección Sin cuadro contempla los siguientes beneficios, los cuales serán aplicados bajo esta sección, siempre que no sean elegibles para ser aplicados bajo la Sección Con Cuadro de acuerdo a las condiciones indicadas en el Cuadro de Seguro.

1. Gastos de hospital, como aquí se describe, pero la cantidad que se cuenta por día por gastos de cuarto y alimentos y cuidados generales de enfermeras no deberá ser mayor que la cantidad del gasto diario elegible para cuarto y alimentos tal como se indica en el Cuadro de Seguro.

Los gastos abajo indicados siempre que estos no estén incluidos en el numeral (1) arriba señalado:

2. Gastos por tratamiento médico suministrado por un médico legalmente autorizado a ejercer la medicina;

3. Gastos por procedimientos quirúrgicos realizados por un cirujano legalmente autorizado a ejercer la medicina;

4. Gastos por atención suministrada por enfermeras tituladas que no tengan ningún grado de parentesco con el Asegurado y que no vivan en la casa de dicho Asegurado.

5. Gastos por tratamientos suministrados por un radiólogo o un fisioterapeuta y por exámenes de laboratorio hechos para diagnóstico o tratamiento;

6. Gastos por aplicación de anestesia suministrada por un médico o un anestesista profesional;

7. Gastos por transporte del individuo Asegurado en servicio de ambulancia profesional, del lugar donde se contrae la enfermedad a un hospital equipado para proporcionar tratamiento especial para dicha enfermedad, de acuerdo al monto indicado en el Cuadro de Seguro.

8. Gastos por el suministro hecho por cualquier otra persona o establecimiento de lo indicado a continuación: Sangre o plasma, miembros y ojos artificiales, yeso, tablilla, braguero, oxígeno y alquiler del equipo necesario para su aplicación; equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria; drogas o medicinas recetadas por un médico y que sean suministradas por un médico o farmacéutico autorizado para ello.

9. Gastos por tratamientos del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), sus complicaciones o cualquier desorden relacionado, enfermedad o síntomas, limitados hasta la cantidad indicada en el Cuadro de Seguro.

10. Gastos elegibles que requieren Pre-Certificación Médica y Segunda Opinión Quirúrgica y que no cumplan con lo indicado en dicha estipulación, serán Limitados a 50% de los cargos razonables y acostumbrados por todos los servicios cubiertos que requieran o no internamiento hospitalario incluyendo los honorarios médicos.

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES

Excepto como se indica a continuación, la Compañía no pagará beneficios y los cargos no se acumularán hacia ningún deducible indicado en el Cuadro de Seguro de esta Póliza, por ningún gasto causado por o que se deba a, o que resulte de:

1. Una condición pre-existente, definida como toda enfermedad, lesión o condición por la cual una persona cubierta tuvo advertencia médica o consultó a un médico, recibió tratamiento médico, servicios o suministros, se ha hecho o le recomendaron exámenes para diagnóstico, tomó drogas o medicinas recetadas o recomendadas, o la presencia de síntomas que causan a una persona normalmente prudente, asistir a un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.
2. Gastos correspondientes a vacunas con excepción de las indicadas en el Cuadro de Seguro.
3. Exámenes médicos de rutina con que no sean relacionados ni necesarios para el tratamiento de una enfermedad, con excepción de exámenes periódicos normales de niños sano de acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Seguro.
4. Emisión de certificados médicos para la realización de viajes o empleos.
5. Gastos relacionados al diagnóstico, tratamiento y corrección de la refracción visual, incluyendo, pero no limitándose a la Queratotomía, Queratoplastia, Queratomeulosis y Excímer Láser por miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia. Así mismo los relacionados a la habilitación de lentes o de audífonos.
6. Aquellos que se deban a tratamientos dentales y de las encías, con excepción de los siguientes tratamientos suministrados por un dentista o cirujano dental, legalmente autorizado a ejercer dicha profesión y siempre que dichos tratamientos sean suministrados dentro de los noventa (90) días siguientes a un accidente que haya ocurrido mientras el individuo estaba Asegurado:
 - a) Tratamiento dental debido a lesiones ocasionadas por dicho accidente incluyendo el reemplazo de los dientes naturales y
 - b) Poniendo en su lugar la mandíbula fracturada debido a dicho accidente.
7. Gastos por reposición de prótesis fijas o removibles.
8. Gastos de maternidad, excepto como expresamente se indica en el Cuadro de Seguro.
9. Terminación electiva del embarazo
10. Reducción o agrandamiento de las mamas, sin importar el diagnóstico.
11. Aquellos de cirugía plástica excepto los que se deban a:
 - a) Tratamiento suministrado por un médico autorizado a ejercer la medicina por lesiones sufridas en un accidente, siempre que dicho accidente ocurra mientras la persona esté asegurada y siempre que sea hecho dentro de los seis (6) meses después de dicho accidente, y
 - b) Corrección del desorden de una función normal del cuerpo, si dicho desorden comenzó mientras la persona asegurada estaba cubierta bajo esta Póliza.
12. Aquellos suministrados a un recién nacido antes de salir del hospital, excepto los que se hagan

por los siguientes tratamientos, siempre se hayan cubierto los gastos de maternidad de la madre, de acuerdo al máximo establecido en el Cuadro de Seguros:

- (a) Por condiciones congénitas anormales en el recién nacido
- (b) Por parto prematuro, y
- (c) Cuidado crítico neonatal

13. Aquellos suministrados en un hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno ya sea estatal, provincial, municipal o cualquier subdivisión política, u otros en los que al Asegurado no se le exija pagar.

14. Lesiones o enfermedades sufridas como consecuencia de participar en actos o actividades delictivas, guerra o acción de guerra declarada o no, rebelión, revolución, huelgas, asonadas, motín o conmoción civil, terrorismo, así como aquellos causados por grupos fuera de la ley, lesiones ocasionadas directa o indirectamente por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias.

15. Gastos relacionados con la obesidad, control de Peso, control dietético y reducción gástrica, cirugía bariátrica, consultas de nutricionista para control de peso y cualquier otro procedimiento o tratamiento de obesidad, o trastorno del comer y sus consecuencias o efectos posteriores y complicaciones.

16. Cualquier gasto de un procedimiento considerado como experimental o investigativo, cuando no esté oficialmente reconocido o aceptado en la práctica médica, incluyendo acupuntura, medicina alternativa, medicina homeopática, cámara hiperbárica.

17. Tratamientos, drogas, inyecciones, materiales o aparatos anticonceptivos o esterilización masculina (Vasectomía) o femenina (Salpingectomía). De igual forma tratamientos para revertir una esterilización previa.

18. Gastos por alimentación ambulatoria, (Alimentación parenteral o enteral), drogas o medicinas no recetadas, remedios, vendajes, jeringas, instrumentos o utensilios, suplementos alimenticios, vitaminas o minerales.

19. Aquellos que se deban a tratamiento por Fecundación in vitro, servicios médicos o quirúrgicos prestados a un Asegurado en virtud de no poder concebir por medios naturales, así como cualquier procedimiento de índole semejante.

20. Cualquier gasto relacionado con la impotencia sexual.

21. Gastos relacionados con la menopausia y andropausia, así como tratamientos hormonales.

23. Gastos ocasionados por tratamiento de enfermedades mentales o trastornos nerviosos funcionales, psiconeurosis, psicosis o desórdenes de personalidad tanto de origen neurológico como psicológicos, inclusive por el abuso de sustancias químicas.

24. Productos o sustancias químicas sin registro sanitario y/ó sin orden médica.

25. Gastos de transportación de cualquier clase, con excepción de lo indicado en el Cuadro de seguro.

26. Gastos por atención suministrada o servicios proporcionados por médicos y enfermeras tituladas que sean parientes del Asegurado hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad o por cualquier otro que conviva con la persona cubierta.
27. Gastos incurridos en establecimientos públicos o privados ubicados en países que se encuentren bajo un embargo económico autorizado y reconocido por la Organización de Naciones Unidas, otro organismo internacional o por el Gobierno de los Estados Unidos de América.
28. Aquellos cargos incurridos mientras el paciente se queda hospitalizado por más días de los permitidos en la Pre-Certificación Médica.
29. Lesión o enfermedad asestada a sí mismo intencionalmente, ya sea en estado de cordura o locura.
30. Prestar servicios en una unidad policial o militar.
31. Lesión o enfermedad mientras se encuentre bajo los efectos de embriaguez o de drogas ilícitas, uso impropio de cualquier droga recetada por un médico o la enfermedad o lesión resultante de la adicción a cualquiera de tales drogas.
32. Apnea del sueño, alopecia genética, senil o nerviosa, síndrome atencional, síndrome de deficiencia de la hormona de crecimiento, hiperkinesis o hiperactivismo.
33. Cualquier gasto o cargo por tratamiento de problema en la mandíbula, incluyendo el Síndrome Temporomandibular, desórdenes cráneo mandibulares y otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura.
34. Tratamientos quiroprácticos o de podiatría. zapatos ortopédicos y otros aparatos de soporte para los pies, cuidado o tratamiento de cualquier tipo de pies débiles, cansados o planos; inestabilidad o desbalance de los pies, metatarso, juanetes, callos callosidades o uñas enterradas.
35. Prueba para diagnóstico o tratamiento de cualquier impedimento para el aprendizaje, educación para la salud, orientación matrimonial o medicina holística y homeopática.
36. Servicios o suministros de uso común en una casa, tales como: bicicletas estacionarias, purificadores de aire y agua, acondicionadores de aire, estuches para la presión arterial, camas ortopédicas, colchones y almohadas antialérgicas y ortopédicas, bastones, muletas, equipo para inhaloterapias.
37. Servicios o tratamientos relacionados con el cambio o modificación del género o sexo o reversión de los mismos.
38. Cuidados de custodia, mantenimiento preventivo o de rutina.
39. Gastos de viajes, aún cuando sean ordenados por un médico.
40. Gastos de embarazo de hijas solteras Familiares Dependientes.
41. Tratamiento de una enfermedad transmitida sexualmente, excepto el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) según indicado en el Cuadro de Seguros.
42. Por cualquier otro servicio o asistencia médica por los que el individuo Asegurado no tiene que pagar.

43. Lesión corporal accidental, sufrida mientras se encontraba escalando una montaña; Aviación (excepto cuando se encuentre viajando, únicamente como un pasajero en una línea aérea de vuelos regulares), incluyendo planear y saltar en paracaídas; deportes de invierno; Carreras de caballos, motonetas o motocicletas, actividades submarinas que involucren el uso de aparatos para respirar y esquí acuático.

44. Reclamos y gastos incurridos por tratamientos hechos antes de la fecha efectiva de la cobertura, o reclamos y gastos incurridos por tratamientos hechos después de la fecha de terminación de esta Póliza, como resultado de accidentes o enfermedades ocurridos mientras esta Póliza se encontraba en vigor.

45. Cualquier cargo de honorarios por un asistente de cirujano o por un cirujano de relevo.

46. Inhalación o ingestión voluntaria de cualquier tipo de gas, veneno o sustancia venenosa.

47. Consultas médicas a domicilio.

48. Pruebas y tratamientos de inmunología y alergias, excepto en las siguientes condiciones: Edemas angioneuróticos (se caracterizan por hipersensibilidad del cuerpo, que se manifiesta por hinchazón de cara y cuello, pulso rápido y dificultad para respirar y espasmo de la laringe); reacciones anafilácticas (reacción ante un alérgeno (sustancia extraña que llega al cuerpo), suero, drogas, como los antibióticos y medicamentos que se presenta con shock, presión baja, cianosis y dificultad para respirar, ocurre casi de inmediato a la introducción del alérgeno) y anafilactoides agudas (casi igual a las reacciones anafilácticas pero de grado menor y manifestaciones tardías y menos violentas), enfermedades del suero y asma.

49. Cualquier gasto por cargos incurridos por mantenimiento de signos vitales con respiradores o cualquier otro tipo de instrumentos especializados (sistemas de mantenimiento de vida) donde los demás sistemas del cuerpo están en estado letal y se use este mecanismo únicamente para mantenimiento de signos vitales.

49. Gastos Por ingreso a un hospital para observación o cirugía electiva, por causas que no sean consideradas como una urgencia, cuando la persona sea admitida entre las 8:00 A. M. de un viernes y las 8:00 A. M. del lunes siguiente, a no ser que una cirugía sea efectuada dentro de las veinticuatro (24) horas de haber sido admitido al hospital.

PAGO DE BENEFICIOS DE SALUD

Aviso y Prueba de Reclamación

El aviso escrito de cualquier lesión o de enfermedad en que se base la reclamación debe presentarse a la Compañía a más tardar a los noventa (90) días después de la fecha del accidente que causó la lesión o del comienzo de la incapacidad que produjo la enfermedad. La prueba de tal lesión o enfermedad se le debe suministrar a la Compañía, a más tardar a los noventa (90) días después de terminarse el periodo por el cual los beneficios son pagaderos bajo este Póliza. Los reclamos serán pagados al asegurado en un término no mayor de 12 días hábiles, siempre que al presentarse, los mismos contengan todos los documentos requeridos y en debida forma para la liquidación del mismo.

Al recibir la Compañía aviso de reclamación, suministrará los correspondientes formularios para presentar la prueba de reclamación. Si tales formularios no son suministrados dentro de los quince (15) días después de recibirse tal aviso de reclamación, se considerará que el Asegurado ha cumplido con los requisitos de esta Póliza en lo que respecta a presentar prueba escrita afirmativa que dé cuenta de lo ocurrido, o de la naturaleza y del grado de la incapacidad que motiva la reclamación.

El dejar de enviar tal aviso o prueba dentro del tiempo estipulado en este Póliza, no invalidará ninguna reclamación, siempre que se demuestre que no fue razonablemente posible enviar aviso o prueba dentro de ese período y que tal aviso o prueba fue presentada tan pronto como fue posible.

La Compañía tendrá derecho y la oportunidad de que un médico designado por ésta examine a la persona reclamante bajo este Póliza cuando y cuantas veces así lo requiera, en forma razonable.

No se impondrá ninguna demanda judicial ni por vía de equidad para ganar un pleito contra esta Póliza con anterioridad a la expiración de los sesenta (60) días después de que se haya presentado prueba de reclamación de acuerdo con los requisitos de esta Póliza, ni tampoco tal demanda será absolutamente interpuesta a menos que se halle dentro de los dos (2) años de la expiración del período dentro del cual se exige la prueba de reclamación por esta Póliza.

Requisitos para el pago de una reclamación

Los requisitos mínimos para presentar una reclamación son los siguientes:

1. Formulario de reclamación médica proporcionado por la Compañía, debidamente completado y firmado por el Asegurado, así como por el médico tratante quien incluirá su sello y firma.
2. Originales de recetas, recibos, órdenes de laboratorio y de cualquier otro examen de Diagnóstico, firmadas y selladas por el médico.
3. Originales de facturas y/o recibos, de pagos al contado, firmados y sellados que sustenten los gastos médicos.

4. Resultados de radiografías, ultrasonidos, tomografías, exámenes de laboratorio y de cualquier otro examen de diagnóstico y seguimiento.
5. Copia del expediente clínico o historia médica del Asegurado.
6. Informes médicos.
7. Pre-certificación autorizada por la Compañía.
8. Resultado del protocolo médico.

Expresamente se conviene que el Asegurado Principal o sus Familiares Dependientes, renuncian al secreto de sus expedientes médicos, los cuales podrán ser exigidos y conocidos por la Compañía.

PRECERTIFICACIÓN Y SEGUNDA OPINION QUIRURGICA

Para todas las admisiones hospitalarias y procedimientos quirúrgicos electivos o programados y de exámenes especiales para diagnóstico, de alto costo y tecnología, con un costo mayor de doscientos (200.00), ya sea que requieran internamiento hospitalario o no, que no sean de urgencia, a efectuarse dentro o fuera del país, se requerirá una pre-autorización médica, solicitada a la Compañía cuatro (4) días antes del procedimiento; al igual que para todos los procedimientos quirúrgicos electivos, no de urgencia, se requerirá una Segunda Opinión Quirúrgica.

Todas las admisiones por urgencia deben ser reportadas dentro de los dos días laborales siguientes a dicha admisión, aún cuando el paciente haya sido dado de alta. Si la admisión es pre-certificada y el paciente Asegurado se queda hospitalizado por más días de los permitidos en la Pre-Certificación, no se pagarán los cargos incurridos durante esos días adicionales.

Todos los procedimientos quirúrgicos dentro del hospital, que no guarden relación con el diagnóstico original por el cual la Pre-Certificación fue obtenida, requerirán una Segunda Opinión Quirúrgica.

De no cumplirse con lo anteriormente estipulado, incluyendo procedimientos quirúrgicos ambulatorios designados, que sean practicados dentro de un hospital, los gastos elegibles serán limitados a un 50% de los cargos razonables y acostumbrados por los servicios cubiertos que incluyen honorarios médicos y quirúrgicos.

ESTIPULACIONES GENERALES APLICABLES AL SEGURO DE VIDA

AVISO Y PRUEBA DE MUERTE

El aviso escrito de la muerte de un empleado asegurado debe presentársele a la Compañía, dentro de los noventa (90) días después de la fecha de su muerte.

Al recibir la Compañía aviso de muerte, suministrará los correspondientes formularios para presentar la prueba de muerte. Si tales formularios no son suministrados dentro de los quince (15) días después de recibirse tal aviso de muerte, se considerará que el beneficiario ha cumplido con los requisitos de esta póliza.

El dejar de enviar tal aviso o prueba dentro del tiempo estipulado en esta póliza no invalidará ninguna reclamación siempre que se demuestre que no fue razonablemente posible enviar aviso o prueba dentro de ese período y que tal aviso y prueba fue presentada tan pronto como fue razonablemente posible hacerlo.

No se interpondrá demanda judicial alguna ni por vía de equidad para ganar un pleito contra esta póliza con anterioridad a la expiración de sesenta (60) días después de que se haya presentado prueba de muerte de acuerdo con los requisitos de esta póliza. tal demanda, tampoco, será absolutamente interpuesta, a menos que se haga dentro de los dos (2) años después de haber presentado a la compañía las pruebas de reclamación de acuerdo a los términos que establece la póliza.

CESION

El seguro proporcionado por esta Póliza no puede ser traspasado ni cedido.

LA POLIZA ES INDISPUTABLE DESPUES DE UN AÑO

La validez de esta Póliza no será disputada, a excepción por la falta de pago de prima, después que ha estado en vigor por un año a partir de la fecha de su emisión. Ninguna declaración hecha por el Asegurado bajo esta Póliza con relación a su asegurabilidad será usada en disputa de la validez del seguro, con respecto a la cual tal declaración fue hecha después de que dicho seguro ha estado en vigor antes de la disputa por un periodo de dos (2) años durante el curso de la vida del Asegurado, a menos que esté incluido en un documento firmado por él.

INTERESES Ninguna cantidad pagadera bajo esta póliza conllevará interés alguno.

ESTIPULACIONES GENERALES

FORMA DE PAGAR LAS PRIMAS

Las primas se cubren por adelantado y así debe pagarlas el Asegurado en la oficina de la Compañía, pero también pueden ser pagadas a un corredor autorizado de la Compañía solamente si da a cambio el recibo de la Compañía firmado por el Presidente, el Secretario o el Gerente General y refrendado por el corredor como constancia de tal pago. Las primas se pueden pagar mensual, trimestral, semestral anualmente y mediante petición escrita puede cambiarse la forma de pago en cualquier aniversario de esta Póliza con el ajuste apropiado del caso, aunque ningún pago de prima podrá conservar esta Póliza en vigor más allá de la fecha en que venza y sea pagadera la siguiente prima a menos que se estipule lo contrario en esta Póliza.

EQUIVOCACIÓN EN LA EDAD

Si existe un error en la edad del individuo Asegurado la cantidad pagadera bajo el presente contrato será la cantidad completa del beneficio a que tenga derecho el referido individuo Asegurado, pero se hará un ajuste en la prima a fin de que la Compañía reciba las primas correspondientes a la edad verdadera.

PERIODO DE GRACIA PARA PAGAR LAS PRIMAS

Si el Asegurado no le notifica por escrito a la Compañía que esta Póliza ha de terminarse, se concederá un período de gracia de no menos de treinta y un (31) días, sin cobrar intereses, para cumplir con el pago de toda prima después de la primera y esta Póliza continuará en vigor durante dicho período. Si alguna prima no se paga antes de terminar el período de gracia, previa notificación al asegurado por escrito a su dirección fijada en la póliza, con anticipación de 10 días hábiles, conforme el artículo 41 de la Ley 59 de 29 de julio de 1996 para que tal terminación entre en vigor antes de expirar el período de gracia, la cobertura quedará terminada a partir de la fecha estipulada en tal aviso, cuyo costo deberá ser distribuido por el período transcurrido entre la fecha en que se venció la prima y la de la fecha de terminación del seguro.

REHABILITACION

El Asegurado y/o sus dependientes elegibles podrán solicitar la rehabilitación de su seguro, mediante la presentación del formulario de rehabilitación (tendrán 30 días adicionales al período de gracia) y las estipulaciones contractuales, le serán aplicadas como un nuevo Asegurado.

Este formulario estará sujeto a la evaluación de la Compañía Aseguradora. Casos que excedan de sesenta (60) días solo podrán considerarse a través de una nueva solicitud.

El número máximo de rehabilitaciones en este plan será de dos (2).

RENOVACIÓN

Este beneficio es renovable automáticamente siempre y cuando ningún aviso de cancelación haya sido dado por la Compañía o por el Asegurado Principal, por lo menos treinta (30) días antes de la fecha de renovación.

TARIFAS DE RENOVACION

Las tarifas de renovación del asegurado y sus dependientes elegibles están sujetas a modificaciones por cambio en el rango de edad, inflación en los costos médicos, nivel de reclamos y cualquier otro aspecto que pueda afectar las tarifas siempre y cuando se sustente técnicamente ante la Superintendencia de Seguros. Este cambio será efectivo en el aniversario de cobertura del asegurado.

LA POLIZA Y LA SOLICITUD DE SEGURO CONSTITUYEN EL CONTRATO COMPLETO

Esta Póliza junto con la solicitud de seguro del Contratante, de la cual se adjunta copia a esta póliza, así como de las solicitudes de seguro individuales de los Asegurados, si las hubiere, constituye el contrato completo entre las partes. En caso de declaraciones falsas tales declaraciones no se usarán en ninguna disputa relativa a esta Póliza, a menos que estén contenidas en una solicitud escrita y en ningún caso hasta que una copia de tal declaración haya sido entregada al Asegurado o a su beneficiario.

SOLAMENTE UN OFICIAL DE LA COMPAÑÍA PUEDE HACER UNA MODIFICACION

Solamente el Presidente, el Secretario o el Gerente General de la Compañía tienen autoridad para cambiar, modificar o hacer exención de las estipulaciones de esta Póliza, previa autorización por la Superintendencia de Seguros, en cuyo caso tal acto deberá ser en forma escrita únicamente. La Compañía no quedará obligada con ninguna promesa o manifestación hecha antes o después de esta fecha por algún corredor o persona que no sean aquellas mencionadas en esta cláusula.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

La Compañía le emitirá al Contratante un certificado individual para entregar a cada Asegurado y en el cual deberá hacerse constar la protección de seguro a que se tiene derecho, la persona a quién le corresponda recibir el pago y aquellas limitaciones o requisitos de esta Póliza que afectan a los individuos Asegurados con este contrato.

ARBITRAJE

Si sugiera cualquier disputa o diferencia entre la Compañía y el Asegurado sobre un tema relacionado a esta Póliza, dicha disputa o diferencia será sometida a un arbitraje en Derecho. Cada parte designará un árbitro y estos designarán un tercero dirimente. El arbitraje será bajo las leyes de la República de Panamá y tendrá lugar en la Ciudad de Panamá, República de Panamá.

**ESTIPULACION DE COORDINACION DE BENEFICIOS
APLICABLE A ASEGURADOS Y FAMILIARES DEPENDIENTES**

Estipulación para coordinar esta Póliza con Otros Beneficios.

A. BENEFICIOS SUJETOS A ESTA ESTIPULACION

Todos los beneficios estipulados bajo esta Póliza (exceptuando los de Muerte, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidentalmente y los de Accidente y Enfermedad - Beneficio Semanal, si los mismos están incluidos) están sujetos a esta estipulación.

B. DEFINICIONES

(1) Plan quiere decir cualquier plan que provee beneficios o servicios por o a causa de atención o tratamiento médico o dental, cuyos beneficios o servicios son estipulados por (i) seguro de grupo o cualquier otro tipo de cobertura para individuos en un grupo, ya sean utilizados o no por el individuo Asegurado, o (ii) plan de seguro de hospital, plan de servicio médico, servicio médico grupal o individual o cualquier otro plan similar de servicios médicos y hospitalarios, o (iii) cualquier cobertura para estudiantes que sea patrocinada por un colegio o cualquiera institución educacional, o (iv) suministrado o pagado bajo cualquier plan o ley de Gobierno.

El Término Plan debe ser interpretado por separado con respecto a cada póliza, contrato, o cualquier otro convenio para beneficios o servicios y por separado con respecto a esa porción de cualquiera de dichas pólizas, contrato o cualquier otro tipo de seguro, que se reserve el derecho de tomar en consideración los beneficios o servicios de otros Planes para determinar sus beneficios y la porción que no se utilice.

(2) Este Plan significa aquellas partes de esta Póliza que proveen los beneficios que están sujetos a esta estipulación.

(3) Gasto Permitido significa cualquier gasto necesario, razonable y acostumbrado, en que al menos una parte de los mismos esté cubierto aunque sea, por uno de los Planes que protege a la persona que está presentando la reclamación. Sin embargo, cualquier gasto no pagadero bajo el plan primario, debido, a que el reclamante deja de cumplir con los requisitos de contención de costos, si los hubiera, no será considerado como un Gasto Permitido bajo este plan, si este plan es secundario.

Cuando un plan estipula beneficios en forma de servicios en vez de pagos en efectivo, el valor en efectivo razonable por cada servicio prestado, se considerará como Gasto Permitido y beneficio pagado a la vez. Cuando se hace una reclamación, el Plan primario paga sus beneficios sin considerar ningún otro plan. El plan secundario ajusta sus beneficios para que el total de los beneficios pagaderos no exceda los gastos cubiertos. Ningún plan paga más de lo que correspondería si no tuviera la estipulación de la Coordinación de

Beneficios.

(4) Período de Determinación de Reclamación quiere decir Año Calendario, pero si una persona no es elegible para beneficios bajo este plan durante todo un Año calendario, entonces el período de Determinación de Reclamación de dicha persona, será el período durante el cual dicha persona era elegible para beneficios durante ese Año calendario.

C. EFECTO SOBRE LOS BENEFICIOS

(1) Esta estipulación se aplicará para determinar los beneficios de una persona cubierta bajo este plan durante cualquier Período de Determinación de Reclamación, si la suma de:

- (a) los beneficios que se pagarían bajo este Plan en ausencia de esta estipulación, y
- (b) los beneficios que serían pagaderos bajo todos los otros Planes en ausencia de alguna estipulación similar, y con el mismo propósito de ésta, excedieran los Gastos Permitidos incurridos por dicha persona durante dicho período de Determinación de Reclamación.

(2) En cuanto al Período de Determinación de Reclamación por el cual esta estipulación es aplicable, los beneficios que serían pagaderos bajo este Plan en ausencia de esta Estipulación de Gastos Permitidos, incurridos por esa persona durante dicho Período de Determinación de reclamación, serán reducidos, y todos los beneficios pagaderos por tales Gastos Permitidos bajo todos los otros Planes, con excepción de lo estipulado en el inciso (3) de la sección C., no excederá del total de dichos Gastos Permitidos. Los beneficios pagaderos bajo otro Plan, incluyen los beneficios que hubiesen sido pagaderos si la reclamación hubiera sido debidamente hecha con tal fin.

(3) (a) Los beneficios de una persona cubierta bajo este plan como asegurado, son determinados antes que los del Plan que cubra a la persona como dependiente

(b) Cuando existan dos planes de beneficios extendiendo cobertura a un mismo hijo dependiente, los beneficios bajo el Plan extendiendo cobertura al padre o la madre, cualquiera de los dos cuya fecha de cumpleaños ocurra primero durante el Año Calendario, tendrán que ser determinados antes que los beneficios del Plan, extendiendo cobertura al padre o la madre cuya fecha de cumpleaños ocurra después durante ese mismo Año Calendario. En caso de que uno de los dos planes no incluya la estipulación de los cumpleaños, entonces ese plan determinará el orden de los beneficios.

(c) Cuando los padres se encuentren separados o divorciados, los beneficios del Plan serán pagados de acuerdo a lo siguiente:

- (i) Si existe una orden de la corte estableciendo la responsabilidad financiera de los gastos por servicios médicos en uno de los dos padres, entonces el plan de beneficios de ese padre o madre tendrá la obligación de pagar primero.

(ii) Si no existe una orden de la corte, según se especifica en el inciso (i) siempre que el padre o la madre con la custodia legal del hijo no haya contraído matrimonio nuevamente, su plan determinará los beneficios primero, y después determinará sus beneficios el plan del padre o la madre que no tenga la custodia legal del hijo.

(iii) En caso de que el padre o la madre con la custodia legal del hijo haya contraído matrimonio de nuevo, su plan determinará los beneficios primero; el plan que provee beneficios al padrastro o a la madrastra del niño, será el segundo en determinar sus beneficios; y el plan que provee beneficios al padre o a la madre que no tenga la custodia legal del niño, será el tercero en determinar esos beneficios.

(d) Para los hijos Familiares Dependientes cuyos padres no estén separados o divorciados el plan de los padres, cuyo cumpleaños ocurra primero en el Año Calendario, es el primario; el plan de los padres cuyo cumpleaños ocurra más tarde en ese Año Calendario, es secundario.

(e) El plan que provee beneficios a una persona como empleado activo, determinará sus beneficios antes que el plan que provee beneficios a un empleado que se encuentre fuera de su trabajo activo debido a un paro forzoso, o un empleado que se encuentre retirado o jubilado.

(f) Cuando las reglas especificadas en los incisos (a) hasta el (e) no establezcan el orden para la determinación de los beneficios, entonces el plan que provee beneficios a la persona por el período más extenso, será el primero en determinar sus beneficios.

(4) En cuanto a lo requerido en el inciso 3 de la sección C, las reglas que establecen el orden de determinación de beneficios, son:

a) Los beneficios de un plan que cubre a la persona, sobre cuyos gastos se basa dicha reclamación, y bajo el cual dicha persona no se encuentre cubierta como dependiente, serán determinados antes que los de cualquier Plan en el cual aparece cubierto dicho individuo como dependiente.

b) Los beneficios de un Plan que cubre a la persona sobre cuyos gastos está basada dicha reclamación, y en el cual dicha persona se encuentra cubierta como dependiente de un empleado, serán determinados antes que los de un plan que cubre a dicha persona como dependiente de un empleado.

c) Cuando las reglas (a) y (b) no establezcan un orden para la determinación de beneficios, se escogerá el Plan que haya cubierto por el período más extenso a la persona en cuyos gastos se basa la reclamación, antes que el Plan que haya cubierto a dicha persona, por el período más corto.

(5) Cuando esta estipulación se utilice para reducir la cantidad total de beneficios, que de otra forma serían pagaderos a la persona cubierta bajo este Plan, durante cualquier Período de Determinación de Reclamación, cada beneficio que fuese pagadero en la ausencia de esta estipulación, será reducido proporcionalmente, y dicha cantidad reducida será cargada contra cualquier beneficio aplicable que se encuentre limitado bajo este Plan.

D. DERECHO A RECIBIR Y FACILITAR LA INFORMACION NECESARIA

Con el propósito de implementar los términos de esta estipulación del Plan o cualquier otra estipulación con propósitos similares de cualquier otro plan, y determinar cómo deben ser aplicados, la Compañía puede, sin el consentimiento o notificación a cualquier persona, facilitar u obtener de cualquier otra compañía Aseguradora, u otra organización o persona, cualquier información, respecto a alguna persona que la Compañía estime necesaria para dichos propósitos. Cualquier persona que reclame beneficios bajo este Plan tiene que presentar a la Compañía la información que sea necesaria para implementar esta estipulación.

E. SUBROGACION

Si alguna persona cubierta bajo esta póliza recibe beneficios o tiene derecho a recuperar la cantidad pagada por dichos beneficios de cualquier persona u organización, nosotros no subrogaremos este derecho. Este derecho no aplicará a aseguradoras d e pólizas emitidas a y en nombre de la persona cubierta. Nosotros estaremos limitados hasta las cantidades verdaderamente pagadas por dichos beneficios. La persona cubierta deberá otorgar y enviar cualquier cesión o documentos y tomar cualquier acción necesaria, para que nosotros podamos obtener tales derechos.

F. DERECHO DE RECUPERACION

Si la Compañía, en lo que se refiere a Gastos Permitidos, en cualquier momento ha efectuado pagos que en su totalidad excedan de la cantidad máxima pagadera, la cual se considera en ese momento para satisfacer la intención de esta estipulación, la Compañía tiene el derecho a recuperar esos pagos, según determine la compañía, en lo que a dicho exceso se refiere, de acuerdo a lo siguiente: cualesquier personas a quienes, para quienes o respecto a quienes dichos pagos fueron hechos a cualesquier otras compañías de seguros, u organizaciones.

Esta se aplica cuando la persona cubierta bajo este plan, también tiene derecho a los beneficios como resultado de otra cobertura de cualquier otro grupo de salud o seguro de automóvil, sin considerar la culpabilidad.

Cuando la doble cobertura exista, un plan pagará sus beneficios en su totalidad, como pagador primario, y el otro plan pagará beneficios reducidos como pagador secundario. Cuando este plan es el pagador secundario, pagará el menor de: a) los beneficios que le hubieran correspondido de no haber coordinación de beneficios, o b) Una cantidad reducida que cuando se añada a los beneficios pagados por el otro plan, no exceda el 100%

de los cargos elegibles bajo esta Póliza. Los beneficios de una persona cubierta bajo este plan como Asegurado principal, son determinados antes que los del plan que cubra a la persona como dependiente.

**ADENDA AL CERTIFICADO
POLIZA HEALTH TRUST**

Bajo la póliza arriba mencionada se incorporan los beneficios de PALIC S. O. S. cobertura local, según se define a continuación:

**PALIC S. O. S. – Teléfono 800-4200
Cobertura local**

BENEFICIOS

- Orientación médica telefónica por un doctor, las 24 horas los 365 días del año y a lo largo de todo el territorio nacional.
- Atención Médica en el lugar de origen de la enfermedad o accidente (casa, oficina, teatro, etc.) en caso de emergencia o urgencia.
- Se cuenta con un Médico, Enfermero y Paramédico abordo de la ambulancia para la atención del asegurado.
- Traslado de ser necesario a juicio del médico de la unidad, en caso de emergencia/ urgencia (ver listado de condiciones médicas de urgencias) desde el lugar de origen de la enfermedad o accidente hasta una clínica u hospital.

Participación del asegurado en la atención médica

- Co-pago de \$5.00 si la condición médica está incluida en el listado de “Condiciones médicas de urgencia”
- Co-pago de \$15.00 si la condición médica no está incluida en el listado de “Condiciones médicas de urgencia”

Nota

- El co-pago será asumido directamente por el asegurado en el lugar de la atención.
- En caso de que la condición médica del asegurado se encuentre dentro del listado de “Condiciones médicas de urgencia” y se considere necesario trasladarlo a una institución hospitalaria, el co-pago correspondiente, también cubrirá el traslado a un hospital o clínica.

Listado de Condiciones Médicas de Urgencias

Crisis hipertensiva, mordedura de animales, accidente cerebro vascular, dolor precordial (primeras 12 horas), dolor abdominal agudo, fiebre alta continua en menores de 5 años, crisis asmática, pérdida de conocimiento u obnubilación, cólico biliar, esguinces, quemaduras, fracturas, luxaciones, heridas causadas con objetos cortantes o punzo cortantes, contusas y por arma de fuego, hemorragias, intoxicación aguda, cólico nefroureteral, trombosis, vómito y/o diarreas, convulsiones, reacción alérgica aguda, retención aguda de orina, cuerpo extraño en ojos, nariz, garganta y oídos, infarto del miocardio, deshidratación, episodio neurológico agudo, estados de choque (Shock) de cualquier orden, coma, insuficiencia respiratoria aguda.

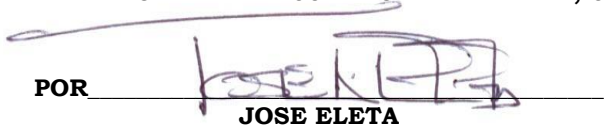
AMPLIO RADIO OPERATIVO

- Ciudad de Panamá: Desde la Autopista Arraiján- Panamá, Esclusas de Miraflores, Las Cumbres y 24 de Diciembre.
- Ciudad de Colón: Zona Libre, Sabanitas, Pílon, Puente sobre el Río Gatún.

Esta adenda se adjunta y forma parte del Certificado Individual de seguro del Asegurado.

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMA, S. A.

POR



**JOSE ELETA
GERENTE GENERAL**



Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

**ADENDA AL CERTIFICADO
POLIZA HEALTH TRUST**

Bajo la póliza arriba mencionada se incorpora la Red Preferencial cobertura local, según se define a continuación:

RED PREFERENCIAL

Cobertura local

Servicios ofrecidos:

- Ofrece atención médica a costos más favorables para el asegurado que los usuales y acostumbrados del mercado en otras Redes, ofreciéndole así reducción significativa de co-pagos y coaseguro de acuerdo al servicio, sin comprometer la calidad de la atención y cobertura de todos los servicios cubiertos en su póliza, manteniendo así primas accesibles al programa.
- Ofrece Consulta Médica General, Consulta Médica Especializada, Atención en el Servicio de Urgencias; hospitalización y Cirugía, laboratorios, Imagenología Convencional y Compleja, Ambulancia y descuentos en medicamentos.
- Grupo de Proveedores al servicio de la salud con amplia trayectoria en nuestro mercado, pertenecientes a la Red Preferencial.
- PALIC pondrá a disposición del asegurado una Guía Médica de Red de Proveedores, en el cual se identificarán cada uno de ellos según su ubicación geográfica, tipo de servicio contratado y especialidad, facilitando así el acceso a los diferentes servicios de hospitalización y servicios externos.

Participación del asegurado

- El co-pago será asumido directamente por el asegurado en el lugar de la atención.

RED PREFERENCIAL

	CO-PAGO
HOSP.	B/.75.00
ESP.	B/.7.00
RAYOS -X	% 15.00
LAB.	% 15.00
MED. GEN.	B/.5.00
URG. ENFER.	B/.15.00
URG. ACCID.	B/.0.00
CIRUGIA	% 0.00
CIRUGIA AMB.	B/.0.00

Esta adenda se adjunta y forma parte del Certificado Individual de seguro del Asegurado.

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMA, S. A.

POR


JOSE A. ELETA
GERENTE GENERAL

**ADENDA AL CERTIFICADO
POLIZA HEALTH TRUST**

Se incluye el Beneficio de Restauración Anual Automática para todas las pólizas nuevas del Plan 1 Internacional y Conversión Internacional que ingresen a partir del 1° de Mayo de 2012, sin suministrar evidencia de asegurabilidad a la Compañía de Seguros.

En ningún caso, el Máximo de gastos médicos excederá la cantidad original del Máximo Vitalicio anual, indicado en el Cuadro de Beneficios de la Póliza.

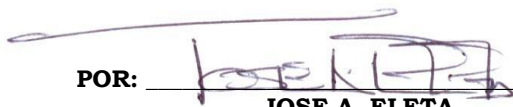
Si todo el Máximo Vitalicio es restablecido después que el seguro de un individuo asegurado ha terminado, el individuo volverá a estar asegurado siempre que sea elegible para cobertura, y cumpla con los términos y condiciones de la Póliza Individual de Health Trust.

El tercer párrafo de la estipulación del contrato titulada Clausula de Aseguramiento, página No. 12 codificada HTP-MAYO 2012, queda nulo y sin valor.

Esta Adenda se adjunta y forma parte de la Certificado Individual de seguro del Asegurado.

PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMA, S. A.

POR:


JOSE A. Eleta
GERENTE GENERAL