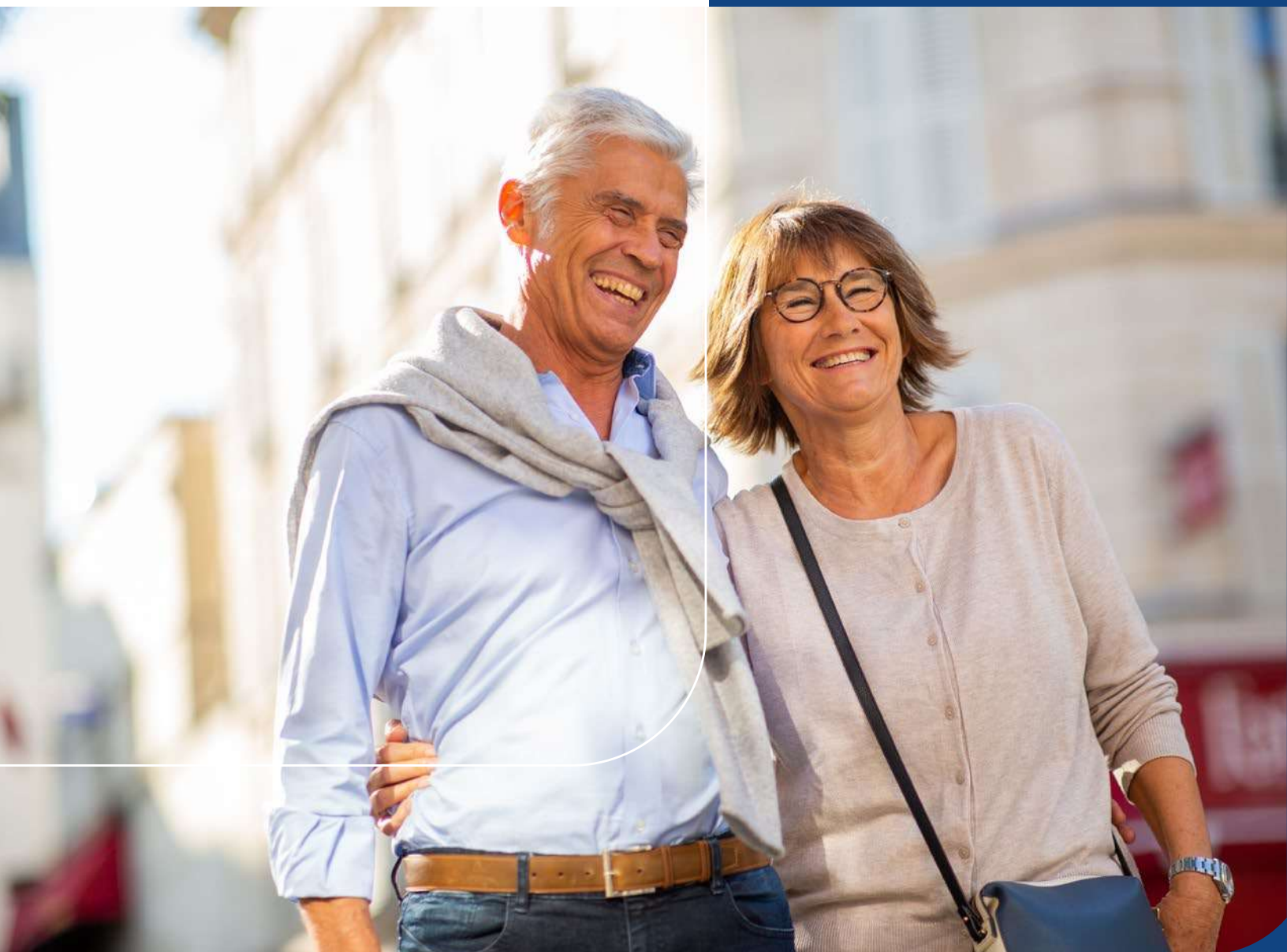


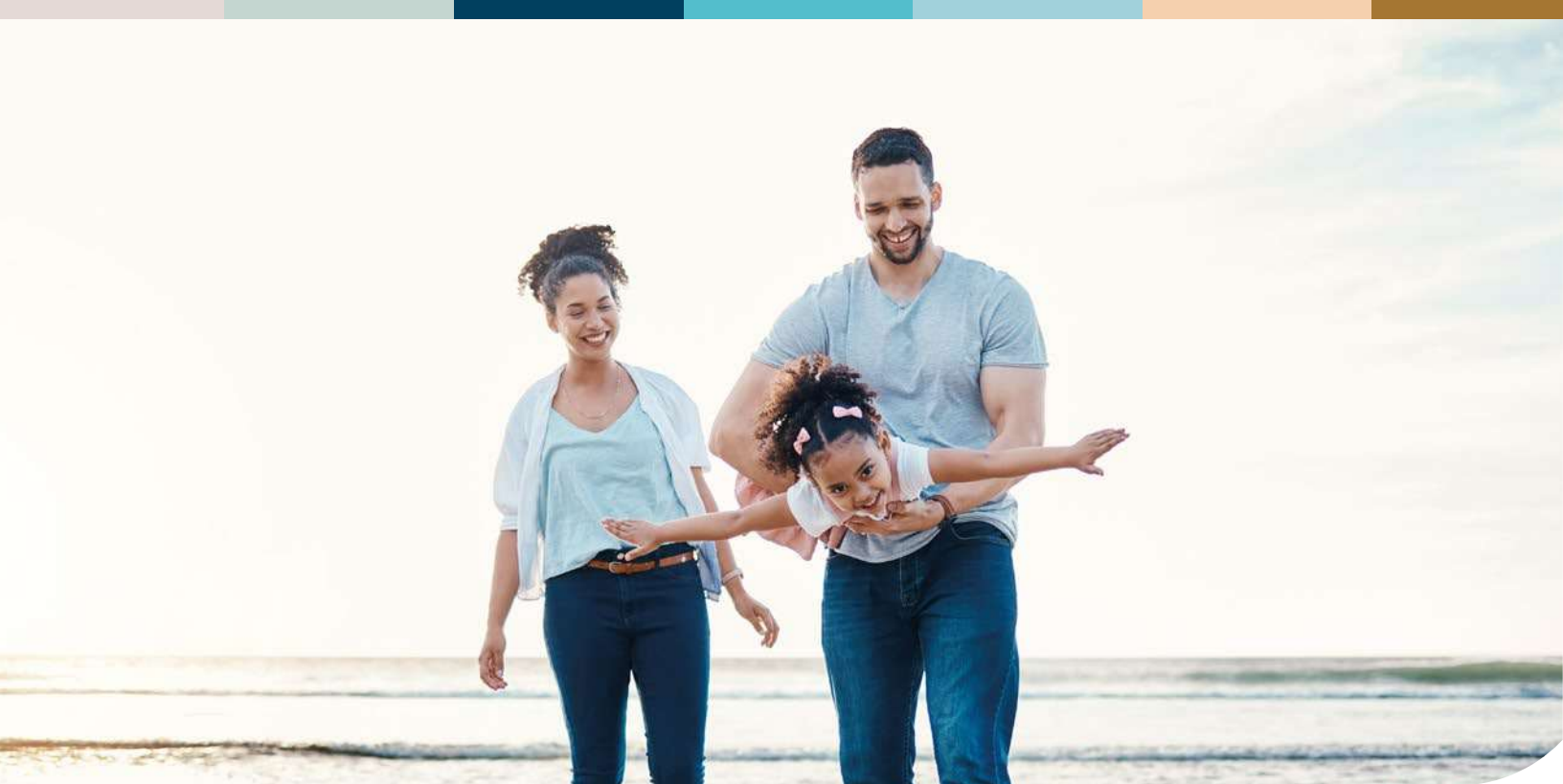


**FAMILY —
MEDICAL CARE**
Protección médica para toda la familia

Seguro de Gastos Médicos



**PAN
AMERICAN LIFE**
INSURANCE DE PANAMÁ, S.A.
Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group



CONTENIDO

Acerca de Pan-American Life Insurance de Panamá	2
Elegibilidad	2
Beneficios máximos para el asegurado principal y sus dependientes elegibles	2-4
• RECLUSIÓN HOSPITALARIA	2
• SERVICIOS AMBULATORIOS	3-4
• MATERNIDAD	4
• OTROS BENEFICIOS	4
• SERVICIO DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA BÁSICA	4
Generalidades	5
CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL.	6

ACERCA DE PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE GROUP

Durante más de un siglo, **Pan-American Life Insurance Group** ha ofrecido seguridad financiera confiable a miles de personas, familias y negocios en América Latina y en EE.UU. Nuestra experiencia y entendimiento multicultural forman la base sólida de nuestro éxito como grupo, mismo que nos permite alcanzar nuevas metas y servir como puente entre las Américas.

Con sede en Nueva Orleans, **Pan-American Life Insurance Company**, la compañía principal del grupo, ofrece productos de vida y de salud a través de los EE.UU., Puerto Rico, América Latina y el Caribe. Gracias a su solidez y capacidad financiera, la compañía ha alcanzado las calificaciones de “A”(Excelente) por A.M. Best (septiembre de 2017) y “A” (Estable) por Fitch Ratings (septiembre de 2017). Año tras año, las compañías del grupo que operan en Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá y 15 mercados en el Caribe, continúan fortaleciendo nuestro nombre en América Latina, **a través de una larga tradición de estabilidad, innovación y solidez financiera.**

1. ELEGIBILIDAD

Asegurado Principal, su Cónyuge legítimo o compañero permanente, los Padres del Asegurado Titular o de su Cónyuge legítimo o compañero permanente, sean nacionales o extranjeros, que residan en la República de Panamá.

Hasta los 75 años de edad.

Los hijos del Asegurado Principal, siempre que el Asegurado Principal haya sido designado como Tutor Legal o sobre los cuales tenga la Patria Potestad.

A partir de los dos (2) meses de nacidos hasta los dieciocho (18) años de edad.

2. BENEFICIOS MÁXIMOS PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL Y SUS DEPENDIENTES ELEGIBLES

Suma Asegurada Anual Renovable Máxima para Gastos Elegibles

\$50,000.00

Red de Proveedores

Los beneficios de ésta Póliza sólo aplican en **Clínica Hospital San Fernando, Hospital Chiriquí y Centro Médico Mae Lewis.**

Gastos Funerarios: Máximo \$1,000.00 tanto para el Asegurado Principal como para sus Dependientes elegibles.

Reembolso del 100% de los gastos.

RECLUSIÓN HOSPITALARIA

Hospitalización en cuarto privado: Máximo veinte (20) días, incluyendo estancia en cuidados intensivos.

El Asegurado debe cubrir un Co-Pago de \$500.00 y el 30% de los gastos elegibles al finalizar la hospitalización.

SERVICIOS AMBULATORIOS

Dentro de la Red de Proveedores del Producto:

Uso del Cuarto de Urgencias por Accidente.	100% de los cargos elegibles hasta un máximo de \$750.00. El excedente será reembolsado al 70%.
Uso del Cuarto de Urgencias por Enfermedad, sujeto al siguiente listado: <ul style="list-style-type: none"> - Cólico renal - Cólico Hepático - Episodio de Angina de Pecho, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Coronaria - Embolias Pulmonares - Ataque agudo de Asma Bronquial - Estado de pérdida de conocimiento y/o desorientación súbita - Hemorragias de todo tipo, incluyendo obstétricas y ginecológicas - Reacciones alérgicas agudas o anafilácticas - Vómitos y diarreas severas con o sin deshidratación - Dolor abdominal agudo - Convulsiones - Estado de shock y coma de cualquier orden - Retención aguda de orina 	70% de los cargos elegibles.

Fuera de la Red de Proveedores del Producto:

Urgencias Médicas que no requieran hospitalización atendidas fuera de la Red de Proveedores serán penalizadas con el 20% de los gastos elegibles a reembolsar.	
Uso del Cuarto de Urgencias en el Extranjero.	Reembolso según costos usuales, razonables y acostumbrados de Panamá y luego de la aplicación del Deducible de \$3,500.00
Gastos por Cirugía Ambulatoria	El Asegurado debe cubrir un Co-Pago de \$200.00 y el 30% de los gastos elegibles al finalizar la cirugía.
Laboratorios, análisis clínicos y anatomopatológicos: sujetos a un Plazo de Espera de treinta (30) días, Máximo un (1) evento por mes.	Reembolso del 70% de los cargos elegibles.
Radiografía simple: sujetas a un Plazo de Espera de sesenta (60) días, Máximo un (1) evento por mes.	Reembolso del 70% de los cargos elegibles sujetos a aprobación de Comité Médico.
Procedimientos especiales de diagnóstico: sujetos a un Plazo de Espera de seis (6) meses, Máximo un (1) evento por mes, debe ser Pre-Autorizado de lo contrario, se aplicará penalidad del veinte por ciento (20%) de los gastos elegibles. Los Procedimientos especiales cubiertos son: <ul style="list-style-type: none"> - Cistografías y cistoscopias - Ecografías y ecometrías - Exploraciones eléctricas - Exploraciones endoscópicas - Colonoscopías - Tomografía Axial Computarizada, CAT - Urografías - Estudios contrastados del tubo digestivo - Prueba de Esfuerzo, EKG - Ultrasonografía - MRI 	Reembolso del 50% de los cargos elegibles.

Consulta Externa Médico Especialista dentro de la Red de Proveedores: Máximo doce (12) consultas por Año Póliza. Se incluyen las consultas psiquiátricas.

El Asegurado debe cubrir un Co-Pago de \$15.00. El Asegurado podrá continuar atendiéndose con su médico de cabecera aunque no forme parte de la Red de Proveedores, en este caso, se reembolsará al 70% con un máximo por consulta de \$35.00

Terapias Físicas (Sujetos a Aprobación del Comité Médico)

Reembolso del 50% de los cargos elegibles con un máximo de 10 terapias al año.

MATERNIDAD

Plazo de Espera

Doce (12) Meses para la concepción.

Monto Máximo para los Gastos del Recién Nacido

\$500.00

Límite Máximo para Abortos o complicaciones del embarazo que conlleven al aborto.

\$400.00

Plan Obstétrico (Cesárea o Parto Normal)

Máximo de \$3,500.00 por Embarazo. Se reembolsarán el 70% de los cargos elegibles.

Pre-natales

9 Consultas sujetas al Co-Pago de Consultas de \$15.00 para médicos adscritos y con un reembolso máximo de \$35 para médicos no adscritos; Laboratorios se reembolsarán al 70% de los gastos elegibles; 3 Ultrasonidos y 2 Monitoreos se reembolsarán al 50% de los gastos elegibles.

OTROS BENEFICIOS

Control Anual: sujeto a un Plazo de Espera de doce (12) meses, Máximo uno (1) al Año.

50% de los gastos elegibles.

Vacunas: sujeto a un Plazo de Espera de doce (12) meses, Máximo uno (1) al Año.

50% de los gastos elegibles.

Servicio de Ambulancia con un Máximo de \$350.00

Reembolso del 100% del gasto elegible.

SERVICIO DE EMERGENCIA ODONTOLÓGICA BÁSICA:

Se define como emergencia odontológica un evento inesperado y repentino que dé lugar a un tratamiento amparado por este beneficio, con la finalidad de tratar situaciones originadas por las siguientes causas:

- Dolor;
- Inflamación;
- Hemorragia

Operatividad del Servicio:

Los tratamientos deberán en todos los casos ser realizados por los odontólogos afiliados a la Red de Proveedores. El Asegurado podrá escoger el odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea uno de los que están autorizados por dicha Red.

El procedimiento para atención odontológica es el siguiente:

- En caso de que el Asegurado requiera de servicio odontológico, deberá notificarlo telefónicamente al siguiente número:
Teléfono: 800-SGMA (7462)
- El Asegurado debe indicar a la persona que le atiende la siguiente información:
 - Nombre y Apellidos.
 - Número documento que acrediten su identidad.
 - Tipo de asistencia requerida. Detalles del problema y naturaleza de la enfermedad o accidente.
 - Dirección y teléfono de lugar donde se encuentra.

Los servicios prestados en otros centros y/o por odontólogos diferentes a la red establecida o no autorizados, no darán derecho a reembolsos de ningún tipo.

3. GENERALIDADES

1. El asegurado empezará a tener derecho a cirugías y hospitalizaciones electivas a los 12 meses de entrar en vigencia este contrato, con excepción de las cirugías de la vista, prostactectomía, histerectomía, remplazo de cadera, remplazo de rodillas para las cuales se requerirá un mínimo de 36 meses. Las hospitalizaciones y cirugías electivas deben ser autorizadas por escrito por el comité médico. Serán reembolsados los honorarios según los costos usuales, razonables y acostumbrados autorizados por la compañía.
2. El comité se reservará el derecho de solicitar una segunda opinión en los casos que considere necesario
3. El asegurado pierde su derecho para asistencia médico hospitalaria, cuando dicha asistencia sea debido a padecimientos o enfermedades pre-existentes que el asegurado no haya declarado deliberadamente al momento de suscribir este contrato. Condiciones pre-existentes declaradas serán cubiertas luego de transcurrido 24 meses de la vigencia de la póliza, se cubrirán los gastos de asistencia médico hospitalaria de acuerdo a los términos estipulados al 50%.

Una condición pre-existencia se define como una enfermedad, lesión o condición por la cual el asegurado:

- Tuvo advertencia médica o consulta a un médico
 - Recibió tratamiento médico, servicios o suministros
 - Se ha hecho o le recomendaron exámenes para diagnósticos
 - Tomo drogas, medicinas recetadas o recomendadas o por la presencia de síntomas que causan a una persona normalmente prudente asistir a un médico para diagnósticos, cuidados o tratamientos
4. El comité médico o a quien designe tiene derecho a examinar a cualquier asegurado durante una hospitalización, a fin de determinar si los servicios y suministros prestados fueron médicamente necesarios y dar por terminada dicha hospitalización como cuenta por pagar.



CAUSALES DE TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

La cobertura quedará terminada por cualquiera de las siguientes razones:

1. Por muerte del Asegurado.
2. Por falta de pago de primas, vencido el período de suspensión de cobertura.
3. Al vencimiento de la Póliza si ésta no se renueva.
4. Cuando el Asegurado solicite la cancelación de la Póliza por escrito a la Compañía.
5. Cuando los dependientes dejen de ser elegibles para la cobertura.
6. Cuando el Asegurado deje de ser residente de la República de Panamá.
7. Por abuso, fraude o estafa en la utilización de los beneficios de ésta Póliza.

En el caso de que el Asegurado Principal fallezca, el Grupo Familiar asegurado debe designar a uno de los miembros como nuevo Asegurado Principal en un Plazo no mayor de noventa (90) días posteriores a la fecha de fallecimiento del Asegurado Principal.

POR:
PAN- AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMA, S. A.



GERENTE GENERAL

POR:
CONTRANTE/ASEGURADO



Para más información
comuníquese con
nosotros, con gusto
le atenderemos:

Panamá



Plaza Comercial San Fernando
Local No. 33 2da. Planta



Teléfonos: 229-1200 / 229-1210

Chiriquí



Torre Hospital Chiriquí
Oficina no. 14 1er. Piso



Teléfonos: 775-1068

Chitré



Plaza Azuero, Chitré Local BZ-16



Teléfonos: 996-4589 / 996-9161

Versión 2023