

PAN AMERICAN
— *Private Client* —

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

| Pan-American
HealthAccess



CONTENIDO



BIENVENIDO A PAN-AMERICAN PRIVATE CLIENT	4
ACERCA DE PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE GROUP	4
NUESTRO COMPROMISO	6
INTRODUCCIÓN	6
DOCUMENTOS DE BIENVENIDA	6-7
CÓMO CONTACTARNOS	7
CÓMO SERVIRLE MEJOR	7
NOTIFICACIÓN	8
PALIGMED Essential, BÚSQUEDA DE PROVEEDORES PREFERIDOS	8-9
III. CUADRO DE SEGURO	10-12
IV. CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA	12-16
Cláusula a. LA PÓLIZA Y LA SOLICITUD DE SEGURO CONSTITUYEN EL CONTRATO COMPLETO	12
Cláusula b. MODIFICACIÓN A LAS ESTIPULACIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA	13
Cláusula c. EQUIVOCACIÓN EN LA EDAD	13
Cláusula d. FORMA DE PAGAR LAS PRIMAS	13
Cláusula e. PERÍODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS	13
Cláusula f. EXONERACION DE PRIMA	13
Cláusula g. SUSPENSIÓN DE COBERTURA	14
Cláusula h. REHABILITACIÓN	14
Cláusula i. MODIFICACIÓN DE LAS PRIMAS	14
Cláusula j. RENOVACIONES ANUALES	14
Cláusula k. IMPUESTOS Y CONTRIBUCIONES	14
Cláusula l. NOTIFICACIONES DEL ASEGUROADO A LA COMPAÑÍA	15
Cláusula m. CAMBIO DE PLAN	15



CONTENIDO



Cláusula n. SUBROGACION	15
Cláusula o. ARBITRAJE	16
Cláusula p. ACCIONES LEGALES	16
Cláusula q. DOMICILIO, JURISDICCIÓN Y LEGISLACIÓN APLICABLE	16
Cláusula r. DESCARGO DE RESPONSABILIDAD	16
SECCIÓN I	
SEGURO DE SALUD	17
V. BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS -APlicable al asegurado principal y a sus grupos asegurados	17
Cláusula a. CLÁUSULA DE ASEGURAMIENTO	17
Cláusula b. ESTIPULACIONES DE ELEGIBILIDAD APLICABLES AL ASEGURADO PRINCIPAL Y LOS ASEGURADOS QUE CONFORMAN SUS GRUPOS ASEGURADOS	17
VI. SERVICIOS CUBIERTOS	18
VII. DEFINICIONES DE LOS BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS	19
VIII. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	26
IX. OTRAS DEFINICIONES APLICABLES A LOS BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS	29
X. PERIODOS DE ESPERA	35
XI. DEDUCIBLE	36
XII. OMISIÓN O INEXACTAS DECLARACIONES	37
XIII. TERMINACIÓN DEL SEGURO DE SALUD	38
XIV. SECCIONES ADICIONALES	38
Cláusula a. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE LA COMPAÑÍA	38
Cláusula b. SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA	38
Cláusula c. AVISO Y PRUEBA DE RECLAMACIÓN	39
Cláusula d. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN	39
Cláusula e. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	39
Cláusula f. CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA	40



BIENVENIDO A PAN-AMERICAN PRIVATE CLIENT

Su pase privado hacia el cuidado de salud más exclusivo del mundo

Gracias por elegir a Pan-American Private Client. Esta guía de membresía describe en detalle el uso de su Póliza y cómo tener acceso a nuestros servicios. Por favor, tome unos minutos para leer esta guía de membresía, así como su Certificado de Cobertura.

Es importante para nosotros que usted esté completamente satisfecho con la cobertura que ha seleccionado. Si tiene

alguna pregunta acerca de su plan, puede ponerse en contacto con su Agente o llamarnos. La información para contactarnos la encontrará en la sección "Cómo Contactarnos" de esta guía.

Pan-American Private Client es un concepto de Pan-American Life Insurance Group (PALIG).

ACERCA DE PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE GROUP

Un siglo de promesas cumplidas

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.





NUESTRO COMPROMISO

Pan-American Life Insurance Company (PALIC) ha estado proporcionando seguridad financiera confiable a miles de individuos y familias en América Latina y el Caribe desde

1911. Nuestra dedicación y compromiso con las Américas, han colocado a PALIC como una de las aseguradoras más confiables de la región.

INTRODUCCIÓN

Detalles sobre su Póliza de Seguro de Salud

Su póliza es un contrato anual entre Pan-American Life Insurance Company (PALIC) y el Asegurado Principal nombrado en el Certificado de Cobertura. La póliza está compuesta por:

- Esta Guía de Membresía, el Certificado de Cobertura y todas las enmiendas de la póliza
- La información que nos fue proporcionada en la Solicitud firmada (ya sea por copia impresa o de forma

electrónica), los cuestionarios médicos y cualquier otra información médica proporcionada por las personas aseguradas o a nombre de las mismas

Estará indicado en esta guía el producto que usted ha elegido. El deducible seleccionado aparecerá en su Certificado de Cobertura, así como en su tarjeta de membresía. Cualquier enmienda adicional o condiciones especiales exclusivas de su póliza, aparecerán en su Certificado de Cobertura.

DOCUMENTOS DE BIENVENIDA

Como miembro de Pan-American Private Client, usted recibirá los documentos de bienvenida (copia impresa o de forma electrónica) que contiene:

- **Tarjeta de Membresía:** Después de la emisión de su póliza, usted recibirá dos tarjetas por Grupo Familiar o una tarjeta si usted es la única persona asegurada bajo su póliza. Dicha tarjeta contiene los nombres de todos los miembros asegurados bajo cada Grupo Familiar, el

número de póliza, deducible anual y la información de cómo contactarnos. Le recomendamos llevar dicha tarjeta siempre consigo. Si necesita corregir algún nombre, por favor solicite un reemplazo por medio de su agente o a través de nuestro equipo. La información de "Cómo Contactaros" aparece en la sección con el mismo nombre en esta guía. El reemplazo de tarjetas es un servicio gratuito.



- **Guía de Membresía:** En esta guía encontrará importante información acerca de cómo utilizar su póliza de seguro de salud, cómo presentar un reclamo o cómo hacer el pago de su prima. Hemos creado esta guía para ayudarle a comprender el funcionamiento y uso de su póliza y lo que puede esperar de nosotros.
- **Certificado de Cobertura y Condiciones Particulares:** Este documento especifica el producto que usted ha elegido y el deducible que ha seleccionado para usted y sus dependientes (si los hubiere). También indica la fecha de efectividad de su cobertura, número de póliza, información de los asegurados, coberturas otorgadas, restricciones de cobertura (si las hubiere).
- **Formulario de Reclamo:** En caso de necesitar someter un reclamo para reembolso, será necesario que utilice este formulario. Si necesita asistencia para completarlo, por favor contacte a su agente o llámenos.

CÓMO CONTACTARNOS

Le aseguramos que siempre estaremos disponibles para asistirlo. Para esto contamos con un equipo de profesionales dedicados quienes están siempre dispuestos a ayudarle.

Nuestro objetivo principal es ofrecerle un servicio de excelencia.

Para preguntas relacionadas con la administración de su póliza o reclamo(s), por favor contactarnos:

Consultas generales y servicio: serviciopan@palig.com

Manejo de póliza y selección de riesgos:
evaluacionpan@palig.com

Notificaciones médicas y emergencias:
notificacionespan@palig.com

Reclamos e informes médicos: reclamospan@palig.com

Teléfono: **(507) 836-5075**

CÓMO SERVIRLE MEJOR

El Equipo de Servicio Médico de Pan-American Private Client.

Contamos con un exclusivo equipo interno de profesionales médicos dedicados a usted. Nuestro equipo médico multilingüe tiene el conocimiento y la experiencia para brindarle la ayuda

que usted requiere las 24 horas del día, los 365 días del año. Desde coordinar una Ambulancia Aérea, hasta hacer los arreglos necesarios para una hospitalización, coordinar una segunda



opinión o simplemente concertar una cita médica, estamos siempre a su disposición para guiarlo durante el proceso.

Nuestros médicos podrán monitorear su progreso desde el primer día manteniendo comunicación constante con médico y familia del asegurado y dependientes.

Usted puede contactar a nuestro equipo Médico Private Client por:

- **Teléfono: (507) 836-5075**
- **Email: notificacionespan@palig.com**

Para su conveniencia, dicha información se encuentra en el reverso de su tarjeta de membresía.

NOTIFICACIÓN

Para asegurarnos de poder cumplir con sus expectativas de servicio, es necesario que usted nos notifique cuando vaya a recibir un tratamiento médico. Esto nos permitirá verificar que el tratamiento está cubierto por su póliza, a la vez de permitirnos siempre que sea posible, concertar el pago directo con el hospital o médico que haya elegido, reduciendo de esa manera un gasto imprevisto.

Para garantizar el pago directo y la coordinación de beneficios, se requiere la notificación de toda hospitalización,

cirugía ambulatoria y otros beneficios. Los beneficios que requieren notificación serán identificados en esta guía de membresía por el siguiente símbolo:

Nuestro servicio no tiene la intención de sustituir los consejos profesionales o el cuidado que un paciente recibe de su médico. No debe usarse para hacer diagnósticos o tratamientos médicos y la información suministrada por nuestro personal no debe utilizarse con ese propósito.

PALIGMED ESSENTIAL, BÚSQUEDA DE PROVEEDORES PREFERIDOS

A través de paligmed.com, usted puede acceder a la lista de nuestros Proveedores Preferidos, PALIGMED Essential, donde encontrará los hospitales preferidos por nuestra Compañía. Dicha lista le permitirá encontrar los hospitales y clínicas por ciudad o estado.



PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMA, S.A.,
(En adelante llamada la Compañía), se compromete a pagar los beneficios que constan en el Cuadro de seguro de esta Póliza, al Asegurado Principal: _____, (En adelante llamado el Contratante), y a las siguientes personas como miembros de sus Grupos Asegurados:

Esta Póliza No. _____, se expide al Contratante en consideración a las Declaraciones presentadas a la Compañía por el Asegurado Principal y sus Grupos Asegurados. La primera prima vence en la fecha efectiva de la Póliza y las primas subsiguientes vencerán y deben pagarse de ahí en adelante, mientras esta póliza se halle vigente.

Esta Póliza estará vigente durante el periodo de seguro pactado. Al finalizar la vigencia del seguro estipulada en este Contrato, se entenderá como renovada la póliza por un nuevo período de igual duración. Las condiciones generales aplicables, serán las que rijan para el contrato en la fecha de renovación y que están registradas ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

En tanto que, el incremento en la prima que se efectuará para cada renovación será el que resulte técnicamente

sustentable, teniendo en cuenta entre otros, la edad del Asegurado y coberturas ofrecidas.

Ningún Asegurado individual será penalizado individualmente con la cancelación o modificación de esta Póliza, basado solamente en un historial desfavorable de reclamos.

Todos los pagos relativos a esta Póliza, efectuados por el Contratante se verificarán en la ciudad de Panamá en la moneda legal de la República de Panamá.

COBERTURAS	INCLUIDO
Beneficio de Salud	<input type="checkbox"/>
DEDUCIBLES	PAN AMERICAN HEALTH ACCESS PLUS
\$ 1,000.00	<input type="checkbox"/>
\$ 2,000.00	<input type="checkbox"/>

GERENTE GENERAL


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



III. CUADRO DE SEGURO

BENEFICIO DE GASOS MÉDICOS	HEALTH ACCESS PLUS
Máximo beneficio anual por gastos médicos	\$1,000,000
Área de cobertura	Panamá y Mundial
1. HOSPITALIZACIÓN	
Habitación y alojamiento (por día)	100%
Unidad de cuidados intensivos (por día)	100%
Acompañante de un menor hospitalizado. Cobertura máxima por noche.	\$100
Acompañante de un asegurado mayor de 18 años hospitalizado. Cobertura máxima por noche por un máximo de 30 días.	\$100
Honorarios del Cirujano y del Médico Asistente	100%
Honorarios del Anestesiólogo	100%
Medicamentos recetados.	100%
Estudios de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes	100%
Tratamiento de cáncer	100%
Diálisis	100%
Prótesis e instrumentos correctivos	100%
Trasplante de órganos de por vida, mientras la póliza esté vigente	Hasta \$300,000.00
Gastos del proceso de donación	Hasta \$25,000 por trasplante de por vida, mientras la póliza esté vigente. (ESTE VALOR, QUE SE DESCUENTA DEL VALOR TOTAL ASEGURADO POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS, ESTÁ DESTINADO SÓLO A CUBRIR LOS GASTOS DE PROCESO DE DONACIÓN)
Deductibles	\$1,000.00 ó \$2,000.00



2. TRATAMIENTOS AMBULATORIOS

Visitas a médicos y especialistas	100%
Visitas a la sala de emergencia	100%
Tratamiento de cáncer	100%
Estudios de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes	100%
Diálisis	100%
Medicamentos recetados.	Hasta \$6,000
Terapia física y rehabilitación. Máximo 30 días	Hasta \$6,000
Cuidados de salud en el hogar. Máximo 30 días	Hasta \$6,000
Equipo médico duradero	Hasta \$6,000

3. OTROS BENEFICIOS

Maternidad y Cuidados del Recién Nacido Sano (No aplica deducible)	Hasta \$4,000 por evento
Complicación del Embarazo y Cuidados del Recién Nacido enfermo (No aplica deducible)	Hasta \$100,000 de por vida, mientras la póliza esté vigente
Ambulancia aérea y terrestre (No aplica deducible)	Hasta \$50,000
Condiciones Congénitas y hereditarias detectadas antes de los 18 años de edad, ya sea antes del nacimiento o después del mismo y que sean tratadas antes o después del nacimiento tendrán un beneficio de por vida, mientras la póliza este vigente.	Hasta \$300,000
Condiciones congénitas y hereditarias detectadas a partir de los 18 años, de por vida, mientras la póliza esté vigente	Hasta \$1,000,000
Exámenes Médicos Preventivos (No aplica deducible)	Hasta \$150
Pasatiempos Riesgosos y Deporte Aficionado	Hasta \$250,000 de por vida, mientras la póliza esté vigente
Tratamiento Dental de Emergencia	100%
Cuidados con fines paliativos	100%
Tratamientos Especiales	100%



Repatriación de restos mortales	Hasta \$50,000
Tratamiento médico de emergencia	100%
HIV/SIDA	Hasta un máximo de \$100,000 de por vida. Este beneficio cuenta con un periodo de espera de 12 meses.
Tratamientos de Podología	100%
Cobertura de Viajero en caso de emergencias	Se eliminará el deducible en caso de cualquier tratamiento por Emergencia Médica, incurrida fuera del País de residencia. Este beneficio aplicará para la primera asistencia de la Emergencia Médica, siendo posible manejar como pago directo los casos que requieran hospitalización de más de 24 horas.

IV. CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

Seguro De Salud Individual **PAN AMERICAN HEALTHACCESS PLUS**

Cláusula a. LA PÓLIZA Y LA SOLICITUD DE SEGURO CONSTITUYEN EL CONTRATO COMPLETO

La Póliza junto con la Solicitud de Seguro del Asegurado Principal Contratante, de la cual se adjunta copia a esta Póliza, así como de las solicitudes de seguro individuales de los Grupos Asegurados, 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, si lo hay.

Cualquier equivocación, omisión, inexactitud, falsedad o reticencia en las manifestaciones hechas por los asegurados, eximirán a la Compañía de toda obligación con relación a esta Póliza.



Cláusula b. MODIFICACIÓN A LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

El Representante Legal de la Compañía será la única persona con autoridad para cambiar, modificar o hacer exención de las condiciones particulares de esta Póliza, en cuyo caso tal acto, para ser válido, deberá constar en un endoso firmado, que contenga el consentimiento del Asegurado Principal Contratante del Seguro.

Cláusula c. EQUIVOCACIÓN EN LA EDAD.

Si existe un error en la edad de cualquier Asegurado, la cantidad pagadera bajo el presente Contrato será la cantidad completa del beneficio a que tenga derecho el Asegurado, pero se hará un ajuste en la prima a fin de que la Compañía reciba las primas correspondientes a la edad verdadera. En tal caso procederá la Compañía a reevaluar la póliza conforme a la edad correspondiente.

Cláusula d. FORMA DE PAGAR LAS PRIMAS.

El Asegurado Principal pagará la prima correspondiente por adelantado, a menos que opte por pagos fraccionados, en cuyo caso podrá realizarlos trimestral o semestralmente. Los pagos se pueden realizar por medio de tarjeta débito, tarjeta de crédito, cheque o depósito directo en una cuenta de la Compañía.

Mediante petición escrita el Asegurado puede solicitar modificación en el plazo de pago de la prima, en cualquier aniversario de esta Póliza, con el ajuste apropiado del caso, aunque ningún pago de prima podrá conservar esta Póliza en vigencia más allá de la fecha en que venza y sea pagadera la siguiente prima.

Cláusula e. PERÍODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS.

Se concederá un periodo de gracia de 30 días para el pago de la prima, en cualquier fecha de vencimiento.

Este periodo de treinta (30) días comienza en la fecha de vencimiento del pago de la prima. Si la prima no se recibe en la Compañía al final del periodo de gracia, se entenderá que ha ocurrido en incumplimiento de pago, lo que tiene el efecto jurídico inmediato de suspender la cobertura de la póliza hasta por sesenta días

La Compañía enviará al Asegurado el aviso de cancelación de la póliza por morosidad en el pago de la prima, con una anticipación de quince (15) días hábiles, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación actualmente vigente. Transcurrido este término de quince días, se considerará terminada la póliza.

Clausula f. EXONERACION DE PRIMA.

En caso de fallecimiento del Asegurado Principal, la Compañía cancelara y asumirá el pago de la prima de renovación de la Póliza por dos (2) años para los Asegurados que pertenecieran al núcleo familiar del Asegurado Principal en el momento de su fallecimiento. Para que este beneficio surta efectos, el fallecimiento del Asegurado Principal deberá haber sido causado por una Lesión, Condición Médica o Enfermedad elegible para los Gastos Médicos Cubiertos. Este beneficio terminara automáticamente para el cónyuge o concubino(a) sobreviviente y sus descendientes, si el cónyuge o concubino contrajera matrimonio o entrara en estado de concubinato; y para el caso de otros Asegurados que pertenezcan a su núcleo familiar, cuando estos dejen de ser elegible. En caso de reembolso, la Compañía pagara los Gastos Médicos Cubiertos al Asegurado que haya generado dichos gastos. Cuando los gastos le correspondan al



Asegurado Principal y este hubiere fallecido, dichos gastos deberán ser rembolsados al último beneficiario designado, en el caso que no exista beneficiario designado se realizará el reembolso atendiendo al procedimiento sucesorio establecido por la legislación.

En el caso que en el núcleo del Asegurado Principal sobrevivan únicamente hijos dependientes menores de edad, se requerirá que quien ostente su patria potestad pase a ser el Contratante en la póliza para que los dependientes puedan ser elegibles para este beneficio. Si el Tutor que pasaría a ser el Contratante no hubiera estado previamente asegurado en la póliza y el mismo quisiera contar con cobertura, deberá enviar una solicitud de cobertura y pasaría por evaluación de riesgo.

Cláusula g. SUSPENSIÓN DE COBERTURA.

Cuando el contratante no realice el pago de la prima dentro del periodo de gracia de 30 días, conforme el calendario de pago establecido, se entenderá que ha incurrido en incumplimiento de pago, lo que tiene el efecto jurídico inmediato de suspender la cobertura de la póliza hasta por sesenta días.

La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse la cobertura de la póliza a partir del pago de la prima dejada de pagar durante dicho periodo.

Cláusula h. REHABILITACIÓN.

Durante los sesenta (60) días siguientes a la cancelación de la Póliza, ésta puede ser rehabilitada, a discreción de la Compañía. El proceso de rehabilitación requiere completar

una nueva solicitud de seguro, así como los expedientes médicos que la Compañía requiera para evaluar la solicitud de seguro y el pago de la prima correspondiente.

Cláusula i. MODIFICACIÓN DE LAS PRIMAS.

Durante el período de un año contado a partir de la fecha de vigencia de la Póliza, la prima se calculará de acuerdo con las tarifas de primas vigentes. La Compañía tiene el derecho de cambiar las tarifas: 1º) En cualquier fecha de renovación de la póliza y 2º) Siempre que la Compañía notifique al Asegurado Principal Contratante por lo menos con treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento.

Cláusula j. RENOVACIONES ANUALES.

Al finalizar la vigencia del seguro estipulada en este Contrato, se entenderá como renovada la póliza por un nuevo período de igual duración. Las condiciones generales aplicables, serán las que rijan para el contrato en la fecha de renovación y que están registradas ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

En tanto que, el incremento en la prima que se efectuará para cada renovación será el que resulte técnicamente sustentable, teniendo en cuenta entre otros, la edad del Asegurado y coberturas ofrecidas.

Ningún Asegurado individual será penalizado individualmente con la cancelación o modificación de esta Póliza, basado solamente en un historial desfavorable de reclamos.

Cláusula k. IMPUESTOS Y CONTRIBUCIONES.

Salvo disposición legal en contrario, todos los impuestos



y contribuciones que gravaren la presente Póliza serán responsabilidad del Asegurado Principal Contratante.

Cláusula I. NOTIFICACIONES DEL ASEGUROADO A LA COMPAÑÍA.

El Asegurado Principal deberá informar a la Compañía cualquier situación que pueda implicar una modificación a la Póliza, tales como: ingresos o retiros a los Grupos Asegurados; cambios de residencia; cambios a consecuencia de nacimientos, adopciones, matrimonios, fallecimientos, parentesco; cambios de estado civil; así como datos generales del Grupo Asegurado, dentro de los treinta (30) días siguientes a la ocurrencia de la situación.

Cualquier ingreso a los Grupos Asegurados durante la vigencia de la Póliza deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos por la Compañía.

Para la inclusión de un Asegurado durante la vigencia de esta Póliza, la prima se liquidará a prorrata a partir de la fecha de aceptación por parte de la Compañía, hasta el vencimiento de la anualidad de la Póliza y se pagará en la misma forma convenida para los demás Asegurados.

El retiro de las personas aseguradas por fallecimiento dará derecho a la devolución de la prima a prorrata, a partir de la fecha de fallecimiento de la persona asegurada.

La Compañía se reserva el derecho de limitar, extraprimar o rechazar el riesgo propuesto.

Las notificaciones pueden hacerse mediante comunicación escrita dirigida a La Compañía ó a la dirección electrónica suministrada al momento de contratar la póliza.

Cláusula m. CAMBIO DE PLAN.

El Asegurado Principal puede solicitarle a La Compañía un cambio de plan o de producto después de que la Póliza entre en vigencia. Toda solicitud debe ser hecha por escrito por el Asegurado Principal pero solamente en la Fecha del Aniversario de la póliza. Para facilitar dicho proceso, se puede utilizar el portal de La Compañía en línea, cuya dirección es informada al Asegurado Principal en el momento de contratar la póliza, o mediante comunicación radicada en las oficinas de La Compañía, seleccionando la opción para el procesamiento del cambio de plan. Algunos cambios de plan se podrán efectuar automáticamente en línea, pero otros requerirán evaluación de riesgos. En tal caso, La Compañía solicitará al Asegurado Principal la información pertinente.

Todo cambio de plan surtirá efectos a partir del momento en que el Asegurado principal reciba la comunicación de aceptación por parte de la Compañía.

Cláusula n. SUBROGACION.

El Asegurado Principal por este medio transfiere y cede ilimitadamente a la Compañía, todos los derechos de recuperar de cualquier fuente, los pagos efectuados por cualquier beneficio cubierto por esta póliza resultante de pérdidas, lesiones o daños al Asegurado Principal y/o cualquier miembro de los Grupos Asegurados, cuando dichas lesiones o daños son responsabilidad de un tercero.

En virtud del derecho de subrogación, la Compañía podrá recuperar los pagos efectuados directamente de los causantes de dichas pérdidas, lesiones o daños. En igual forma lo podrá hacer con el Asegurado Principal y/o cualquier



miembro de los Grupos Asegurados, si han recuperado ellos los pagos en violación del derecho de subrogación.

Cláusula o. ARBITRAJE.

Cualquier litigio o controversia provenientes de, o relacionada con esta Póliza, así como la interpretación de la misma, podrá resolverse por medio de arbitraje de común acuerdo entre las partes, previo intento de conciliación, por el Centro de Conciliación y Arbitraje de Panamá, conforme a sus reglas de procedimiento. El arbitraje será en derecho y de conformidad con las leyes de la República de Panamá.

La ejecución del laudo será competencia de los tribunales de jurisdicción civil y mercantil de Panamá.

Lo anterior sin perjuicio al derecho que tiene el asegurado de presentar proceso administrativo de decisión de quejas ante el Departamento de Protección al Consumidor de Seguros de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, siempre y cuando la cuantía del reclamo no supere los límites establecidos en la ley.

Cláusula p. ACCIONES LEGALES.

No se podrá iniciar ninguna demanda judicial ni por vía de equidad para ganar un pleito contra esta Póliza, con anterioridad a la expiración de los noventa (90) días después de que se haya presentado prueba de reclamación de acuerdo con los requisitos de esta Póliza, ni tampoco tal demanda será interpuesta a menos que se haga dentro del periodo de prescripción de un (1) año de las acciones derivadas del contrato de seguro cualquiera que sea su naturaleza.

Cláusula q. DOMICILIO, JURISDICCIÓN Y LEGISLACIÓN APPLICABLE.

Sin perjuicio de las disposiciones procesales, para todos los efectos de esta póliza se fija como domicilio contractual la ciudad de Panamá; y como legislación aplicable las leyes de la República de Panamá. A pesar de que la presente póliza tiene coberturas por servicios médicos prestados fuera de la República de Panamá, cualquier reclamo o demanda en cualquier vía se deberá sujetar a la jurisdicción y legislación indicadas en esta cláusula en virtud de que las primas son pagaderas en Panamá y que de conformidad con las Leyes de la República de Panamá la Compañía constituye las reservas de la póliza en Panamá.

Cláusula r. DESCARGO DE RESPONSABILIDAD.

La Compañía no se hará responsable por la calidad del servicio profesional o técnico recibido de cualquier institución o individuo y objeto de cobertura. Tampoco tendrá responsabilidad en reclamaciones basadas en actos de omisión, negligencia o impericia de un hospital, laboratorios, enfermera, médico o proveedor. La Compañía es responsable, únicamente, por el pago de los beneficios elegibles bajo las estipulaciones de esta Póliza

De igual manera, el Asegurado exonera de responsabilidad a la Compañía por las complicaciones resultantes de cualquier negligencia en los servicios recibidos de la entidad que provee la transportación aérea o terrestre de pacientes, incluyendo retrasos o restricciones del vuelo.



SECCIÓN I - SEGURO DE SALUD

V. BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS -APLICABLE AL ASEGURADO PRINCIPAL Y A SUS GRUPOS ASEGURADOS-

Cláusula a. CLÁUSULA DE ASEGURAMIENTO

Sujeto a los términos y condiciones de esta Póliza, el Asegurado Principal Contratante y los Asegurados que hacen parte de sus Grupos Asegurados, tendrán derecho a los beneficios de Gastos Médicos que se detallan como Servicios Cubiertos, sujetos al deducible correspondiente, con excepción de los beneficios que expresamente se encuentren excluidos del pago de deducible. Los beneficios se pagarán teniendo en cuenta los costos usuales, razonables y acostumbrados en el área geográfica de cobertura.

Los Beneficios de Gastos Médicos, como se definen en el Cuadro de Seguro, consistirán de una cantidad por beneficio para los Gastos Médicos incurridos por cada individuo Asegurado durante un Año Calendario. Estas cantidades estarán sujetas a las condiciones y limitaciones indicadas en el Cuadro de Seguro.

Cláusula b. ESTIPULACIONES DE ELEGIBILIDAD APLICABLES AL ASEGURADO PRINCIPAL Y LOS ASEGURADOS QUE CONFORMAN SUS GRUPOS ASEGURADOS.

1. ELEGIBILIDAD PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL:

Es la persona que cuenta con más de 18 y menos de 76 años de edad en el momento de formular la Solicitud para el Seguro. Puede asegurarse individualmente o con cualquier otra persona que haga parte de su "Grupo Asegurado", de acuerdo con la definición que se da a continuación.

Para que se emita un seguro a un solicitante, debe cumplir

la condición necesaria de elegibilidad. Esto se comprueba a través de la solicitud de seguro individual, para comprobar la edad, estado de salud, y otros elementos evaluativos o mediante examen o historial médico.

Es requisito indispensable de elegibilidad que el asegurado principal y todos los miembros de su "Grupo Asegurado" sean residentes legales y permanentes de la República de Panamá.

2. ELEGIBILIDAD PARA GRUPO ASEGURADO:

Las personas con menos de 76 años de edad, que a consideración de la Compañía, previa solicitud del Asegurado Principal y previo el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad respectivos, sean consideradas asegurables. En consecuencia, son asegurables las siguientes personas:

- Grupo 1: Asegurado Principal; Cónyuge o concubino(a) del Asegurado Principal; y Dependientes.
- Grupo 2: Padres del Asegurado Principal.
- Grupo 3: Padres del Cónyuge o concubino(a) del Asegurado Principal.

Bajo una misma Póliza se podrán asegurar hasta un máximo de tres (3) grupos asegurados.

Los Dependientes del Asegurado Principal y su Cónyuge o concubino(a) son elegibles para solicitar cobertura bajo la Póliza del Asegurado Principal.



No existe edad máxima para la renovación de ningún Asegurado. Al cumplir 18 años de edad, los Dependientes son elegibles para cobertura bajo su propia Póliza sin selección de riesgos, pagando la prima correspondiente, con un Deducible igual o mayor de la Póliza bajo la cual estaban cubiertos, con las mismas condiciones y restricciones de la Póliza anterior. Si el Dependiente desea cambiar a un Deducible más bajo o desea aumentar los beneficios, requerirá una nueva evaluación de riesgos. La Solicitud para una nueva Póliza debe ser recibida por la Compañía mientras la Póliza bajo la cual estaban cubiertos los Dependientes, esté vigente.

3. ELEGIBILIDAD DEL RECIÉN NACIDO:

a) Adición automática: Un niño que haya nacido de una Maternidad Cubierta, únicamente para Planes I y II y de acuerdo a la definición en esta póliza, podrá ser adicionado a la Póliza como Dependiente sin pasar por evaluación de riesgo. Para dicho propósito, la Compañía habrá de recibir una nota que contenga el nombre del niño, el sexo y la fecha de nacimiento del mismo dentro de un período de 90 días después de su fecha de nacimiento, junto con el pago de la prima correspondiente. La cobertura del recién nacido cobrará efecto a partir de su fecha de nacimiento, sin que exista período de espera. Los gastos médicos por Lesiones y Enfermedades del Recién Nacido no relacionadas con Condiciones Congénitas y Hereditarias, tal como insuficiencia respiratoria, prematuridad, hipoglicemia, bajo peso y traumatismos del parto que hayan sido diagnosticadas durante los primeros 31 días de vida, recibirán cobertura hasta

un máximo de \$100,000 de por vida, bajo el beneficio de complicaciones del embarazo y el cuidado del recién nacido enfermo.

Las complicaciones de embarazos o de Recién Nacidos que resulten por el uso de métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad, no tendrá cobertura bajo los beneficios de esta póliza.

Las condiciones diagnosticadas después de los primeros 31 días de vida del niño recibirán cobertura de acuerdo con los términos y limitaciones de esta Póliza. Para que la Compañía provea dichos beneficios, el niño debe haber sido adicionado a la Póliza y la prima correspondiente pagada.

b) Adición sujeta a evaluación de riesgos: Cuando la notificación de un nacimiento ó el pago de la prima sean recibidos por la Compañía después de los 90 días posteriores al nacimiento, o cuando el Recién Nacido nazca de un embarazo no cubierto por la Póliza, se requerirá una Solicitud de Seguro para procesar la adición del Recién Nacido a la Póliza, y la adición estará sujeta a evaluación de riesgos. Si la cobertura del Recién Nacido es aprobada, la misma tendrá un período de espera de 60 días después de su fecha efectiva. Durante este período de espera, sólo aquellas enfermedades que resulten de accidentes o enfermedades infecciosas tendrán cobertura.

VI. SERVICIOS CUBIERTOS

Los gastos elegibles por los servicios cubiertos que se describen a continuación, están sujetos a las condiciones, términos y límites de la Póliza y serán pagados a cada Asegurado, cada

año póliza. Todos los beneficios están sujetos al deducible correspondiente, indicado en el Cuadro de Seguro y se pagarán teniendo en cuenta los costos usuales, razonables



y acostumbrados en área geográfica de cobertura y la fecha incurrida del gasto elegible por los servicios cubiertos.

Esta póliza proporciona cobertura en cualquier hospital del mundo. No obstante, La Compañía ha conformado una Lista de Proveedores Preferidos, donde los Asegurados podrán acceder a una amplia gama de servicios dentro de los Estados Unidos de América, con las limitaciones señaladas en el siguiente párrafo.

La compañía aplicando sus políticas efectuará pagos directos a los Hospitales en los Estados Unidos de América y en todo el mundo por los servicios cubiertos en la Póliza, siempre que sea posible. Si este hecho no es viable, debido a políticas particulares del Proveedor la Compañía reembolsará al Asegurado Principal los Gastos Usual, Razonables y Acostumbrados para esa área geográfica en particular, con la

excepción de los Estados Unidos de América donde, salvo para los casos de Urgencia Médica, la cobertura será exclusivamente dentro de los hospitales incluidos en la Lista de Proveedores Preferidos. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado Principal.

En todo caso, el Asegurado debe obtener la preautorización de los procedimientos y hospitalizaciones que así determine la Compañía.

Cuando el Asegurado requiera tratamiento electivo en los Estados Unidos de América el servicio estará limitado a los PROVEEDORES PREFERIDOS dispuestos por la Compañía.

VII. DEFINICIONES DE LOS BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS

1. Acompañante de un menor hospitalizado. Se pagará hasta el valor señalado en el Cuadro de Seguro, por noche, por cargos incluidos en la factura del hospital, por la estancia durante la noche de un acompañante, en la misma habitación que ocupe un Asegurado menor de 18 años que esté hospitalizado. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

2. Acompañante de un Asegurado mayor de 18 años hospitalizado. Se pagará hasta el valor señalado en el Cuadro de Seguro, por noche, por cargos incluidos en la factura del hospital, por la estancia durante la noche de un acompañante, en la misma habitación que ocupe un Asegurado Mayor de 18 años que esté hospitalizado.

Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

3. Ambulancia (área o terrestre). Se pagará un máximo de hasta el valor señalado en el Cuadro de Seguro por la transportación aérea o terrestre de emergencia cuando:

- El diagnóstico del Asegurado esté relacionado con una condición cubierta por esta Póliza.
- Las necesidades técnico científicas y complejidad del tratamiento requerido exceden la capacidad técnica científica del sitio donde se encuentre el asegurado en el momento que se requiera el beneficio
- El transporte por cualquier otro medio puede poner



- en riesgo la vida o la integridad física del Asegurado.
- El transporte lo presta una entidad autorizada para dicho propósito.
- El Asegurado es transportado a la instalación médica más cercana donde se pueda proporcionar el tratamiento adecuado para su condición médica.

Toda transportación vía ambulancia aérea debe ser coordinada y aprobada con anterioridad por la Compañía. Cuando un Asegurado ha sido originalmente transportado fuera de su país de residencia por medio de una ambulancia aérea pagada por la Compañía, ésta última, a su juicio, y sólo cuando sea médicaamente necesario, podrá aprobar el retorno del Asegurado a su país de residencia vía ambulancia aérea.

La Compañía no pagará indemnizaciones por Ambulancia (áerea o terrestre) cuando el Servicio no haya sido previamente autorizado por ésta. Para este beneficio no aplica deducible.

La Compañía no es responsable por complicaciones que resulten de la negligencia de los proveedores de servicios de transporte o sus afiliados, incluyendo retrasos o restricciones de vuelo.

- 4. Complicación del Embarazo y Cuidados del Recién Nacido enfermo.** LA COMPAÑIA pagará el monto máximo indicado de por vida en el Cuadro de Seguro, en caso de complicaciones del embarazo y enfermedades del Recién Nacido, que hayan sido diagnosticadas durante los primeros 30 días de vida (no causadas por Enfermedades Congénitas o Hereditarias) tales como dificultades respiratorias, prematuridad, hipoglicemia, bajo peso y trauma del nacimiento. Existe un periodo de espera de diez (10) meses para este beneficio a partir de la fecha de

efectividad de la cobertura de la madre asegurada bajo esta póliza. Este período de espera siempre se aplicará, a menos que el mismo sea exonerado por escrito por LA COMPAÑIA. Para que este beneficio sea evaluado se requerirá historia obstétrica completa del embarazo en curso y de todos los embarazos anteriores, que incluya forma de concepción del embarazo. Esta cobertura sólo está disponible para los Embarazos Cubiertos bajo las opciones de deducible I y II (deductibles de US \$1,000 y US \$2,000) y para aquellas maternidades donde este beneficio no se encuentre explícitamente excluido.
Para este beneficio no aplica deducible.

- 5. Condiciones congénitas y hereditarias.** Los beneficios por enfermedades congénitas y hereditarias que se manifiesten y se traten ya sea antes del nacimiento, antes de los 18 años de edad o después de los 18 años de edad, se cubrirán hasta los límites máximos establecidos en el Cuadro de Seguro, por asegurado, de por vida, mientras la póliza esté vigente de conformidad con la edad al momento de la detección de la condición. Dichos beneficios deben ser coordinados y aprobados con anterioridad por la Compañía.

- 6. Cuidados con fines paliativos.** Cuando sea médicaamente necesario, todos los gastos relacionados con el cuidado de fines paliativos serán cubiertos hasta los límites de la póliza, lo cual incluye el cuidado físico, la atención psicológica y de enfermería. Este beneficio se considera que mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades terminales con una expectativa de vida de no más de seis (6) meses. Este beneficio debe ser coordinado y autorizado previamente por la Compañía.

- 7. Cuidados médicos o de salud en el hogar.** Cuidados



prestados al asegurado en su hogar por un profesional licenciado, (médico, enfermero o terapeuta). Se cubrirá hasta el valor señalado en el Cuadro de Seguro, por un período inicial de hasta 30 días durante un año Póliza. Para su aprobación, debe presentarse un plan de tratamiento a la Compañía. Puede aprobarse una extensión si se considera médicaamente necesaria. Este beneficio y cualquier extensión otorgada deben ser coordinados y aprobados con anticipación por la Compañía.

- 8. Diálisis.** Se cubrirá la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y cualquier otro tipo de diálisis, ya sea realizada en el hospital o de manera ambulatoria, hasta los límites de la Póliza. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.
- 9. Equipo médico duradero.** Cuando sea médicaamente necesario, se cubrirán aditamentos, órtesis, prótesis, ayudas técnicas en rehabilitación y sistemas de movilidad, hasta el valor señalado en el Cuadro de Seguro. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.
- 10. Estudios de laboratorio, patología y diagnóstico por imágenes.** Se cubrirán estos procedimientos, ya sean cubiertos en un hospital o de manera ambulatoria, hasta los límites señalados en el Cuadro de Seguro, siempre que sean prescritos por el médico del Asegurado.
- 11. Exámenes médicos preventivos.** Se pagará hasta el valor señalado en el Cuadro de Seguro, para exámenes médicos preventivos. Este beneficio puede cubrir procedimientos o exámenes de diagnóstico y vacunas. Para este beneficio no aplica deducible.

- 12. Habitación y alojamiento.** Corresponde a la habitación privada o semiprivada estándar de un hospital, el cual incluye los gastos de habitación, alimentos y cuidados generales de enfermería recibidos durante la hospitalización. Se cubrirá el 100% por día, cuando el Asegurado reciba tratamiento en un hospital de los Proveedores Preferidos de la Compañía, en caso de recibirse la atención en los Estados Unidos de América. En caso contrario, se cubrirá hasta el valor indicado en el Cuadro de Seguro, limitado al costo Usual, Razonable y Acostumbrado (URA). Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.
- 13. Honorarios del anestesiólogo.** Son los cargos de la administración de anestesia durante un procedimiento quirúrgico o los servicios requeridos para el control del dolor. Serán cubiertos de acuerdo a los honorarios Usuales, Razonables y Acostumbrados y de un Anestesiólogo en un área o país determinado. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.
- 14. Honorarios del Cirujano y del Médico Asistente.** Son los cargos del Médico Cirujano y del Médico que asiste al cirujano principal para efectuar un procedimiento quirúrgico complejo. Cuando sea médicaamente necesario, los honorarios del Cirujano y del Médico Asistente se cubrirán de acuerdo a las tarifas Usuales, Razonables y Acostumbradas (URA) y que se cobren en un área geográfica particular, por los procedimientos quirúrgicos que se presenten en la misma. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.
- 15. Cuidados de Maternidad.** Se pagará hasta el valor señalado en el Cuadro de Beneficio de la póliza, por evento, para un parto normal, cesárea electiva y cuidados



pre-natales. Dentro de este beneficio también se pagaran hasta 3 visitas de rutina para él bebe sano para cada recién nacido. Existe un periodo de espera de diez meses (10) para este beneficio a partir de la fecha de efectividad de la cobertura de la madre asegurada bajo esta póliza. Este período de espera siempre se aplicará, a menos que el mismo sea exonerado por escrito por la compañía. Para que este beneficio sea evaluado se requerirá historia obstétrica completa del embarazo en curso y de todos los embarazos anteriores, que incluya forma de concepción del embarazo. Esta cobertura sólo está disponible para los Embarazos Cubiertos bajo las opciones de deducible I y II (\$1,000 y \$ 2,000) y para aquellas maternidades donde este beneficio no se encuentre explícitamente excluido. Para este beneficio no aplica deducible.

De conformidad con lo que al respecto establece la Póliza, se entenderá que la cobertura aplicara para hijas dependientes menores de 24 años de edad si cumplen todos los siguientes requisitos:

- a)** Que el plan actual bajo la póliza del Asegurado Principal ofrezca el beneficio de maternidad, es decir Planes I y II (Deductibles de US \$ 1,000 y US \$ 2,000).
- b)** Que la dependiente haya estado asegurada en la póliza por al menos 10 meses.
- c)** Debe de notificar a la compañía por escrito sobre el embarazo de la dependiente dentro de los primeros 90 días del mismo.
- d)** Las hijas dependientes menores de 18 años de edad pagaran desde ese momento la tarifa de adulto establecida en la Póliza.
- e)** Las hijas dependientes mayores de 18 años estarán obligadas a obtener su propia póliza individual antes de que ocurra el nacimiento, la cual será emitida con las

mismas restricciones y condiciones de la póliza previa, la nueva póliza será aprobada sin pasar por evaluación de riesgo, siempre y cuando la dependiente opte por un producto de igual o menores beneficios. En caso de optar por un plan de mayores beneficios, la Compañía se reserva el derecho de aprobarlo o no y de ser aprobado estaría sujeto a Evaluación de Riesgo. En adición a pasar por evaluación de riesgo, la cobertura de los cuidados de maternidad, las complicaciones de maternidad, las complicaciones del recién nacido enfermo y de las condiciones congénitas estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos.

f) Este beneficio se otorga siempre y cuando la hija dependiente no tenga ninguna exclusión específica relacionada con la cobertura maternidad.

16. Medicamentos recetados. Serán cubiertos si son indicados por un Médico para tratar una condición cubierta por la Póliza. Se pagará el monto máximo indicado en el Cuadro de Seguro, por Asegurado. Esto aplica solamente a los medicamentos que hayan sido recetados durante una hospitalización y durante o después de una cirugía ambulatoria. Se cubrirá además, el medicamento recetado por una condición cubierta, tratada en forma ambulatoria. Será necesario enviar una copia de la receta médica a la Compañía, junto con el reclamo.

La efectividad del medicamento recetado para tratar una condición determinada debe haber sido probada científicamente y aprobada por la Oficina de Farmacia y Drogas del Ministerio de Salud de Panamá, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América ("FDA") y por las Agencias Reguladoras de Medicamentos y Productos de Salud Europeas, en caso

de que el servicio sea prestado en Europa.

17. Deportes y Aficiones Peligrosas. Son las actividades que aumentan el riesgo de muerte o enfermedad de las personas que las practican. **Los cargos resultantes de Accidentes relacionados con actividades peligrosas y la práctica no profesional de deportes serán cubiertos.** Ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a: buceo, tauromaquia, escalada de rocas, paracaísmo, salto de gran altura en caída libre con una cuerda elástica atada al cuerpo, parapente, paravela, ciclismo de montaña y todoterreno.

18. Prótesis e instrumentos correctivos. Serán cubiertos hasta los límites de la Póliza, siempre que sean médicalemente necesarios e implantados durante una cirugía. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

19. Repatriación de restos mortales. Si un Asegurado fallece fuera de su país de residencia y la causa de su muerte es debido a una condición cubierta por la Póliza, la Compañía cubrirá hasta el valor señalado en el Cuadro de Seguro, de por vida, los costos básicos en que se incurran en el proceso de repatriación de sus restos mortales o de sus restos mortales cremados, de acuerdo a lo que requieran las autoridades pertinentes. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

20. Terapia física y rehabilitación. Procedimientos practicados por un profesional acreditado con el propósito de recuperar las funciones motoras y sensitivas afectadas por una lesión, enfermedad o tratamiento quirúrgico cubiertos por la póliza, así como tratamientos para controlar el dolor. Se cubrirá hasta el valor señalado





en el Cuadro de Seguro, por un período inicial de hasta 30 días por cada año Póliza, para lo cual deberá presentarse un plan de tratamiento a la Compañía. Si se considera médicaamente necesario, la Compañía puede aprobar una extensión del plan de tratamiento. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

21. Trasplante de órganos de por vida, mientras la póliza esté vigente. Procedimiento en el que un órgano, tejido o las células de un donante humano son implantados en un receptor humano. En el caso de los auto trasplantes, el mismo individuo funciona como donante y como receptor.

Los trasplantes de órganos se cubrirán únicamente cuando sean prestados por Proveedores de Trasplantes de la Compañía. La cobertura máxima de dicho beneficio es el valor señalado en el Cuadro de Seguro, por asegurado, de por vida, mientras la póliza esté vigente. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía, quien puede solicitar una segunda opinión médica, una vez que un médico ha determinado y documentado la necesidad de trasplantar un órgano o tejido humano. La cobertura máxima para procedimientos de trasplantes incluye las tres etapas siguientes:

a) Etapa previa al trasplante: Esta incluye la asistencia médica y los exámenes médicos necesarios para obtener un diagnóstico, así como la evaluación y preparación del Asegurado que va a recibir el trasplante de órgano o de tejido. La Compañía cubrirá hasta \$25,000 por Trasplante, de por vida, mientras la póliza esté vigente, cantidad incluida en el beneficio máximo de Trasplante, para los costos de los procedimientos médicos y quirúrgicos relacionados con la donación de los órganos, tejidos o células, todos de origen humano, incluyendo los costos en

que incurra el donante humano vivo, así como el transporte y almacenaje de los órganos, tejidos o células donadas. El donante humano vivo no necesita estar asegurado por LA COMPAÑÍA.

b) Etapa del trasplante: Incluye los procedimientos médicos y quirúrgicos realizados durante el trasplante.

c) Etapa posterior al trasplante: Incluye los procedimientos de seguimiento médico o quirúrgico posteriores al trasplante y cualquier tratamiento que se haga necesario debido a complicaciones del mismo, así como los medicamentos necesarios para mantener el buen funcionamiento del órgano o tejido transplantado, tales como drogas inmuno-reguladoras.

Sin embargo todo tratamiento médico o quirúrgico relacionado con la condición médica que generó la necesidad del trasplante quedara excluido de cobertura una vez agotado el beneficio máximo vitalicio de trasplante de órgano.

22. Tratamiento de cáncer. El Asegurado recibirá cobertura para los exámenes de diagnóstico, honorarios de especialistas, radioterapia, quimioterapia y costos del hospital que se incurran en el tratamiento del cáncer. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

23. Tratamientos Ambulatorios. Servicios médicos que no requieren hospitalización y los que son prestados en un hospital dentro de un período máximo de duración de 23 horas.

24. Tratamiento dental de emergencia. Esta Póliza solamente



cubrirá tratamientos dentales médicaamente necesarios para restaurar dientes dañados debido a un accidente cubierto. El tratamiento debe iniciar dentro del período de 120 días siguientes a la fecha del accidente cubierto.

25. Tratamiento médico de emergencia. La Compañía cubrirá todo costo proveniente de procedimientos médicos o quirúrgicos de emergencia.

26. Tratamiento de Podología. Se pagarán al 100% por año, por persona, por la cirugía y el tratamiento de los desórdenes del pie, incluyendo callosidad, juanetes, verrugas plantares, Hallux Valgus, neuroma de Mortin, fascitis plantar, pies planos, y dedo de martillo. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado previamente por la Compañía.

27. Unidad de Cuidados Intensivos. Área del hospital designada y autorizada por las autoridades competentes para atender pacientes en estado crítico, la cual cuenta con equipo permanente y los suministros necesarios para el cuidado y tratamiento de estos pacientes. Se cubrirá al 100% por día, cuando el Asegurado sea tratado en un hospital de los Proveedores Preferidos de la Compañía, en caso de recibirse la atención en los Estados Unidos de América. En caso contrario, se cubrirá hasta el valor indicado en el Cuadro de Seguro de la Póliza, limitado al costo Usual, Razonable y Acostumbrado (URA). Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

28. VIH/SIDA. Todo costo por enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA y sus complicaciones, tendrán cobertura de por vida, dentro de la vigencia de la póliza, si se comprueba médicaamente que el virus fue adquirido después de la fecha efectiva de la Póliza.

Existe un periodo de espera de 12 meses para este amparo, contados desde la fecha efectiva de la cobertura del asegurado bajo esta póliza. Este periodo de espera nunca será exonerado. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.

29. Visitas a médicos y especialistas. Los honorarios por visitas en el hospital y ambulatorias de médicos y especialistas serán pagadas hasta los límites de la Póliza.

30. Visitas a la sala de emergencia. Cuando sea médicaamente necesario, debido a la severidad de una enfermedad o lesión, las visitas a la sala de emergencia serán cubiertas, hasta los límites de la Póliza.

31. Visitas a la sala de emergencia por condiciones críticas. Cuando sea médicaamente necesario únicamente debido a una de las condiciones críticas detalladas a continuación, las visitas a la sala de emergencia serán cubiertas sin la aplicación del deducible correspondiente, para los planes de deducible I, II y III (US \$ 1,000 y US \$ 2,000 y US \$ 5,000), siempre que la atención sea dentro del País de Residencia: **Crisis hipertensiva, Accidente Cerebro Vascular, Dolor precordial (primeras 12 horas) con alteraciones enzimáticas (Troponina), Dolor precordial agudo, Crisis asmática, Pérdida del conocimiento, Obnubilación, Dolor abdominal agudo, Colecistitis aguda, Hemorragias, Insuficiencias respiratorias aguda, Deshidratación, Intoxicación aguda, Cólico nefrouretral, Trombosis, Vomito o diarrea severas, Convulsiones, Reacciones alérgicas agudas, Retención urinaria aguda, Shock de cualquier etiología, Episodios neurológicos agudos, Coma.**



32. Cobertura de Viajero en caso de emergencias. Se eliminará el deducible en caso de cualquier tratamiento por Emergencia Médica, incurrida fuera del País de residencia. Este beneficio aplicará para la primera asistencia de la Emergencia Médica, siendo posible manejar como pago directo los casos que requieran hospitalización de más de 24 horas. En caso de atención ambulatoria las reclamaciones serán procesadas por reembolsos. Este beneficio solamente aplicará para condiciones cuyo inicio de síntomas y el diagnóstico de la misma se presente durante esta emergencia por lo que condiciones o complicaciones de enfermedades anteriormente tratadas,

y con diagnóstico previo no serán cubiertas bajo este beneficio.

Para los efectos de este beneficio se entenderá como Emergencia Médica, una condición médica súbita y aguda que requiere tratamiento médico o quirúrgico inmediato.

VIII. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES.

Esta Póliza no otorga cobertura para:

- 1. Cualquier tratamiento médico o quirúrgico de enfermedad o lesión que no sea:**
 - a) Médicamente necesario o no tenga relación con el diagnóstico de base;**
 - b) Indicado por un médico;**
 - c) Prestado por un médico licenciado o por un profesional calificado como idóneo en el país donde se da la atención médica; y**
 - d) Probado científicamente o que esté todavía en la fase investigativa, o experimentación en seres humanos, o en el proceso de ensayo clínico, así como aprobado por la Oficina de Farmacia y Drogas del Ministerio de Salud de Panamá o quien haga sus veces, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América**

(FDA) o por las Agencias reguladoras en Europa en caso que el servicio sea prestado en Europa.

- 2. Situación o Enfermedad Preexistente;** Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al propuesto asegurado acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden implicar una limitación o exclusión de cobertura. En base a ello la Compañía establecerá las restricciones y limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable. Toda condición preexistente que no haya sido declarada en la solicitud de seguro o sea revelada con reticencia, omisión o falsedad, producirá la nulidad del contrato de seguro.



3. Complicaciones médicas relacionadas con cualquier condición excluida por esta Póliza.
4. Cualquier condición médica diagnosticada dentro de los primeros 60 días posteriores a la fecha efectiva de la póliza, no relacionadas con una enfermedad de origen infeccioso o con lesiones originadas por accidentes, a no ser que el periodo de espera haya sido expresamente exonerado por la Compañía.
5. Cuidados de maternidad o del Recién Nacido y sus complicaciones, que estén relacionados con un embarazo no cubierto por esta Póliza.
6. Complicaciones de embarazos o de Recién Nacidos que resulten por el uso de métodos artificiales de fecundación, de fertilización asistida o de tratamientos de infertilidad.
7. Terminación voluntaria de un embarazo, excepto cuando el mismo ponga en peligro la vida de la madre.
8. Costos que excedan lo Usual, Razonable y Acostumbrado (URA) por un servicio o suministro médico determinado, teniendo en cuenta el lugar de ocurrencia del mismo.
9. Tratamiento de lesiones o enfermedades y sus complicaciones y secuelas causadas por participar en guerras, motines, conmoción civil, huelgas o actividades ilegales, incluyendo el encarcelamiento resultante.
10. Tratamiento de lesiones y sus complicaciones y secuelas sufridas por un Asegurado mientras es miembro activo de una unidad de seguridad pública policial o militar.
11. Tratamiento de lesiones o enfermedades y sus complicaciones y secuelas provocadas por materiales nucleares o radioactivos, polución o contaminación ambiental.
12. Tratamiento por lesiones o enfermedades causadas a sí mismo intencionalmente, ya sea en estado de cordura o privado de su capacidad mental, o causadas por el uso o bajo la influencia del alcohol, las drogas, las sustancias ilegales, o el uso inapropiado de medicamentos.
13. Servicios médicos efectuados en una instalación gubernamental en la que el Asegurado tenga derecho a atención gratuita o cuando un tercero sea responsable de cubrir los gastos médicos del Asegurado, ya sea por un contrato o por responsabilidad civil extracontractual. Esto incluye el tratamiento de epidemias que estén bajo el control y dirección del gobierno correspondiente.
14. Costos médicos en los países que estén bajo un embargo emitido por los Estados Unidos de América.
15. Hospitalizaciones por servicios que puedan efectuarse de forma ambulatoria u hospitalizaciones de más de 23 horas previas a una cirugía programada.
16. Cuidados de custodia y costos relacionados con servicios o suministros usados comúnmente en el hogar.
17. Equipos de diálisis portátiles o para ser usados en el hogar, a menos que la Compañía los apruebe expresamente.
18. Suplementos alimenticios, a no ser que se requieran para



darle sustento a un Asegurado que esté hospitalizado.

- 19. Reemplazo de prótesis fijas o removibles y de prótesis externas o implantes del oído, excepto cuando la inserción de la prótesis original ha sido cubierta bajo los términos de esta póliza.**
- 20. Exámenes auditivos de rutina, dispositivos para la audición, exámenes oculares, anteojos, lentes de contacto, y/u otros procedimientos o dispositivos para corregir desórdenes de la refracción visual.**
- 21. Tratamiento quiropráctico u homeopático o cualquier tipo de medicina alternativa.**
- 22. Tratamiento dental no relacionado con un accidente cubierto por esta Póliza o cuando un tratamiento dental cubierto por la Póliza comienza después de 120 días de la fecha del accidente cubierto por la póliza.**
- 23. Tratamientos del maxilar superior, la mandíbula, la articulación temporomandibular y su complejo de músculos, nervios, y otros tejidos conectivos relacionados con la misma, a menos que sean secundarios al tratamiento de cáncer o un accidente cubierto por esta Póliza.**
- 24. La esterilización masculina o femenina, la reversión de la esterilización, el control de la natalidad, los métodos anticonceptivos o micro abortivos los procedimientos para el cambio de sexo, tratamiento de disfunción eréctil, aun cuando los mismos sean secundarios a una condición cubierta por la Póliza.**
- 25. Desórdenes relacionados con el Virus del Papiloma**

Humano ('VPH') y las enfermedades de transmisión sexual, excepto el VIH/SIDA, para el cual esta Póliza otorga cobertura.

- 26. El tratamiento médico o quirúrgico por Lesiones o Condiciones Médicas, sus complicaciones y secuelas relacionadas con la participación del Asegurado en la práctica profesional de deportes por la que reciba compensación que constituya la mayor parte de su fuente de ingreso.**
- 27. Tratamiento por trastornos del sueño, apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica, alopecia, y trastornos de conducta o de aprendizaje.**
- 28. Trastornos psiquiátricos o psicológicos, excepto si los mismos son necesarios para tratar la complicación de una condición médica cubierta por la Póliza según definen los términos y limitaciones de la misma.**
- 29. Tratamiento para obesidad o para el control del peso corporal, incluyendo cirugía bariátrica, y las complicaciones y secuelas de estos tratamientos.**
- 30. Cirugía electiva de carácter cosmético o reconstructivo y sus complicaciones y secuelas; o tratamientos médicos cuyo propósito principal sea de carácter estético, y sus complicaciones y secuelas, con la excepción de los casos en que dichos tratamientos sean médicamente indicados durante o después del tratamiento de una lesión o enfermedad cubierta por la Póliza, siempre y cuando dicha lesión o enfermedad haya ocurrido posteriormente a la fecha efectiva de la Póliza. Esto incluye cualquier tratamiento por deformidades nasales o del tabique nasal que no esté relacionado**



con un accidente cubierto por esta Póliza.

- 31. Tratamientos con estimuladores del crecimiento óseo o con hormonas de crecimiento y sus complicaciones y secuelas.**
- 32. Servicios médicos proporcionados por cónyuges o por parientes del Asegurado hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad o por cualquiera otra persona que conviva con el Asegurado.**
- 33. Tratamientos relacionados con procedimientos de implantes artificiales u órganos procedentes de animales. Los costos de la criopreservación por espacio de más de 24 horas, la preservación de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, o cualquier otro tejido o célula, excepto según provea esta Póliza bajo sus términos y restricciones.**
- 34. Esta póliza no provee beneficios o cobertura en los siguientes casos: Cualquier tratamiento médico**

quirúrgico relacionado con la condición médica que generó el trasplante de órgano, una vez agotado el beneficio máximo vitalicio del trasplante.

- 35. Los honorarios médicos, profesionales, así como costos hospitalarios por Tratamientos Medico o quirúrgicos recibidos en instituciones médicas en EEUU que no pertenezcan a la Lista de Proveedores Preferidos, con excepción de los tratamientos y atención recibida producto de una Emergencia Médica según se define en esta póliza.**
- 36. Tratamientos Medico Preventivo.**
- 37. Medicamentos de venta libre o sin receta.**

IX. OTRAS DEFINICIONES APLICABLES A LOS BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS

- 1. ACCIDENTE:** Un evento que ocurre de manera repentina e inesperada, debido a un factor externo que puede resultar en lesiones.
- 2. ACCIDENTE GRAVE:** Accidente que resulte en lesiones corporales que requieran hospitalización inmediata por un periodo de más de 23 horas para evitar la pérdida de la vida o la integridad física del Asegurado. La clasificación de accidente grave la determinan, por acuerdo mutuo,

el médico que atiende al Asegurado y los profesionales médicos de la Compañía, después de haber recibido la información médica completa documentando el accidente.

- 3) AMBULANCIA AÉREA:** Aeronave con licencia para operar como ambulancia aérea, con el personal médico y equipada para proporcionar cuidados médicos durante una transportación de emergencia. Este servicio lo presta una entidad autorizada para dicho propósito.



- 4) AMBULANCIA TERRESTRE:** Transporte de emergencia debidamente autorizado y equipado con personal médico para atender las necesidades que requiera la atención de una emergencia.
- 5) ANEXO:** Documento que hace parte de la Póliza y que emite la Compañía para adicionar o modificar la misma.
- 6) AÑO PÓLIZA:** Es el período de 12 meses consecutivos que comienza con la fecha efectiva de la póliza.
- 7) ASEGURADO:** Persona para la cual la Compañía ha aprobado cobertura de Seguro de Salud.
- 8) ASEGURADO PRINCIPAL:** Es el solicitante que completa y firma la solicitud de Seguro de Salud y para quien se ha aprobado y emitido una Póliza. Dicha persona tiene la autoridad de solicitar cambios en la póliza y puede recibir el reembolso de los gastos médicos cubiertos bajo esta Póliza, así como el reembolso de la prima no devengada en el caso de que solicite la cancelación de la Póliza.
- 9) CARNÉT DE ASEGURADO:** Documento de identificación otorgado por la Compañía al Asegurado Principal y a cada uno de los Asegurados bajo esta Póliza.
- 10) CERTIFICACIÓN MÉDICA:** Documento emitido por un médico o por un Comité Médico, autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y con experiencia documentalmente comprobable en la especialidad correspondiente al evento, en el cual se incluye un diagnóstico susceptible de ser utilizado como fundamento para el reclamo. En los casos en que aplique, el Comité estará conformado por el médico del Asegurado, un Perito Médico nombrado por la Compañía y un tercer Perito Médico nombrado por los dos primeros.
- 11) CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO:** Documento que especifica las condiciones bajo las cuales la Póliza fue aprobada para cada uno de los Asegurados. Contiene la Fecha Efectiva de la Póliza, identifica el plan que fue aprobado, así como cualquier cobertura adicional y cualquier restricción específica de la cobertura de algún Asegurado en particular o de la Póliza en general.
- 12) SITUACIONES O ENFERMEDADES PREEXISTENTES:** Cualquier condición, síntoma, lesión, enfermedad o dolencia que afecte al asegurado, diagnosticada o conocida por éste con anterioridad a la fecha efectiva de inicio de la cobertura que le otorga la compañía de seguros.
- 13) CONDICIÓN CONGENITA Y HEREDITARIA:** Patología o condición médica existente antes del nacimiento que puede ser diagnosticada y tratada antes o después del mismo.
- 14) CUIDADOS DE CUSTODIA:** Asistencia con las actividades cotidianas del Asegurado, que incluye, pero no está limitada a su higiene personal, su alimentación, y ayuda en el baño. Estos cuidados pueden ser prestados por personal que no ha recibido entrenamiento médico o de enfermería.
- 15) DEFORMIDADES NASALES O DEL TABIQUE NASAL:** Cuando sea necesaria para tratar una lesión sufrida durante un Accidente cubierto por esta Póliza, la cirugía para corregir una deformidad nasal o del tabique nasal tendrá cobertura, siempre y cuando dicho trauma sea evidenciado radiológicamente a través de Rayos-X o Tomografía ('CAT Scan'). Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por la Compañía.



- 16) DEPENDIENTES:** Hijos del Asegurado Principal; Hijastros e Hijos legalmente adoptados; e Hijos y Nietos para los cuales el Asegurado Principal ha sido designado como Tutor Legal ó sobre los cuales tiene la patria potestad.
- 17) DONANTE:** Persona de la cual se ha obtenido uno o varios órganos, tejidos o células para ser trasplantados en un asegurado de esta póliza.
- 18) EMBARAZO CUBIERTO:** Embarazos de la Asegurada Principal o de la Cónyuge o Concubina del Asegurado Principal, en los que la fecha del parto ocurre al menos 10 meses contados a partir de la fecha efectiva de cobertura de la asegurada bajo esta póliza.
- 19) EMERGENCIA MÉDICA:** Una condición médica súbita, seria y aguda que requiere tratamiento médico o quirúrgico inmediato. Esta condición médica pone en peligro inminente la vida del asegurado o la función de algún órgano.
- 20) ENFERMEDAD:** La alteración de la salud de una persona, la cual afecta los funcionamientos normales del cuerpo humano y se manifiesta a través de signos y síntomas, así como a través de los resultados anormales de los exámenes médicos que permiten llegar a un diagnóstico.
- 21) ENFERMEDADES DE ORIGEN INFECCIOSO:** Alteración del estado de salud causada por agentes patógenos tales como priones, virus, bacterias, hongos, protozoarios y helmintos.
- 22) ENFERMERO(A):** Persona autorizada para prestar servicios de enfermería en el país donde se está prestando el tratamiento médico.
- 23) FECHA EFECTIVA:** Es la fecha en la que comienza la cobertura de esta Póliza para cada uno de sus Asegurados.
- 24) FECHA DEL ANIVERSARIO:** Ocurrencia anual de la fecha efectiva de la póliza.
- 25) FECHA DE RENOVACIÓN:** Es el primer día del aniversario, contado a partir de la fecha efectiva
- 26) FECHA DE VENCIMIENTO:** Es la fecha en la que la prima correspondiente a esta Póliza tiene que ser efectivamente pagada por el asegurado.
- 27) GRUPO ASEGURADO:** Cualquiera de los siguientes grupos que esté cubierto bajo la misma Póliza:
- Grupo 1: Asegurado Principal; Cónyuge o Concubino(a) del Asegurado Principal; y Dependientes.
 - Grupo 2: Padres del Asegurado Principal.
 - Grupo 3: Padres del Cónyuge ó del Concubino(a) del Asegurado Principal.
- Bajo una misma Póliza se podrán asegurar a un máximo de tres (3) grupos asegurados. Cada Asegurado recibe una evaluación de riesgos individual cuando solicita cobertura.
- 28) HABITACIÓN ESTÁNDAR:** Es una habitación de Hospital o Clínica privada o semiprivada, para el uso de uno o más pacientes.
- 29) HOSPITAL:** Una institución legalmente autorizada por las autoridades competentes del país como centro médico y quirúrgico la cual provee, primordialmente, instalaciones que le permiten diagnosticar y tratar a personas lesionadas y enfermas bajo la supervisión de un personal médico.



30) HOSPITALIZACIÓN: Ingreso del Asegurado a un Hospital por un período de más de 23 horas para recibir el tratamiento médico o quirúrgico que no pueda efectuarse de manera ambulatoria o en un consultorio médico externo.

31) LESIÓN: Daño infringido al cuerpo humano por una causa externa.

32) MATERNIDAD CUBIERTA: Embarazo del titular, cónyuge asegurada, pareja asegurada o dependiente asegurada con opciones de deducibles I y II, en los que la fecha del nacimiento del recién nacido ocurriere 10 meses después de la fecha efectiva de la cobertura de la asegurada.

33) MATERNIDAD NO CUBIERTA: Embarazo del titular, cónyuge asegurada, pareja asegurada o dependiente asegurada con opciones de deducibles III, IV Y V o, en los que la fecha del nacimiento del recién nacido ocurriere dentro de los primeros 10 meses posteriores a la fecha efectiva de la cobertura de la asegurada.

34) MÉDICAMENTE NECESARIO: Tratamientos, servicios, procedimientos o suministros médicos que la Compañía, de mutuo acuerdo con el médico del Asegurado ha determinado necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o lesión. No existe necesidad médica si el servicio médico:

- Es proporcionado solamente como una conveniencia para el asegurado, su familia o el proveedor.
- No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento de la condición específica del Asegurado.
- Excede el nivel de cuidado requerido para el diagnóstico o tratamiento de una condición específica.

- Está fuera del alcance de la práctica estándar normada por las instituciones correspondientes.

35) MÉDICO: Profesional autorizado para el ejercicio profesional de la medicina en el país donde ha establecido su práctica y que actúa dentro de los parámetros establecidos para el ejercicio de su profesión.

36) PAÍS DE RESIDENCIA: Es el país donde el Asegurado está autorizado legalmente a residir, debiendo presentar a la Compañía los documentos que lo acrediten como residente legal del país.

37) PERÍODO DE ESPERA: Es el periodo de tiempo que debe transcurrir para que cada Asegurado pueda recibir los beneficios otorgados bajo esta Póliza a partir de la Fecha Efectiva de la cobertura del asegurado.

38) PERÍODO DE GRACIA: Se concederá un periodo de gracia de 30 días para el pago de la prima, en cualquier fecha de vencimiento.

Este periodo de treinta (30) días comienza en la fecha de vencimiento del pago de la prima. Si la prima no se recibe en la Compañía al final del periodo de gracia, se entenderá que ha incurrido en incumplimiento de pago, lo que tiene el efecto jurídico inmediato de suspender la cobertura de la póliza hasta por sesenta días.

39) PLAN: Hace referencia al contrato de seguro y su clasificación de costo, de acuerdo a los valores asegurados, la prima y el deducible seleccionado por el Asegurado Principal.

La Compañía maneja cinco (5) Planes, dependiendo del monto del deducible escogido por el Asegurado Principal





en la Solicitud de Seguro, los cuales se especificarán en la Carátula y Cuadro de Seguro.

40) PRÁCTICA PROFESIONAL DE DEPORTE: Es la práctica, en virtud de la cual el deportista establece una relación de carácter regular y voluntaria de la práctica del deporte por cuenta y dentro del ámbito de una organización o dirección de un club o entidad deportiva, constituyendo esta actividad su fuente principal de ingreso.

41) PROPUESTO ASEGURADO: La persona que diligencia y completa una Solicitud de Seguro de Salud para obtener cobertura médica.

42) PROVEEDORES PREFERIDOS: Son Instituciones Médico Hospitalarias de excelencia médica dedicadas al cuidado de la salud en los Estados Unidos de América, legalmente reconocidas que pueden incluir Hospitales, Laboratorios, Centros Diagnósticos, Servicios de Atención en el Hogar, etc., y que han sido seleccionados y aprobados por la Compañía para brindar atención a sus asegurados. La lista de proveedores preferidos puede cambiar en cualquier momento. Para encontrar la lista actualizada puede visitar el portal online de la Compañía, cuya dirección es informada al Asegurado Principal en el momento de contratar la Póliza.

43) RECEPTOR: Persona que recibe uno o más órganos, tejidos o células donados por un humano.

44) RECIÉN NACIDO: Persona desde el momento de su nacimiento hasta que cumple 31 días de vida.

45) PROVEEDORES DE TRASPLANTES: Grupo de Instituciones Médico Hospitalarias legalmente reconocidas en el país

donde se encuentre, las cuales han sido seleccionadas por la Compañía para realizar procedimientos de trasplante a los asegurados.

46) SOLICITUD DE SEGURO: Es la declaración por escrito en el formulario diseñado por la Compañía y firmado por el Asegurado Principal y los miembros de sus Grupos Asegurados, la cual contiene información sobre sí mismo y sus Grupos Asegurados, para ser usada por la Compañía con el propósito de determinar la asegurabilidad de los Propuestos Asegurados.

47) USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO (URA): Son las tarifas razonables, usualmente cobradas por la mayoría de los proveedores en un país determinado o dentro de una cierta área por la prestación de servicios médicos y quirúrgicos, teniendo en cuenta el lugar de ocurrencia.

48) TRATAMIENTO MEDICO PREVENTIVO: Procedimiento, medida, fármaco o programa diseñado para prevenir que se produzca una enfermedad.

49) TRATAMIENTO MEDICO PROGRAMADO: Tratamiento: Tratamiento, servicio, procedimiento o suministro necesario para tratar una condición médica.

50) TRATAMIENTOS ESPECIALES: Tratamiento de quimioterapia, radioterapia, inmuno-reguladores, y medicamentos altamente especializados estarán cubiertos de acuerdo con los límites establecidos en el Cuadro de Coberturas y las Exclusiones Generales de la Póliza. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con anticipación por La Compañía. Los medicamentos altamente especializados incluyen pero no están limitados a los siguientes: Interferón, Procrit, Avonex, Humira, Rituximab, tratamientos para la hepatitis.



X. PERIODOS DE ESPERA

Es el periodo de tiempo que debe transcurrir para que cada Asegurado pueda recibir los beneficios otorgados bajo esta Póliza a partir de la Fecha Efectiva de la misma.

El Periodo de Espera es de sesenta (60) días naturales contados a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza. Durante este término sólo se cubrirán Urgencias Médicas por Accidentes o Enfermedades de Origen Infeccioso.

La Compañía exonerará del período de espera en el siguiente caso:

Si el Asegurado ha tenido cobertura bajo una Póliza de Seguro de Salud (individual o grupal) durante un periodo ininterrumpido de doce (12) meses antes de esta póliza; y

La fecha efectiva de esta Póliza ocurre dentro de los 30 días siguientes a la fecha de vencimiento de la Póliza anterior.

Una copia del Certificado de Seguro de la Póliza anterior, así como la prueba de los pagos de la prima correspondiente por los 12 meses anteriores deben ser enviadas a la Compañía antes de la fecha de aprobación de esta Póliza.

PERÍODO DE ESPERA POR VIH/SIDA: No se cubrirá VIH/SIDA durante un período de 12 meses, contado a partir del momento de la fecha efectiva inicial de la cobertura. Este período de espera nunca será exonerado.

PERÍODO DE ESPERA PARA MATERNIDAD Y CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO: Existe un periodo de espera de 10 meses para este amparo, contados desde la fecha efectiva de

la cobertura de la asegurada bajo esta póliza. Este período de espera siempre se aplicará, a menos que el mismo sea exonerado por escrito por la Compañía.

PERIODO DE ESPERA CUANDO SE SOLICITA CAMBIO DE

PLAN: El Asegurado Principal puede solicitar cambio de Plan o de Producto en la fecha de Aniversario de la Póliza. La solicitud de cambio de Plan o de Producto debe ser recibida por escrito antes del día del Aniversario de la Póliza y la aprobación de la solicitud estará sujeta a la aprobación del Departamento de Selección de Riesgo. Durante los primeros sesenta (60) días calendarios posteriores al cambio, los beneficios pagables por cualquier enfermedad o lesión no causada por accidente o enfermedad de origen infeccioso, estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos.

Durante los primeros (10) meses después de la fecha de efectividad del cambio, la cobertura de los cuidados de maternidad, las complicaciones de maternidad, las complicaciones del recién nacido enfermo y de las condiciones congénitas estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos.

Durante los primeros seis (6) meses después de la fecha de efectividad del cambio, el beneficio de Trasplante de Órgano estará limitada al menor de los beneficios provisto entre ambos Planes o Productos.



XI. DEDUCIBLE

Es la cantidad predeterminada de dinero que asume el Asegurado por las prestaciones médicas y que debe cancelar directamente al proveedor médico ó que será reducida de la indemnización por la Compañía, en caso de reembolso. El Deducible está indicado en el Cuadro de Seguro. El deducible se aplicará de la manera siguiente:

Un deducible por Asegurado por año póliza, de acuerdo al plan aprobado.

Un máximo de 2 deducibles por Grupo Asegurado, para ese Grupo Asegurado, por año póliza.

Los gastos médicos cubiertos en que incurra el Asegurado durante los últimos 3 meses del año Póliza, serán aplicados al deducible en ese año póliza y trasladados y aplicados al deducible del Asegurado del próximo año.

No se aplicará deducible a la primera asistencia en caso de accidente, tanto en el País de residencia como a nivel mundial, únicamente para las opciones de deducible I, II, III (US \$ 1,000 y US \$ 2,000 y US \$ 5,000). Será posible manejar como pago directo los casos que requieran hospitalizaciones mayores de 24 horas. En caso de atención ambulatoria las reclamaciones serán procesadas por reembolso.

No se aplicará deducible a las asistencias por urgencia debido a alguna de las condiciones críticas detalladas en la sección V Beneficios de gastos médicos, únicamente para las opciones de deducible I, II, III (US \$ 1,000 y US \$ 2,000 y US \$ 5,000) siempre que estas asistencias hayan sido en el País de Residencia. Será posible manejar como pago directo los casos

que requieran hospitalizaciones mayores de 24 horas. En caso de atención ambulatoria las reclamaciones serán procesadas por reembolso.

Algunos beneficios de esta póliza están exentos del deducible. Dichos beneficios serán identificados en el Cuadro de Seguro.

Reducción del Deducible: Cada Asegurado que se mantenga sin Reclamos cubiertos por un período de 3 Años Póliza consecutivos, tendrá el derecho a una reducción del 50% del Deducible correspondiente a su primer Reclamo cubierto. Los Reclamos subsiguientes estarán sujetos al Deducible total. El beneficio de reducción del Deducible se hará disponible al Asegurado al mantenerse sin Reclamos cubiertos cada período de 3 Años Póliza consecutivos.

Los Reclamos no compensables, así como los Reclamos por Exámenes Médicos Preventivos no se tomarán en cuenta respecto a la regla anterior. Este beneficio sólo está disponible en los Planes I, II y III.

En caso de existir otra póliza de salud con cobertura local, que otorgue los mismos beneficios bajo los términos descritos en esta Póliza, los valores pagados por los beneficios de la otra póliza local serán acreditados al Deducible del Asegurado, siempre y cuando éstos pagos excedan el deducible pactado que deba ser asumido por el Asegurado en la presente Póliza.



XII. OMISIÓN O INEXACTAS DECLARACIONES

Los solicitantes están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de conformidad con la Solicitud del Seguro para la contratación del Seguro, los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como sean del conocimiento o deban ser conocidas al momento de la celebración del Seguro.

La omisión o inexacta declaración intencional de la información que consiste en la Solicitud de Seguro o la omisión o inexactitud no intencional en el caso de que si la Compañía hubiera conocido la condición real del riesgo no se hubiera dado el aseguramiento, facultara a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho del Seguro. La compañía comunicara de forma automática al Contratante o Asegurado Principal la rescisión del Seguro dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a que la Compañía conozca la omisión o inexacta declaración.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de la Compañía a causa de alguna omisión, inexacta declaración, reticencia o negligencia en la solicitud de seguro o al efectuar una reclamación por parte del Contratante o del Asegurado Principal deberá ser reintegrado inmediatamente a la Compañía por el Contratante.

Esta Póliza ha sido emitida en consideración a las declaraciones hechas por los Asegurados en las solicitudes o reclamaciones correspondientes. En caso de que cualquier información suministrada en forma escrita o verbal por el Contratante y los Asegurados fuera dolosamente falsa, inexacta, reticente, engañosa o errónea, las obligaciones de la Compañía quedarán extinguidas en forma inmediata, sin responsabilidad de su

parte, y con derecho a retener a su favor todas las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento de tal circunstancia.

Si la información falsa o inexacta hubiera sido suministrada sin dolo por parte del Asegurado, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al momento en que conozca la naturaleza de la información, presentar al Asegurado una propuesta de ajuste de la Póliza y sus primas, la cual el Asegurado podrá aceptar dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su notificación. El silencio del Asegurado, o su negativa a aceptar el ajuste, darán derecho a la Compañía a rescindir y dar por terminado el Seguro conservando a su favor las primas devengadas.

En caso de que la naturaleza de la información suministrada sin dolo demuestre hechos o circunstancias que de haberse conocido en ese momento hubiesen impedido la emisión de la Póliza, la Compañía podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su conocimiento de la información, rescindir y dar por terminado el Seguro devolviendo al Asegurado el 100% de la prima neta no devengada al momento de dicha rescisión. En todo caso, la Compañía se reserva el derecho de proceder a través de la vía penal o de cualquier otro proceso contra el Asegurado Principal, sus Asegurados Dependientes, sucesores o cesionarios por cualquier indemnización que hubiese pagado basándose en todo o en parte en información dolosamente falsa, reticente, engañosa o errónea que hubiese recibido de cualquiera Contratante, los Asegurados o sus representantes. El derecho de la Compañía de proceder en contra del Asegurado o sus herederos subsistirá por el periodo máximo que permita la ley, aún en el caso de que la Póliza ya no se encuentre vigente.



XIII. TERMINACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

Los beneficios otorgados por la presente Póliza terminarán al ocurrir alguno de los siguientes hechos:

- 1. Al vencimiento de la vigencia de la Póliza.**
- 2. Cuando el Asegurado Principal deja de residir en Panamá.**
- 3. Cuando el Asegurado Principal solicita la terminación del Seguro.**
- 4. Cuando el Asegurado le somete información errada de forma dolosa o fraudulenta a la Compañía.**
- 5. Cuando el Asegurado permanezca por más de ciento ochenta (180) días continuos en los Estados Unidos de América.**
- 6. Al ocurrir cualquiera de las causas contempladas en la ley, que den lugar a la terminación.**

No será reconocido por la Compañía ningún gasto con posterioridad al término de la vigencia de esta Póliza. Lo anterior, sin perjuicio de lo que al respecto señale la ley.

TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL: La cobertura de un miembro del Grupo Asegurado terminará en los siguientes casos:

- 1. Cuando el miembro del Grupo Asegurado deje de residir en Panamá.**
- 2. Cuando el miembro del Grupo Asegurado no autorizado previamente por la compañía, permanezca por más de ciento ochenta (180) días continuos en los Estados Unidos de América.**
- 3. Cuando el Asegurado Principal, por escrito, solicite a la Compañía que se termine la cobertura para uno de los miembros del Grupo Asegurado bajo la Póliza.**

PARÁGRAFO: Un hijo dependiente, estudiante en el extranjero, seguirá siendo asegurado siempre y cuando dependa económicamente del titular de la póliza y se encuentre legalmente en el extranjero en calidad de estudiante.

XIV. SECCIONES ADICIONALES

Cláusula a. AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS POR PARTE DE LA COMPAÑÍA

Para los servicios ofrecidos por la Póliza, a efectuarse dentro o fuera del país, que requieran de autorización previa por parte de la Compañía, de conformidad con lo dispuesto en el numeral VII, se seguirá el siguiente procedimiento:

1. El Asegurado debe comunicarse con la Compañía al número

telefónico ó dirección electrónica suministrados al momento de contratar la Póliza, informando sobre el servicio requerido, con una anticipación de al menos 72 horas. La Compañía podrá requerir una segunda opinión para todos los procedimientos quirúrgicos electivos, no de urgencia.

Cláusula b. SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

Cuando el médico de un Asegurado haya indicado la necesidad



de una cirugía electiva, (no de emergencia), el Asegurado deberá notificar a la Compañía al menos 72 horas antes de dicha cirugía. Si la Compañía requiere una segunda opinión quirúrgica, la misma debe ser llevada a cabo por un cirujano seleccionado y pagado por la Compañía. Si la segunda opinión quirúrgica no confirma la necesidad de dicha cirugía, la Compañía coordinará y pagará los costos para una tercera opinión quirúrgica. Cuando la segunda o tercera opinión confirme la necesidad de la cirugía, los beneficios para la misma serán por cuenta de la Compañía.

Cláusula c. 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 ciento ochenta (180) días después de la fecha del accidente que causó la lesión o del comienzo de la enfermedad. La prueba de tal lesión o enfermedad se le debe suministrar a la Compañía, a más tardar a los ciento ochenta (180) días después de terminarse el período por el cual los beneficios son pagaderos bajo este Póliza.

Al recibir la Compañía aviso de reclamación, suministrará los correspondientes formularios para presentar la prueba de reclamación. 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 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 esta Póliza cuando y cuantas veces así lo requiera, en forma razonable.

Cláusula d. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN

La Compañía efectuará el pago del beneficio a quien acredite legalmente su derecho. Para solicitar un reembolso el asegurado deberá adjuntar, los siguientes documentos:

- Formulario de Reclamación debidamente completado, esto incluye los datos del Asegurado, del paciente y su correspondiente firma, la información clínica completada por el médico tratante.
- Documentos de pago originales.
- Para el pago del beneficio de medicamentos por prescripción, se debe presentar adicional al formulario completado y el documento de pago, la receta médica de la medicina.

Así mismo, se aceptarán otras pruebas supletorias establecidas en la Ley que demuestren el derecho al pago de la prestación.

Los reclamos serán pagados al asegurado en un término no mayor de doce (12) días hábiles, siempre que al presentarse, los mismos contengan todos los documentos requeridos y en debida forma para la liquidación del siniestro.

Cláusula e. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

El asegurado deberá informar por escrito a la Compañía, dentro del término de diez (10) días a partir de la celebración del contrato, los Seguros de Salud que tenga contratados, indicando las compañías de seguro y las cuantías de las coberturas otorgadas. Esta Cláusula se aplica cuando la persona cubierta bajo este plan, también tiene derecho a los beneficios como resultado de otra cobertura de cualquier otro seguro de salud o seguro de automóvil, sin considerar la culpabilidad.



Cuando un asegurado resulta elegible para recibir beneficios bajo cualquier otra póliza de seguro, emitida por cualquier otra compañía que satisfaga todo o parte de los gastos incurridos por cargos usuales, razonables y acostumbrados (URA), para el tratamiento de un evento, las cantidades por los beneficios pagados bajo otra póliza que resulten elegibles bajo esta póliza serán acreditadas al deducible del asegurado. Una vez que el deducible haya sido satisfecho, los gastos elegibles bajo esta póliza que no hayan sido pagados por otra compañía, serán cubiertos de acuerdo a las regulaciones y provisiones de esta póliza.

En el evento que exista una póliza de salud emitida con anterioridad a la fecha de emisión de la presente póliza, cualquier gasto que haya sido pagado por esta póliza, podrá ser presentado a la compañía aseguradora que emitió dicha póliza para su reembolso, subrogándose la compañía en los derechos del asegurado.

Cláusula f. CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA

El asegurado deberá notificar por escrito a la Compañía cualquier cambio de País de Residencia dentro de los primeros (30) días después de realizado el cambio. El cambio de residencia podría resultar en un ajuste de primas y/o deducible según el área geográfica. Es causal de terminación del contrato si el asegurado cambia de residencia a los Estados Unidos de América, a excepción de hijos dependientes que permanezcan temporalmente en este país en calidad de estudiantes. Dicho cambio deberá de ser autorizado previamente por la compañía, debiendo el asegurado proveer a la compañía los documentos correspondientes y copia de la visa de estudiante. **Sera causa de terminación del contrato o de la cobertura cuando El Asegurado Principal o un dependiente no autorizado previamente por la compañía, permanezca por más de**

ciento ochenta (180) días continuos en los Estados Unidos de América. La falta de notificación a la Compañía de cualquier cambio de residencia resultará en la terminación del contrato.



PANAMERICAN
— *Private Client* —



Pan-American Life Insurance de Panamá, S.A.
Edif. Pan American Life Plaza, Calle 50 y Aquilino De
La Guardia
Panamá, República de Panamá
T:(507) 836-5075