

CONDICIONES GENERALES

Póliza de Seguro Colectivo de Salud – Plan SANTA FE Plus

ACERTA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., que en adelante se denominará LA COMPAÑÍA indistintamente, en consideración a las declaraciones contenidas en, la solicitud de seguro, la carátula y las condiciones particulares que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen, previa aceptación del (los) Asegurado (s), las cuales se entienden incorporadas al presente contrato para todos sus efectos y con sujeción a los términos y condiciones de esta póliza y sus anexos, conviene el otorgar la siguiente cobertura:

ÍNDICE DE CONTENIDO

Cláusula 1. CONTRATO	2
Cláusula 2. DEFINICIONES	2
Cláusula 3. COBERTURA	9
Cláusula 4. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	12
Cláusula 5. ELEGIBILIDAD	16
Cláusula 6. TIPO DE ASEGURADOS	16
Cláusula 7. VIGENCIA, TERMINACIÓN DE LA COBERTURA	16
Cláusula 8. PRIMAS, MODIFICACIONES Y PERÍODO DE GRACIA	17
Cláusula 9. SUSPENSIÓN DE COBERTURA	17
Cláusula 10. REHABILITACIÓN	17
Cláusula 11. AVISO DE CANCELACIÓN DE PÓLIZA	17
Cláusula 12. RENOVACIÓN	17
Cláusula 13. TARIFAS DE RENOVACIÓN	18
Cláusula 14. HISTORIAL MÉDICO	18
Cláusula 15. PROCEDIMIENTO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS CUBIERTOS	18
Cláusula 16. SERVICIOS CON AUTORIZACIÓN PREVIA	18
Cláusula 17. LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD	18
Cláusula 18. ACCIÓN CONTRA LA COMPAÑÍA	18
Cláusula 19. PRESCRIPCIÓN	19
Cláusula 20. SUBROGACIÓN	19
Cláusula 21. COMUNICACIONES	19
Cláusula 22. MONEDA	19
Cláusula 23. CONTROVERSIAS Y CONFLICTOS	19
Cláusula 24. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES	19
Cláusula 25. PREVENCIÓN DE BLANQUEO DE CAPITALS	19
Cláusula 26. DECLARACIÓN FALSA U OCULTAMIENTO	20
Cláusula 27. DOLO O FRAUDE	20

Cláusula 1. CONTRATO

Esta Póliza, sus Condiciones Generales y Particulares, la solicitud de seguro y declaraciones efectuadas por el Contratante y/o Asegurado respecto al riesgo, incluyendo, en su caso, las declaraciones al médico evaluador e informes referentes a la salud del asegurado, son datos esenciales para la apreciación del riesgo y constituyen junto con las excepciones o exclusiones que se hagan, anexos y endosos, parte integral del contrato de seguro, en adelante póliza o contrato, entre el Contratante y LA COMPAÑÍA, y a este estarán sujetas el Asegurado y los dependientes asegurados.

Si el contenido de la Póliza difiere de la solicitud del seguro o de las cláusulas acordadas, el Contratante podrá reclamar a LA COMPAÑÍA, en el plazo de treinta (30) días calendario desde la entrega de la Póliza, a fin de que se subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

Queda entendido que, cualquier equivocación, omisión, inexactitud, falsedad o reticencia en las manifestaciones hechas por el (los) asegurado(s), eximirá a LA COMPAÑÍA de toda obligación con relación a esta Póliza.

El derecho a gozar de las prestaciones que se puedan suministrar mediante esta Póliza depende del correcto cumplimiento de parte del Contratante y/o Asegurado Principal y Familiar Asegurado, con todos dichos términos, condiciones y demás estipulaciones.

Cláusula 2. DEFINICIONES

Las palabras y frases que a continuación se detallan tendrán el significado que aquí se establecen, excepto cuando se indique de otro modo en las Condiciones Particulares de la Póliza.

1. **ACCIDENTE:** Es un suceso imprevisto, repentino y fortuito, originado por una causa externa independientemente de la voluntad y de las acciones del Asegurado y que estando en vigencia la Póliza cause a estas lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un proveedor de salud.
2. **AMBULANCIA:** Transporte de emergencia terrestre, destinado, equipado y legalmente autorizado para trasladar heridos y enfermos en caso de accidentes, traumatismos o enfermedades del lugar donde se contrae la enfermedad a un hospital.
3. **ANEXO O ENDOSO:** Cualquier adición a la Póliza que aclara, explica o modifica la misma.
4. **AÑO PÓLIZA:** El período de doce (12) meses consecutivos que comienza a partir de la fecha efectiva de la Póliza.
5. **ANUAL RENOVABLE o LÍMITE MÁXIMO ANUAL:** Es el monto o límite máximo a pagar en concepto de reclamos cubiertos y pagados bajo esta póliza con respecto a un Asegurado, durante cada vigencia o renovación de la póliza.
6. **ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica individualizada en las Condiciones Particulares a quien LA COMPAÑÍA ha expedido esta póliza y/o certificado de seguro y sobre la cual aplican las coberturas. Es quien contrata la cobertura de salud ofrecida con pleno conocimiento de los servicios que esta última otorga y de la naturaleza de los mismos. Los servicios y beneficios serán extensivos a las personas que el Asegurado designe, también denominadas en este contrato como Asegurado, siempre y cuando sean incluidos en la solicitud y se cancele la prima correspondiente de acuerdo a la tabla de Rango de Edad.

El Asegurado y/o Contratante debe notificar a LA COMPAÑÍA las agravaciones del riesgo, causados por un hecho conocido con anterioridad a la solicitud. Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que, si hubiese existido al momento de la emisión de la póliza y/o inclusión de un Asegurado en la misma, hubiera llevado a la declinación del seguro o modificación de sus condiciones como lo es, pero sin estar limitado a la agravación por cambio de un Asegurado de su profesión o actividad. Cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado se procederá a la comunicación escrita al Asegurado, mediante emisión de endoso, ajuste de prima retroactiva y/o cancelación de la póliza o certificado, según sea el caso.

De comprobarse la circunstancia de la agravación del riesgo, LA COMPAÑÍA tendrá acción contra el Asegurado para resarcir los montos pagados en concepto de reclamos presentados a partir del momento en que se produjo la agravación.

7. **ASEGURADO PRINCIPAL:** Es el asegurado titular de la póliza, identificado como tal en las Condiciones Particulares.
8. **BENEFICIARIO:** La persona que recibe los beneficios de las coberturas establecidas en esta póliza. Dada la naturaleza de las coberturas de esta póliza, el beneficiario es el mismo asegurado.
9. **BENEFICIO:** significa las sumas pagaderas por LA COMPAÑÍA de acuerdo a las condiciones del presente contrato.
10. **CANTIDAD MÁXIMA ANUAL:** Cantidad de servicios máximos que se prestarán con respecto a un Asegurado por año de póliza según es señalado en el cuadro de Beneficios incluido en las Condiciones Particulares.
11. **CARNET DE ASEGURADO:** documento de identificación físico o virtual otorgado por LA COMPAÑÍA al Asegurado.
12. **CENTRO DE SALUD:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de personas enfermas o lesionadas, que proporcionen asistencia de enfermeras las veinticuatro (24) horas del día y que cuenten con instalaciones y facilidades para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. En ningún caso se interpretará que incluye a un hotel, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.
13. **CIRUGÍA:** Todo procedimiento realizado en el quirófano que implica una incisión o sutura de un tejido, realizada por un cirujano y que requiere del uso de anestesia para controlar el dolor.
14. **CIRUGÍA AMBULATORIA MENOR:** es el procedimiento médico quirúrgico, de poca complejidad que se realiza en consultorio o sala de cirugía menor; bajo anestesia general, sedación o anestesia local, en forma ambulatoria.
15. **CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA:** Procedimiento quirúrgico efectuado para restaurar estructuras anormales del cuerpo, y mejorar defectos en función y apariencia que hayan sido resultados de cirugía previa requerida como consecuencia de una enfermedad, accidente, lesión o enfermedad congénita.
16. **CIRUJANO:** Es un médico especialista que realiza procedimientos quirúrgicos, con idoneidad otorgada para ejercer como médico en la República de Panamá.
17. **COMPAÑÍA, ASEGURADOR O LA COMPAÑÍA:** LA COMPAÑÍA es Acerta Compañía de Seguros, S.A. quien suscribe la Póliza junto con el Contratante y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los servicios indicados en este contrato.
18. **CONDICIÓN / ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Es aquella enfermedad, embarazo, condición física o mental del Asegurado, que se manifiesta por primera vez o debido a la cual el Asegurado ha recibido consulta, diagnóstico, tratamiento médico, servicio, suministro o medicamento antes de la fecha de entrada en vigencia de la Póliza, que es conocida por el Asegurado, que ha sido diagnosticada por un Médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por el Asegurado o por terceros. La condición de preexistente existe si, antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su rehabilitación:

- La enfermedad se manifiesta; o
- La enfermedad es diagnosticada por un médico; o
- Un médico recomendó tratamiento para la enfermedad; o
- Existe cualquier síntoma obvio como tumoraciones, neoplasias, aneurismas, fibromas, quistes, deformaciones, entre otros; que si hubiese sido presentado a un médico hubiese resultado en el diagnóstico; o
- Existe una lesión, condición, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro y sea conocida o no por el Asegurado

La maternidad será considerada a efectos legales como “Condición Preexistente” si el embarazo existía antes de la fecha efectiva de la póliza para la asegurada.

Se considera también condición preexistente las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tal enfermedad o lesión, aunque éstos sólo se manifiesten después de la celebración del Contrato.

19. **CONTRATANTE:** Es la persona natural o jurídica que contrata el seguro y paga las primas cuando se trata de una póliza individual. Entendiéndose que el Asegurado Principal es la misma persona que contrata la póliza, de no especificarse lo contrario en las Condiciones Particulares.
20. **CONTRATO DE ADHESIÓN:** Aquel cuyas cláusulas han sido redactadas por LA COMPAÑÍA sin la participación del Contratante, pero con la aprobación de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros. En los Contrato(s) de Seguro de adhesión, se considerarán nulas las estipulaciones que impliquen renuncia o disminución de un derecho reconocido a los asegurados en la Ley de Seguros y las normas que la desarrollan.
21. **CONTRATO DE SEGURO / PÓLIZA DE SEGURO / PÓLIZA:** Es el contrato mediante el cual LA COMPAÑÍA se obliga a aceptar, a cambio del pago de la prima por parte del Contratante y del cumplimiento por parte de éste de las obligaciones que según el contrato le competen y se obliga contractualmente, a indemnizar con relación a la(s) cobertura(s) por los servicios prestados y gastos médicos incurridos.
El Contrato de Seguro se constituye por escrito y está compuesto por las Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Condiciones Generales, Solicitud de Seguro, Declaraciones contenidas en ellas, las manifestaciones que se le hagan al Médico Evaluador, resultados de Laboratorios, y las excepciones o exclusiones que se hagan en el Contrato de Seguro.
22. **CONSENTIMIENTO INFORMADO:** Es el documento contemplado en la ley 68 de 2003, Que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre informada por el cual el Asegurado hace uso de sus derechos de ser informado detalladamente de su condición médica, incluyendo diagnóstico, pronóstico, tratamiento y alternativas terapéuticas.
23. **CONSULTA MÉDICA:** Es una entrevista o tratamiento personal entre el Asegurado y un médico calificado. Excluye llamadas telefónicas u otro medio de comunicación, en el cual el médico no vea y examine personalmente al Asegurado.
24. **CONSULTA INTRAHOSPITALARIA:** Es una visita médica de rutina médicamente necesaria y de seguimiento que hace el médico a un Asegurado hospitalizado y que está relacionada con el diagnóstico de hospitalización.
25. **COORDINACIÓN DE BENEFICIOS:** En el caso de que el asegurado tenga cobertura médica bajo otra póliza, sea como principal o no, significa que cada uno de los planes de salud paga una porción del costo total de una reclamación médica, sin exceder el 100% del gasto incurrido.
26. **COASEGURO:** Es el porcentaje que le corresponde asumir al Asegurado sobre los gastos cubiertos por la póliza conforme a lo establecido en las condiciones generales y particulares antes de recibir los servicios cubiertos descritos en la póliza. Esta cantidad no es reembolsable por LA COMPAÑÍA.

27. **CO-PAGO:** Monto fijo que debe pagar el Asegurado directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios, antes de recibir los servicios cubiertos descritos en la póliza por cada atención médica recibida. Una vez asumido este co-pago por cada atención médica debidamente cubierta por esta póliza, la responsabilidad de LA COMPAÑÍA será solo por las sumas en exceso del co-pago aplicable y conforme a las condiciones particulares de la póliza y hasta el límite máximo establecido en el Cuadro de Beneficios. Esta cantidad no es reembolsable por LA COMPAÑÍA.
28. **COSTO RAZONABLE, USUAL, Y ACOSTUMBRADO (URA):** Es el cargo u honorario usual que facturará un proveedor de servicios médicos por un servicio o suministro igual o similar para el tratamiento de condiciones o enfermedades análogas o similares por su naturaleza o severidad, en un área geográfica igual o similar. Los cargos u honorarios facturados por tratamientos o suministros inusuales o poco conocidos o que no estén disponibles en un área de servicio serán determinados por LA COMPAÑÍA tomando en cuenta factores tales como la complejidad, el grado de habilidad necesario, el tipo de especialista requerido, y los cargos que son usualmente facturados en otras áreas o zonas geográficas. LA COMPAÑÍA utiliza el costo razonable, usual, y acostumbrado para determinar el monto máximo a pagar por un servicio cuando este no está listado o disponible en el Tarifario negociado o tarifario de ACERTA y después aplica los beneficios correspondientes.
29. **CUADRO DE BENEFICIOS:** Es el listado de coberturas que forman parte de las Condiciones Particulares de la póliza, donde se especifica en detalle todos los beneficios, límites y sublímites contratados por el asegurado.
30. **CUARTO DE URGENCIA:** Unidad de Cuidados de Urgencia preparada específicamente con el personal técnico y médico para proporcionar atención rápida y de amplio espectro ante una emergencia médica.
31. **DECLARACIÓN INEXACTA U OCULTAMIENTO:** El Asegurado está obligado a declarar honestamente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea proporcionado por LA COMPAÑÍA.
32. **DERECHO DE CONVERSIÓN:** Es el beneficio que le permite al Asegurado y sus dependientes inscritos, optar al momento de terminación de la cobertura bajo esta Póliza, cambiar la misma a una nueva Póliza Individual bajo las condiciones que estipule LA COMPAÑÍA y a partir de la fecha de aprobación que LA COMPAÑÍA notifique por escrito.
33. **DONANTE DE SANGRE O DERIVADOS:** Toda persona comprendida entre los 18 y 65 años de edad, quien cede, libre, voluntaria y gratuitamente, una porción de su sangre para que sea utilizada con fines terapéuticos.
34. **EDAD:** La que tenga el asegurado al momento del ingreso a la póliza y en cada renovación de su vigencia.
35. **EMBARAZO CUBIERTO:** Embarazos de la Asegurada Principal o de la cónyuge del asegurado principal o en su defecto, la persona que, viviendo en calidad de compañera permanente del Asegurado Principal, en los que el embarazo se inicie doce (12) meses después de la fecha de inclusión de la madre en la póliza, o sea a partir del decimotercer (13) mes. Se tomará como fecha de inicio del embarazo, la fecha de la última menstruación de la madre.
36. **ENFERMEDAD(ES):** 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.
37. **ENFERMEDADES CONGÉNITAS, HEREDITARIAS O ADQUIRIDA:** Significa enfermedad, desorden o malformaciones transmitidas, adquiridas y/o desarrolladas durante la vida del embrión o durante el proceso de nacimiento o alumbramiento y cuya manifestación puede inclusive presentarse años después del nacimiento del Asegurado.
38. **ENFERMEDAD INFECCIOSA:** Enfermedad contagiosa causada por parásitos, bacterias, protozoos, hongos o virus.

39. **ENFERMEDAD O TRASTORNO MENTAL:** Psiconeurosis, psicosis o desorden de la personalidad como se define en el Manual de Diagnóstico y Estadísticas de trastornos mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. Se incluye el abuso de sustancias químicas, incluyendo el alcohol.
40. **ENFERMERA:** Profesional titulada debidamente autorizada por el ente regulador y que no es ni el Asegurado Principal, ni ninguno de sus familiares, ni ningún Pariente Cercano del asegurado.
41. **EVENTO:** Todas las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores asociadas directamente al diagnóstico principal.
42. **EXÁMENES DE LABORATORIO:** Son las pruebas efectuadas en un laboratorio clínico a una persona en la que se analiza la bioquímica y se obtienen valores sobre su composición para que puedan ser utilizados con fines de diagnóstico.
43. **FAMILIARES Y/O DEPENDIENTES ELEGIBLE Y/O GRUPO FAMILIAR:** son los familiares del Asegurado Principal detallados a continuación, siempre y cuando los mismos sean aceptados por LA COMPAÑÍA, con base a la solicitud de seguro y cualquier otro requisito establecido:
- a) El cónyuge legítimo, o en su defecto la persona que, viviendo en el mismo domicilio en calidad de cónyuge permanente bajo el estado de unión libre o unión de hecho del Asegurado Principal, esté registrado(a) como tal en LA COMPAÑÍA.
 - b) Los hijos naturales, legítimos de matrimonio, legalmente adoptados o hijastros, siempre que tengan diez (10) días de nacidos y menos de diecinueve (19) años de edad. Cualquiera de los antes mencionados debe ser soltero, vivir en la misma residencia del Asegurado Principal y depender económicamente de éste. Queda entendido que los niños recién nacidos bajo esta póliza gozarán de cobertura inmediata a partir del momento de su nacimiento por los primeros nueve (9) días, siempre y cuando la madre haya sido cubierta bajo el Beneficio de Maternidad, según lo detallado en este contrato y en el Cuadro de Beneficios que forma parte integral del mismo.

La cobertura de los hijos solteros, mayores de diecinueve (19) años, que dependan económicamente del Asegurado Principal, se encuentren estudiando y vivan en la misma residencia del Asegurado Principal, se podrá extender hasta el día en que cumplan veinticinco (25) años de edad, sujeto a la presentación del certificado de estudios de los mismos.

Movimientos de Asegurados:

Las inclusiones y retiros de familiares y/o dependientes de la póliza tendrán efecto únicamente a partir de la fecha de inclusión por parte de LA COMPAÑÍA y/o la notificación de exclusión respectiva por parte del Contratante y/o Asegurado Principal, con excepción de los niños recién nacidos bajo la póliza, según se detalla en la Cláusula 3, Sección F - Maternidad.

Cualquier cambio dentro de esta póliza y/o al momento de solicitud de conversión que implique mayores beneficios para los Asegurados Principales y/o Familiares Dependientes Asegurados, sólo tendrá efecto para aquellos asegurados que cumplan las edades de elegibilidad establecidas en este contrato y a partir de la fecha de aprobación que LA COMPAÑÍA notifique por escrito; sin embargo, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de solicitar las pruebas de asegurabilidad que estime convenientes y de aceptar o no dicho cambio en base a las políticas de suscripción que tengan vigentes en dicho momento. **Si LA COMPAÑÍA rehúsa aceptar la solicitud de seguro y no aprobar la cobertura, no contraerá ningún compromiso en virtud de tal solicitud. En tal caso y si aplicara, LA COMPAÑÍA reintegrará al Solicitante la suma pagada en concepto de pago inicial a dicha solicitud de seguro.**

44. **GASTOS AMBULATORIOS:** Son los gastos incurridos por el asegurado a causa del tratamiento de una incapacidad que no requiere de su internación en un hospital, esto aun cuando el tratamiento se haya efectuado en dicho establecimiento. Significa que los servicios médicos se prestan como paciente externo no hospitalizado.

45. **HABITACIÓN:** Corresponde a la habitación de un Hospital o Clínica privada (no una suite), el cual incluye los gastos de habitación, alimentos y cuidados generales de enfermería recibidos durante la hospitalización.
46. **HOSPITAL:** El término hospital, llamado también centro hospitalario, significa un establecimiento que reúna las condiciones exigidas para atender pacientes y que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios.
47. **HOSPITALIZACIÓN:** Es todo ingreso en un hospital para recibir asistencia médica o médica quirúrgica, que suponga, al menos, pasar una noche en el mismo o tener una cama asignada.
48. **INTERMEDIARIO DE SEGUROS / CORREDOR DE SEGUROS:** Es el mediador en la contratación del seguro entre el Contratante o Asegurado y LA COMPAÑÍA. El Corredor de Seguros es el representante del Contratante en la celebración del Contrato de Seguro.
49. **MÉDICAMENTO NECESARIO O NECESIDAD MÉDICA:** Servicios o suministros ordenados y proporcionados por un Hospital, un Médico u otro proveedor que LA COMPAÑÍA acepte:
1. Que sean apropiados al diagnóstico, al tratamiento de la Enfermedad o Accidente del Asegurado Principal o Familiar Asegurado;
 2. Que sean congruentes con las normas de prácticas médicas o profesionales aceptadas; Que no sean primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado Principal, de su familia, de su Médico u otro proveedor;
 3. Que sea el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda ser proporcionado con el menor riesgo posible para el Asegurado Principal o Familiar Asegurado; y que, en el caso de la atención a un paciente internado, no pueda administrarse a paciente externo sin incurrir en riesgo.

La necesidad médica será certificada y aprobada por los médicos de LA COMPAÑÍA con base en la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, procedimiento, prestación médica, suministro, medicamento o período de hospitalización haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico no es necesariamente suficiente para considerarlo como una necesidad médica cubierta por esta Póliza.

50. **MEDICAMENTOS:** Fármaco, principio activo o conjunto de ellos, integrado en forma farmacéutica, utilizado en seres humanos con el fin de curar, aliviar o tratar enfermedades, síntomas o estados patológicos.
51. **MÉDICOS:** El término "Médico" significa la persona que ha obtenido un título universitario para ejercer la profesión en la República de Panamá, que ha sido legalmente autorizada y se le ha otorgado la idoneidad en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios médicos y/o quirúrgicos. Para trabajar como médico idóneo en la República de Panamá se requiere cumplir los requisitos del Consejo Técnico de Salud que dentro del Ministerio de Salud o la Autoridad Competente del país, es el ente encargado de aprobar la revalidación de los títulos profesionales, de la vigilancia de los procesos de formación, regulación, evaluación y vigilancia de la práctica de los profesionales y técnicos que laboran en el sector salud.
52. **NIÑO PREMATURO:** Se considera cuando el nacimiento del recién nacido es previo a las treinta y siete (37) semanas de gestación.
53. **PAÍS DE RESIDENCIA:** Para los efectos de este contrato, se considera que el País de residencia es la República de Panamá, donde exclusivamente se brindarán los servicios.
54. **PERÍODO DE ESPERA:** Período de espera durante el cual los asegurados no tienen derecho al servicio ofrecido en esta póliza de seguro. El período de espera rige a partir de la fecha de inicio de la vigencia individual del asegurado en la póliza o desde su rehabilitación de la póliza, extendiéndose por el lapso de tiempo señalado en el Cuadro de Beneficios incluido en las Condiciones Particulares.
55. **PERÍODO DE GRACIA:** Lapso de treinta (30) días calendarios durante el cual LA COMPAÑÍA difiere en el tiempo el cumplimiento del pago de la prima correspondiente.
56. **PRIMA** Se da este nombre a la suma o tarifa acordada o convenida entre el contratante y LA COMPAÑÍA para la cobertura de un determinado riesgo o conjunto de ellos.

57. RED DE PROVEEDORES: Red de médicos, hospitales, clínicas, laboratorios, centros de diagnósticos y demás proveedores de servicios de salud, que reúna las condiciones exigidas para atender pacientes, que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios y que se encuentren inscritos en la lista vigente de proveedores designados por LA COMPAÑÍA para el Plan de Salud. LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de modificar, adicionar, sustituir, reemplazar o cancelar de tiempo en tiempo, uno o varios hospitales y participantes de la red de proveedores de salud, aunque se encuentren detallados en el Cuadro de Beneficios, en los casos en donde exista evidencia de negligencia médica, abuso, malas prácticas, mal servicio, terminación de contrato y/o por cualquier otra causa establecida por LA COMPAÑÍA.

El Asegurado es responsable ante el proveedor de asumir y pagar el monto completo en concepto de Coaseguro y Co-pago y demás condiciones establecidas en la póliza, según se detalle en el Cuadro de Beneficios, para recibir los servicios que requiera bajo la póliza. El Proveedor podrá otorgar precios preferenciales o descuentos adicionales sobre el monto global y/o bruto facturado por el servicio brindado, reduciendo el monto a pagar por él Asegurado y LA COMPAÑÍA en función de la participación correspondiente a cada una de las partes. Queda entendido que, el Asegurado y el proveedor no pueden negociar, ni realizar acuerdos, pactos, arreglos, o exoneraciones respecto del pago (total o parcial) exclusivamente sobre la participación que le corresponde al Asegurado por el servicio que requiere conforme el beneficio o cobertura contratada, por lo que cualquier acuerdo, pacto, arreglo o exoneración, sin la autorización previa y por escrita de LA COMPAÑÍA, será considerado un incumplimiento del contrato por parte de El Asegurado, lo cual conlleva la pérdida del beneficio o cobertura requerida, la declinación del reclamo, la nulidad o rechazo de la pre-autorización otorgada, y hasta la cancelación de la póliza.

58. RESPONSABLE DE PAGO: Lo es el Contratante o la persona natural o jurídica en la cual el Contratante ha delegado de forma contractual o administrativa la función de pagar las primas, sin que esto constituya un cambio en la obligación contractual que tiene el Contratante de pagar las primas a LA COMPAÑÍA en la Dirección de ésta. El pago de la Prima por parte de una persona distinta al Contratante está sujeto a la autorización de LA COMPAÑÍA; por tanto, LA COMPAÑÍA, en cualquier momento podrá rechazar que el pago de la Prima sea efectuado por una persona distinta al Contratante.

59. RIESGO: Es la esencia de cualquier póliza de seguros, ya que representa la circunstancia que se pretende cubrir en el caso de que sucediera. Es la probabilidad de ocurrencia de un evento y/o la posibilidad de que la persona sufra un suceso incierto, futuro, como una enfermedad o accidente. Implica un conjunto de circunstancias relativas al Asegurado, que son de compleja valoración para la Compañía. Son ejemplos de riesgo la moralidad del asegurado, su estado de salud, su situación económica, sus hobbies o pasatiempos, su ocupación, funciones laborales, entre otros.

60. SOLICITUD DE SEGURO / SOLICITUD DE CONTRATO DE SEGURO: Formulario o Cuestionario que recoge Declaraciones del Contratante y/o Asegurado que contiene información mínima para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la póliza o cobertura. La Solicitud de Seguro no limita la responsabilidad del Contratante o Asegurado de declarar cualquier lesión, enfermedad, padecimiento o incapacidad que sean de su conocimiento y que no sean expresamente solicitados en el Formulario o Cuestionario.

61. SOLICITANTE: Persona natural o jurídica que solicita el seguro para aprobación de LA COMPAÑÍA. Es el individuo que inicia el proceso de contratación del seguro al proporcionar la información requerida y expresar su intención de obtener cobertura conforme a los términos y condiciones establecidos en el presente contrato.

62. TRATAMIENTO ELECTIVO O PROGRAMADO: Todo tratamiento, procedimiento, servicio ambulatorio y/o cirugía que no sea de emergencia o considerada una urgencia médica y que pueda ser realizada y/o programada con el proveedor médico.

63. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: Área del Hospital designada y autorizada por la Autoridad Competente para atender pacientes en estado crítico, la cual cuenta con equipo permanente y los suministros necesarios para el cuidado y tratamiento de estos pacientes.

64. URGENCIA O EMERGENCIA MÉDICA: una condición repentina en la salud del asegurado la cual se manifiesta a través de síntomas agudos de tal severidad que pudiera causar la muerte o incapacidad seria si no recibiera atención médica inmediata. Nunca se considerarán de Extrema Urgencia las siguientes condiciones

1. Una condición médica que haya sido anteriormente detectada y cuyo diagnóstico o tratamiento adecuado haya sido rehusado o demorada por causas imputables al asegurado
2. Parto vaginal o por cesárea de embarazo de treinta y seis (36) semanas o más
 - **Emergencia Médica:** existe amenaza inmediata para la vida y la salud, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos, por lo que se requiere de atención médica de inmediato.
 - **Urgencia Médica:** no existe el peligro o amenaza inmediata, para la vida y salud, pero de no ser atendida oportunamente se podría convertir en una emergencia.

65. VENCIMIENTO: Es la fecha en que se da por terminado el Contrato de Seguro por alguna de las causales establecidas en el contrato póliza.

66. VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Es el período durante el cual LA COMPAÑÍA se compromete, mediante el pago de la prima, a cubrir a una persona según se detalla en las Condiciones Particulares.

Cláusula 3. COBERTURA

LA COMPAÑÍA cubrirá durante la vigencia de la póliza los gastos por servicios médicos realizados en el Hospital Santa Fe o de acuerdo al listado de proveedores y de médicos afiliados a la Red, los cuales requiera el asegurado de acuerdo a los siguientes amparos y exclusiones y sujeto a los límites, copagos y períodos de espera establecidos en el Cuadro de Beneficios Particular del plan contratado.

A. Beneficio Ambulatorio

LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización, con costo inferior a B/. 200.00 (DOSCIENTOS CON 00/100 BALBOAS). Los cargos por exámenes especiales, pruebas o estudios diagnósticos especializados, procedimientos especiales realizados de forma ambulatoria que superen este monto requieren de pre-autorización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico cuando estas sean prescritas por un médico afiliado a la Red de Proveedores y que se detallan expresamente a continuación:

1. **Cirugía Ambulatoria:** Los beneficios cubiertos incluyen los cargos de procedimientos quirúrgicos necesarios, incluyendo, pero no limitados a, tratamiento de fracturas y dislocaciones de huesos y operaciones necesarias para el tratamiento diagnóstico de una enfermedad que involucre incisiones o sutura de una herida, siempre y cuando sea producto de un evento no excluido por la póliza y sea realizado en el Hospital Santa Fe o a través de médico afiliado a la Red de Proveedores siempre que el procedimiento sea autorizado previamente.
2. **Consultas Médicas:** Incluye las visitas en Consultorio de Médicos afiliados a la Red de Proveedores
3. **Estudios de Laboratorio:** Incluye los exámenes bioquímicos y mediciones prescritas por un médico afiliado a la Red de Proveedores y que sean requeridas por un evento cubierto en esta póliza, el paciente tendrá un periodo de diez (10) días hábiles para realizarse los exámenes inmediatamente después de la consulta. (Hospital Santa Fe solamente)
4. **Imagenología:** Incluye exámenes de Rayos X, Tomografías, Ecografías y, en general, los exámenes relacionados a técnicas de diagnósticos por imágenes, siempre prescritas por un médico y que sean requeridas por un evento cubierto en esta póliza, el paciente tendrá un periodo de treinta (30) días hábiles para realizarse los exámenes inmediatamente después de la consulta. (Hospital Santa Fe solamente)

B. Urgencia

LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos causados por un caso de Urgencia (condición que pueda causar la muerte o incapacidad al afiliado de no recibir atención médica inmediata), incluyendo los primeros auxilios que deba recibir el asegurado en un centro de salud no afiliado a la red. Si a criterio del médico tratante fuere necesaria la hospitalización en un centro no afiliado a la red, se deberá notificar dentro de las próximas 24 horas del hecho por escrito a LA COMPAÑÍA para que el asegurado tenga derecho al reembolso hasta un máximo de B/. 500.00 (QUINIENTOS CON 00/100 BALBOAS).

C. Beneficio de Hospitalización

LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos provenientes de prestaciones realizadas durante una hospitalización (habitación privada), cuando estas sean prescritas por un médico afiliado a la Red de Proveedores y que se detallan a continuación.

- 1. Hospitalización:** Gasto por habitación, alimentación y atención en general de enfermería, suministrada al asegurado durante su estadía hospitalaria.
- 2. Servicios hospitalarios:** Gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en la letra anterior, tales como cuidados de enfermería; salas de urgencia; unidad de cuidados intensivos; gastos de quirófano, exámenes de laboratorio y radiología; electrocardiogramas y electroencefalogramas; equipos; insumos y medicamentos hospitalarios; y otros gastos suministrados al ASEGURADO durante su hospitalización. Para exámenes especiales, con costo superior a B/. 200.00 (DOSCIENTOS CON 00/100 BALBOAS) requiere pre-autorización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el tratamiento de la enfermedad, siempre y cuando los mismos no sean producto de una condición preexistente.
- 3. Honorarios quirúrgicos:** Los honorarios de médicos que hubieran intervenido en una operación quirúrgica y/o durante la hospitalización al asegurado.

D. Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Para los servicios asociados con esta cobertura siempre se requerirá de Pre-Autorización por escrito por parte de LA COMPAÑÍA.

Gastos médicos necesarios para el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus complicaciones, de acuerdo al límite establecido en el Cuadro de Beneficios.

E. Enfermedades Mentales y Nerviosas – Tratamientos Psiquiátricos

Para los servicios asociados con esta cobertura siempre se requerirá de Pre-Autorización por escrito por parte de LA COMPAÑÍA.

Gastos médicos necesarios para tratar al asegurado por la atención médica u hospitalaria de desórdenes Mentales o Nerviosos, incluyendo alteraciones de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, tales como la depresión, esquizofrenia, paranoia, ansiedad, stress y psiconeurosis, de acuerdo al límite establecido en el Cuadro de Beneficios.

F. Maternidad

LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos causados por el embarazo de una asegurada incluyendo los servicios de neonatología que sean requeridos por el recién nacido sano hasta el (3) tercer día de vida, siempre que el embarazo sea concebido a partir del decimotercer (13) mes de ingreso a la póliza. Se tomará como fecha de inicio del embarazo, la fecha de la última menstruación de la madre.

Se cubrirá el Beneficio de Maternidad en la Red de Proveedores, como si fuera cualquier otra enfermedad y se cubrirá según lo establecido en el cuadro de Beneficios.

Para todos los efectos de este beneficio, se incluirá bajo el término embarazo: el alumbramiento, abortos no provocados criminalmente, complicaciones resultantes de estos y/o del mismo embarazo, cuidados rutinarios del recién nacido sano o con condición médica de no prematuridad, hasta el momento del egreso hospitalario y, en general, cualquier clase de atención médica que se requiera como consecuencia del embarazo incluyendo los servicios ambulatorios pre-natales requeridos en aquellos casos en que estos últimos se encuentren detallados y hasta los límites / sublímites establecidos en el Cuadro de Beneficios.

LA COMPAÑÍA cubrirá automáticamente (desde el día de nacimiento) y sin pasar por requisito de asegurabilidad a los niños recién nacidos cubiertos por esta Póliza, según lo detallado en este numeral. Cabe señalar que el ASEGURADO y/o EL CONTRATANTE deberá completar la solicitud de inscripción a LA COMPAÑÍA para la inclusión del hijo dentro de los diez (10) primeros días del nacimiento y deberá pagar la prima mensual correspondiente, sin aplicación de prorrata.

Queda entendido que el o los hijos inscritos como dependientes en la póliza, gozarán de cobertura a partir de su egreso del hospital, bajo las mismas condiciones y beneficios de la póliza.

En caso de que la inclusión del hijo(s) no sea notificado a LA COMPAÑÍA en el término arriba estipulado, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de exigir las pruebas de asegurabilidad que estime conveniente para su aceptación o no.

Cabe señalar, que bajo este beneficio se cubrirán los gastos médicos por:

a. Recién Nacidos Sano o con Condición Médica de no Prematuridad:

Queda entendido que se cubren los gastos relacionados del cuidado rutinario del recién nacido sano o con condición de no prematuridad bajo esta póliza, siempre y cuando la madre haya sido cubierta bajo el Beneficio de Maternidad, según lo detallado en esta cláusula y este beneficio se encuentre detallado en el Cuadro de Beneficios. Se entiende que el límite máximo por evento o parto establecido en el Cuadro de Beneficios, es independiente al límite Máximo por Embarazo y aplica para todos los gastos cubiertos e incurridos por todos los recién nacidos en el mismo evento o parto y hasta el momento del egreso hospitalario, para aquellos beneficios que se encuentren detallados en el Cuadro de Beneficios, por lo que en estos casos no se cubrirán gastos de recién nacidos sanos o con condición médica de no prematuridad dentro del máximo por embarazo.

b. Recién Nacidos Prematuros:

Queda entendido que se cubren los gastos relacionados con el cuidado crítico neonatal del recién nacido prematuro bajo esta póliza, siempre y cuando la madre haya sido cubierta bajo el Beneficio de Maternidad, según lo detallado en esta cláusula y este beneficio se encuentre detallado en el Cuadro de Beneficios. Se entiende que el límite máximo por evento o parto establecido en el Cuadro de Beneficios, es independiente al límite Máximo por Embarazo y aplica para todos los gastos cubiertos e incurridos por todos los recién nacidos en el mismo evento o parto y mientras se encuentren hospitalizados o como paciente ambulatorio, incluso posterior al egreso hospitalario e inscripción como dependiente en la póliza a consecuencia de su condición de prematuridad, para aquellos beneficios que se encuentren detallados en el Cuadro de Beneficios.

G. Medicina Preventiva

LA COMPAÑÍA practicará al ASEGURADO consulta y estudios a través de la Red de Proveedores una (1) vez al año para detectar oportunamente padecimientos de acuerdo al detalle del Cuadro de Beneficios.

- ASEGURADAS con edad mayor a 30 años: Papanicolau para la detección del Cáncer Cérvico Uterino
- ASEGURADAS con edad mayor a 35 años: Mamografía para la detección de Cáncer de mama
- ASEGURADOS con edad mayor de 40 años: Aplicación del Antígeno Prostático para la detección del Cáncer de próstata

Cláusula 4. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta póliza no cubre los gastos por servicios que tengan origen o estén relacionados con algunas de las siguientes causas:

1. Procedimientos prestados por instituciones y/o médicos no adscritos a la Red de Proveedores, excepto cuando haya sido autorizado expresamente por LA COMPAÑÍA.
2. Cirugía o Procedimiento Cosmético o Estético, excepto para corregir deformidades resultantes de accidentes o enfermedades sufridas durante la vigencia de la cobertura.
3. Sangre o sus derivados: El asegurado es responsable por conseguir donantes de sangre cuando sean solicitados por el médico tratante. No se cubren las pruebas al donante y pruebas cruzadas. En caso de no requerir la transfusión, la sangre quedará como propiedad del banco de sangre del hospital.
4. Tratamientos dentales y odontológicos, ya sean quirúrgicos o no, a los dientes o tejidos adyacentes incluyendo abscesos, con excepción de los necesarios a dientes naturales por causa de un accidente cubierto por esta Póliza.
5. Refracciones visuales o Cirugía Refractiva con Excimer Laser, suministro o ajuste de anteojos, lentes de contacto o aparatos auditivos. Ojos artificiales.
6. Gastos por el tratamiento de problemas en la mandíbula incluyendo el síndrome temporomandibular, craneomandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura.
7. Exámenes de laboratorio o imagen para seguros, licencias, solicitudes de empleo o cualquier otro no relacionado a un tratamiento o diagnóstico médico.
8. Equipo y material médico-quirúrgico para uso fuera del hospital (camas, sillas de ruedas, respiradores, muletas, gasas, entre otros).
9. Investigación o tratamiento por impotencia o disfunción eréctil.
10. Controles o exámenes periódicos de salud o cualquier tratamiento no considerado médicamente necesario.
11. Cuando sean a consecuencia o correspondan a complicaciones de:
 - a) Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.
 - b) Desorden civil, manifestación, huelga, motín sean que éstos declarados o no.
 - c) Fusión y fisión nuclear, y/o inundación, terremoto, erupción volcánica, huracán, vendaval, ciclón, tornado y desastres naturales.
 - d) Pelea, riña, asalto o robo donde el asegurado sea el causante del mismo.
12. Lesión causada a sí mismo voluntariamente, estando o no la persona en uso de sus facultades mentales.
13. Afición a las drogas o alcoholismo. Por encontrarse en estado de embriaguez. Consumo de drogas o estupefacientes. Cualquier gasto por tratamientos, terapias, etc. encaminados a la rehabilitación de estas condiciones.
14. Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje, el lenguaje, déficit atencional, apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica.
15. Servicios de custodia, curas de reposo o de embellecimiento, o por reclusión en un centro o institución de convalecencia, spas, hospicios, asilo u hogar de ancianos, aún cuando tales servicios sean necesitados por el paciente, o hayan sido certificados como necesidad médica por un médico.
16. Procedimiento, tratamiento o estudio no disponible en la República de Panamá, aunque sea médicamente necesario.
17. Tratamientos médicos o quirúrgicos por enfermedad o lesiones pre-existentes y sus secuelas o complicaciones médicamente evidenciables, manifiestas antes de la vigencia de la póliza y/o fecha de inicio del seguro de un Asegurado.
18. Estudios diagnósticos o tratamientos relacionados con condiciones pre-existentes.

- 19. Cuidado quiropráctico y/o podiátrico incluyendo el cuidado, tratamiento y/o cirugía de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles, juanetes, hallux valgus o cualquier otra dolencia de los pies, así como los soportes de zapatos, plantillas, aparatos o dispositivos de cualquier tipo.**
- 20. Tratamiento o procedimientos por úlceras de decúbito o de presión en la piel resultante de mal manejo en casa u otra institución.**
- 21. Los siguientes medicamentos para uso fuera del hospital: vitaminas, o suplementos dietéticos, calmantes, tranquilizantes, relajantes, anti-conceptivos, medicinas para dormir o hipnóticos, medicinas para caídas de cabello, medicinas para osteoporosis, cualquier medicina no recetada por un médico afiliado.**
- 22. Tratamiento de acné o dermatitis seborreica, alopecia difusa, queratosis seborreica, papulosis negra, fibroma péndulo, hiperplasia sebácea, acrocordón, siringomas, queratosis actínica, nevus melanocíticos (lunares), verrugas (plantar, vulgar, planas, anogenitales), quistes epidérmicos.**
- 23. Tratamientos o procedimientos por obesidad, control o pérdida de peso, regímenes de ejercicio y dietas, enfermedad o trastorno del comer y sus consecuencias o complicaciones, en exceso de lo estipulado en el Cuadro de Beneficios.**
- 24. El Tabaquismo, sus secuelas y complicaciones.**
- 25. Anomalías congénitas, hereditarias o defectos adquiridos, excepto la de los recién nacidos cubiertos por la Póliza y sólo hasta el límite y condiciones estipuladas en el Cuadro de Beneficios.**
- 26. Tratamiento de medicina experimental o investigativa.**
- 27. Trasplante de órganos.**
- 28. Honorarios de médico asistente en cualquier procedimiento.**
- 29. Cámara hiperbárica.**
- 30. Cualquier tratamiento o beneficio de la póliza ocurrido durante el período de carencia de la cobertura o servicio afectado.**
- 31. Prestaciones o Gastos no autorizados expresamente.**
- 32. Medicinas y procedimientos que exijan atención domiciliaria.**
- 33. Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena y que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.**
- 34. Aborto electivo, esterilización, o reversión de esterilización, investigación o tratamiento por infertilidad, dispositivos anticonceptivos, inseminación artificial, estudios genéticos.**
- 35. Amniocentesis en embarazadas menores de 38 años de edad.**
- 36. Servicios médicos – hospitalarios de maternidad para hijas dependientes.**
- 37. Gastos los cuales:**
 - a. Exceden el costo Razonable y Acostumbrado de un servicio o suministro; No hubieran sido incurridos en la ausencia de seguro,**
 - b. Son por servicios o suministros no cubiertos bajo esta póliza.**
 - c. Exceden el Límite Anual Renovable que se estipula en Condiciones Particulares, o gastos en exceso de cualquier otro máximo allí estipulado.**
 - d. Prestados antes de la fecha de esta Póliza, o después de la fecha de terminación de la Póliza, no importando si el Accidente o la Enfermedad ocurrió o fue diagnosticado durante el período de vigencia de la Póliza.**
- 38. Tratamientos, servicios, o suministros que:**
 - a. Prestados por un Familiar Cercano, o prestados por una persona que reside en la residencia del Asegurado, o que fueron prestados en una institución que sea propiedad de un Familiar Cercano del Asegurado.**
 - b. Suministrados para el tratamiento de complicaciones de Accidentes o Enfermedades no cubiertas por esta Póliza.**

- c. Prestadas para el tratamiento de alguna condición que ha sido específicamente excluida por la Compañía por medio de anexo o endoso, incluyendo complicaciones de dichas condiciones excluidas.
 - d. Prestadas para el tratamiento de abortos electivos.
39. Las siguientes drogas, medicinas y suministros, aunque sean recetadas por un Médico afiliado a la Red:
- a. Experimentales o investigativas.
 - b. Vitaminas, suplementos dietéticos, depresivos del apetito, regeneradores de cabello, medicamentos para la regeneración de la piel, ayuda de embellecimiento o de salud.
 - c. Medicinas, drogas o suministros que no requieran receta médica, aunque el Médico las recete.
 - d. Mecanismos o medicinas anticonceptivas, excepto cuando son médicamente necesarias en el tratamiento de una condición médica.
 - e. Medicinas recetadas para condiciones que no son médicas o medicinas que son recetadas para el tratamiento de condiciones no cubiertas por esta Póliza.
40. Los siguientes procedimientos quirúrgicos y sus servicios y suministros relacionados incluyendo, pero no limitados,
- a. Cirugía electiva, cosmética o plástica, y sus tratamientos relacionados, para reparar o modificar una estructura corporal saludable con el propósito de mejorar la apariencia o la psique del Asegurado, ya sea por causas psicológicas o emotivas, excepto cuando son requeridas como resultado directo de un Accidente o Enfermedad contraídos después de la fecha efectiva de la cobertura bajo esta Póliza.
 - b. Queratotomía radial o cirugía ocular con el propósito de corregir errores de refracción.
 - c. Procedimientos de trasplantes de órganos, excepto como se describen en la sección de beneficios de esta Póliza.
 - d. Cambios de género sexual, o mejoras en la función sexual incluyendo, pero no limitada a prótesis de pene e impotencia sexual, o cualquier tratamiento (quirúrgico o no) para corregir disfunciones sexuales.
 - e. Reversión de procedimientos de esterilización sexual, o por cualquier tipo de control del embarazo.
 - f. Inseminación artificial, fertilización in vitro o in vivo, o cualquier servicio similar o procedimientos para causar el embarazo, o cualquier tratamiento (quirúrgico o no) para la infertilidad.
41. Tratamientos quiroprácticos de desórdenes de la espina dorsal o el esqueleto, incluyendo terapia física y manipulación de huesos, articulaciones y tejidos.
42. Prótesis, o el uso de aparatos correctivos o implementos médicos que no sean médicamente necesarios.
43. Programas de aumento de peso, servicios o suministros relacionados con programas de suplementos o aumentos de comidas, a no ser que sean necesarios para mantener la vida de un paciente en estado crítico.
44. Cuidados de custodia y cuidados de salud a domicilio, incluyendo, pero no limitado a, cuidados de largo plazo o cuidados de mantenimiento o terapia para condiciones crónicas; servicios, suministros, y tratamientos efectuados en sanatorios, instituciones de cura o cuidado de custodia, instituciones o centros de rehabilitación, instituciones o centros de tratamientos para cuidados geriátricos, o instituciones que no son consideradas como hospitales, tal como se definen en esta Póliza.
45. Insumos personales y de comodidad, tales como radios, televisores, servicios de barbería o peluquería; alquiler o compra de aires acondicionados, humidificadores, vaporizadores, equipo de ejercicio o equipos similares.

46. **Cualquier gasto incurrido en la compra o alquiler de equipos médicos duraderos, tales como silla de ruedas, camas de hospital, respiradores, y cualquier otro equipo semejante, aun cuando sean recetados por un Médico.**
47. **Tratamientos en instituciones en las cuales el Asegurado tenga derecho a recibir cuidados gratuitos.**
48. **Un Accidente o Enfermedad causada por negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose toda lesión o enfermedad ocurrida a causa o con ocasión de su estado de ebriedad o efectos de las drogas.**
49. **La práctica de aviación privada, vuelos sin motor y ultraligeros, práctica de deportes profesionales, práctica de cualquier deporte arriesgado o competencias deportivas consideradas peligrosas, ya sea a nivel profesional o de aficionado que expongan por irresponsabilidad, desconocimiento o circunstancias agravantes la vida o la salud del Asegurado; incluyendo pero sin limitarse a: boxeo, lucha, paracaidismo, submarinismo, buceo, rapel, tauromaquia, equitación, esgrima, cacería, tiro, alpinismo, automovilismo, motociclismo, salto de "bungee", planeadores, práctica de salto en caída libre o similares, parapente, esquí de cualquier tipo y cualquier otro deporte de altura o aéreo, espeleología, deportes de invierno, deportes de contacto realizados durante una competencia y todo tipo de competencia de velocidad.**

LIMITACIONES POR PERIODO DE ESPERA DURANTE LOS PRIMEROS DOCE (12) MESES

Durante los primeros doce (12) meses de vigencia del contrato de seguro, no se cubrirá ningún gasto por tratamientos, consultas, servicios, suministros o cirugía proporcionados por, o en relación con:

1. **Problemas de Columna.**
2. **Circuncisión.**
3. **Amígdalas o adenoides.**
4. **Asma bronquial, EPOC.**
5. **Hernias de cualquier tipo.**
6. **Litiasis renal.**
7. **Litiasis biliar.**
8. **Divertículos en cualquier parte del cuerpo, hemorroides o enfermedades anorectales.**
9. **Quiste sebáceo o lipoma.**
10. **Cataratas, pterigion, glaucoma, desprendimiento de retina, chalazión, queratocono.**
11. **Problemas de próstata.**
12. **Lesiones cutáneas.**
13. **Insuficiencia renal.**
14. **Problemas cardíacos.**
15. **Quimioterapia o radioterapia.**
16. **Problemas nasales (desviación de tabique, hipertrofia de cornetes, sinusitis, otras).**
17. **Síndrome del túnel del carpo.**
18. **Síndrome del manguito rotador (excepto por lesiones causadas por accidentes dentro de la vigencia de la póliza).**
19. **Diabetes Mellitus II, secuelas y complicaciones.**
20. **Artroscopias.**
21. **Varicocele o hidrocele.**
22. **Várices.**
23. **Problemas del Útero, piso perineal, ovarios y sus anexos.**

24. Migrañas crónicas.

25. Fibromas, Nódulos o Pólipos de cualquier tipo o clase.

Cláusula 5. ELEGIBILIDAD

Se consideran elegibles para efectos de este seguro:

- a. Los Familiares y/o dependientes y/o grupo familiar

Las edades de Admisión y Permanencia en la póliza, además de otros requisitos de asegurabilidad, serán consignados en el Cuadro de Beneficios del Plan Contratado.

Cláusula 6. TIPO DE ASEGURADOS

La póliza podrá incluir los siguientes tipos de asegurados.

1. **ASEGURADO PRINCIPAL:** La persona que llena la solicitud de seguro de salud. Ésta es la persona que está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.
2. **DEPENDIENTES:** Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge, concubina o compañero(a) doméstico(a) del asegurado principal, hijos naturales, hijos adoptados legalmente, hijastros, o menores de edad para los cuales el asegurado principal ha sido designado como tutor legal por una corte de jurisdicción competente, quienes hayan sido identificados en la solicitud de seguro de salud, y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza.
3. **HIJOS:** La cobertura está disponible para los hijos dependientes del asegurado principal tal como se establece en las definiciones.

Cláusula 7. VIGENCIA Y TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Este seguro tendrá una vigencia de un año, contado desde la fecha de inicio de vigencia consignada en las condiciones Particulares.

Las personas que ingresen en el futuro a la entidad contratante a que pertenece el grupo de asegurados de esta póliza, podrán ser incorporados al presente seguro a partir de la fecha de su aceptación como asegurado por parte de la Compañía, previa satisfacción de los requisitos de asegurabilidad establecidos y pago de la prima correspondiente. La fecha de fin de la cobertura para estos asegurados no podrá ser superior a la fecha de expiración de la póliza.

Este seguro terminará, en el momento que suceda alguno de los siguientes hechos:

- a) **Fallecimiento del asegurado.**
- b) **Solicitud de cancelación por parte del contratante.**
- c) **Cambio de profesión, pasatiempo o, en general, un agravamiento tal en la exposición al riesgo del asegurado que lo convierta en un riesgo excluido de la póliza.**
- d) **Omisión o falsedad de información que, en caso de haberse conocido al momento de la emisión, la Compañía hubiese rechazado o tarifado con recargos la propuesta, según el Artículo 1000 del Código de Comercio.**
- e) **El estado de salud del Asegurado se ha visto empeorado o complicado por el hecho de haberse negado a recibir algún tratamiento o estudio diagnóstico recomendado por un médico perteneciente a la Red de Proveedores.**

Cláusula 8. PRIMAS, MODIFICACIONES Y PERÍODO DE GRACIA

La Prima y demás condiciones de este seguro se garantizan por la vigencia de este contrato. LA COMPAÑÍA podrá modificar la Prima o Condiciones Particulares de esta cobertura en cada fecha de renovación. En caso de que LA COMPAÑÍA desee introducir modificaciones, deberá informar al Asegurado o Contratante de tales cambios con una anterioridad de treinta (30) días calendario previos a la fecha de renovación. Cualquier modificación o ajuste de prima deberá estar sujeta a los valores máximos de los parámetros aprobados por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

La prima será pagada por el Contratante en la oficina principal de LA COMPAÑÍA o en los lugares que ésta designe, en forma mensual, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca una periodicidad diferente.

Para el pago de todas las primas, excepto la primera, se concede un plazo de gracia de treinta (30) días calendarios, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la póliza permanecerá vigente y se enviará al Contratante notificación por escrito a la última dirección registrada en la póliza.

Cláusula 9. SUSPENSIÓN DE COBERTURA

Cuando el contratante haya efectuado el pago de la primera fracción de la prima y se atrase por más del término del período de gracia estipulado en el pago de alguna de las fracciones de prima subsiguientes, conforme al 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 (60) días calendario.

La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la prima dejada de pagar durante dicho periodo; o hasta que la póliza sea cancelada, conforme a lo que se indica en la siguiente cláusula 10 Rehabilitación.

Cláusula 10. REHABILITACIÓN

Toda póliza que tenga su cobertura suspendida por incumplimiento de pago se rehabilitará automáticamente desde el momento en que la COMPAÑÍA reciba el (los) pago(s) de prima(s) e impuesto(s) atrasados, siempre que la COMPAÑÍA no haya enviado aviso de cancelación por causas distintas al incumplimiento de pago de prima. Sin embargo, la COMPAÑÍA se reserva el derecho de declinar dicha rehabilitación de la Póliza cuando dentro del período de suspensión de cobertura haya ocurrido un siniestro o los riesgos asegurados en esta póliza cambian o varían de tal forma que corresponda la aplicación de la terminación del contrato estipulados en la cláusula 7 de este contrato.

Cláusula 11. AVISO DE CANCELACIÓN DE PÓLIZA

En caso que no se haya saldado la prima pendiente durante el período de gracia, LA COMPAÑÍA enviará un aviso de cancelación con quince (15) días hábiles de anticipación tal cual lo estipula el artículo 161 de la Ley 12 del 3 de Abril de 2012 "Que regula la actividad de seguros y dicta otras disposiciones"

Cláusula 12. RENOVACIÓN

Este beneficio es renovable automáticamente por periodos iguales con el pago de la prima en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la renovación acordados entre LA COMPAÑÍA y el Contratante, siempre y cuando ningún aviso de no renovación haya sido dado por LA COMPAÑÍA o solicitud del Asegurado Principal, por lo menos treinta (30) días calendario antes de la fecha de renovación.

Cláusula 13. TARIFAS DE RENOVACIÓN

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

Cláusula 14. HISTORIAL MÉDICO

El Asegurado autoriza a LA COMPAÑÍA para que solicite y obtenga de cualquier médico u hospital información sobre cualquier consulta o tratamiento médico referente a él mismo.

Cláusula 15. PROCEDIMIENTO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS CUBIERTOS

En el momento que el asegurado requiera algún tipo de servicio médico, podrá consultar con LA COMPAÑÍA o en los lugares o teléfonos que ésta designa las condiciones de la cobertura de acuerdo al Cuadro de Beneficios incluido en las Condiciones Particulares de la póliza y cuáles son los prestadores habilitados para prestar tal servicio.

Estarán siempre a cargo del asegurado los montos de copago que le correspondan al servicio prestado de acuerdo a lo especificado en el Cuadro de Beneficios.

Cláusula 16. SERVICIOS CON AUTORIZACIÓN PREVIA

Cuando al Asegurado le sea recomendado un tratamiento que incluya algún servicio que requiera autorización previa para que su prestación sea reconocida como cubierta por el plan según se indique en el Cuadro de Beneficios, deberá presentarse en las oficinas de LA COMPAÑÍA o en el Hospital Santa Fe, o comunicarse vía telefónica a los números indicados en el Cuadro de Beneficios para autorizar y coordinar la prestación de tales servicios. La Dirección Médica del Hospital Santa Fe podrá ordenar una segunda opinión médica para corroborar el diagnóstico y el tratamiento recomendado sin costo para el Asegurado.

El Asegurado deberá presentar el número de autorización para poder acceder a los servicios cubiertos y estarán a su cargo el copago que le correspondan al servicio prestado según se especifica en el Cuadro de Beneficios Condiciones Particulares.

Cláusula 17. LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Compañía no asume responsabilidad técnica ni profesional por los tratamientos realizados por la Red de Proveedores, sus médicos e instituciones que hacen parte de su red de servicios.

LA COMPAÑÍA no se hará responsable por la calidad del servicio recibido de cualquier institución o individuo. Esta Póliza no da al Asegurado o a sus familiares dependientes ningún derecho a reclamación o acción contra LA COMPAÑÍA, basado en un acto de omisión, negligencia, impericia, o comisión de un hospital, enfermera, médico o proveedor. LA COMPAÑÍA es responsable, únicamente, por el pago de los beneficios elegibles bajo las estipulaciones de esta Póliza.

Cláusula 18. ACCIÓN CONTRA LA COMPAÑÍA

Ninguna acción podrá ejecutarse contra LA COMPAÑÍA a menos que, como condición previa, se cumpla totalmente con las estipulaciones de esta Póliza; ni hasta sesenta (60) días calendario después que se hubieren presentado a LA COMPAÑÍA el cien (100%) por ciento de la documentación requerida para el trámite del siniestro.

Cláusula 19. PRESCRIPCIÓN

Las obligaciones de LA COMPAÑÍA, prescriben en el plazo de un año computado desde que las mismas son exigibles.

Cláusula 20. SUBROGACIÓN

Si el asegurado es lesionado a causa de imprudencia o negligencia de una tercera persona, el asegurado acuerda subrogar a LA COMPAÑÍA de cualquier indemnización o derecho a indemnización que tenga contra la tercera persona hasta cubrir los gastos en que ha incurrido el Asegurado, incluyendo los gastos legales que ocasione la recuperación de dicha indemnización. El asegurado está obligado a cooperar con LA COMPAÑÍA en todos los trámites e informaciones tendientes a hacer efectivos estos derechos.

Cláusula 21. COMUNICACIONES

Toda clase de avisos, notificaciones e informaciones que desee hacer el Asegurado que se relacionen con el presente contrato, deberán ser enviados directamente al domicilio de LA COMPAÑÍA.

Cláusula 22. MONEDA

Se conviene que todos los pagos que El Asegurado deba hacer a LA COMPAÑÍA o los que ésta haga por cualquier concepto con motivo de este Contrato, se deberán efectuar en la moneda detallada en la carátula de la póliza.

Cláusula 23. CONTROVERSIAS Y CONFLICTOS

Para los efectos legales de esta Póliza, LA COMPAÑÍA señala como domicilio legal la República de Panamá, por lo que este contrato queda sujeto a las leyes de la República de Panamá.

Las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales de la República de Panamá para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente contrato. No obstante, lo anterior, las partes podrán convenir, de mutuo acuerdo, someter sus controversias a arbitraje en derecho o arbitramento en equidad, si lo consideran conveniente a sus intereses y lo convienen así por escrito sin perjuicio de lo establecido en la ley 12 de 3 abril de 2012 en el capítulo II, sección 2.

El consumidor puede ejercer su derecho según lo establecido en los artículos 250 y 251 de la Ley 12 de 3 de abril de 2012, derecho del consumidor de interponer un proceso administrativo de quejas ante la Superintendencia (ante el Departamento de Protección al Consumidor de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros para montos hasta B/. 25,000).

Cláusula 24. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

LA COMPAÑÍA declara que se compromete a tomar las medidas necesarias para proteger los datos personales y sensibles que obtenga del contratante, asegurado y sus dependientes, para que sean tratados y manejados en la ejecución del objeto de la contratación y demás requerimientos legales, en cumplimiento de los principios de: lealtad, finalidad, proporcionalidad, veracidad y exactitud, seguridad de los datos, transparencia, confidencialidad, licitud, y portabilidad, según lo dispuesto por la Ley 81 de 2019, reglamentada por el Decreto Ejecutivo 285 de 28 de mayo de 2021, en concordancia con la Ley 12 de 2012.

Cláusula 25. PREVENCIÓN DE BLANQUEO DE CAPITAL

El Contratante y/o Asegurado se obliga(n) a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar la información requerida por la ley de prevención de blanqueo de capitales, así mismo se obligan a realizar la actualización de los datos requeridos, cuando LA COMPAÑÍA se lo solicite. LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de no renovar o terminar el Contrato de Seguro, en caso de que el Asegurado incumpla con esta obligación.

En el caso de que el departamento de cumplimiento de LA COMPAÑÍA, reporte a la Unidad de Análisis Financiero, alguna actividad sospechosa por parte de un Asegurado, Contratante o Beneficiario, luego de la suscripción del negocio, podrá dar por terminado de forma anticipada el contrato de seguro, sin ningún tipo de responsabilidad o penalidad. Si existiera una actividad sospechosa, antes de la ocurrencia del siniestro o presentación de un reclamo o surgiera una actividad sospechosa luego de ocurrido un siniestro o presentado un reclamo, LA COMPAÑÍA podrá abstenerse de realizar el pago que corresponda, sin ningún tipo de responsabilidad o penalidad, pero previamente deberá remitir el reporte correspondiente a la Unidad de Análisis Financiero, quien determinará los pasos a seguir en ese caso.

Sin perjuicio de la decisión que pueda adoptar la Unidad de Análisis Financiero o las autoridades competentes, la Compañía podrá de forma anticipada dar por terminado el contrato de seguro, sin ningún tipo de responsabilidad o penalidad.

Cláusula 26. DECLARACIÓN FALSA U OCULTAMIENTO

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de anular esta póliza o la cobertura para un asegurado de acuerdo a lo estipulado en el Artículo 1000 del Código de Comercio, o la disposición legal que lo sustituya. El Artículo establece lo siguiente:

"Art. 1000.- Toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el asegurado, por el asegurador o por los representantes de uno u otro que hubieren podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato, traen consigo la nulidad del mismo. Si la falsedad o inexactitud proviniera del asegurado o de quien lo represente, el asegurador tiene derecho a las primas pagadas; si proviniera del asegurador o su representante, el asegurado puede exigir la devolución de lo pagado por primas, más un diez por ciento en calidad de perjuicios."

El ocultamiento o la inexactitud u omisión sobre hechos o circunstancias que, conocidos por LA COMPAÑÍA le hubiesen hecho declinar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad del Seguro. Aunque la declaración no se haga con sujeción a un cuestionario determinado, el ocultamiento

o la inexactitud u omisión producen igual efecto si el Asegurado ha encubierto hechos o circunstancias que impliquen agravación objetiva del riesgo.

Las condiciones de esta cláusula aplican a cualquier documento, formulario, incluyendo, pero no limitado a formularios de reclamos o de cualquier otra índole que forme parte del contrato de seguro.

Cláusula 27. DOLO O FRAUDE

LA COMPAÑÍA suscribe y emite la póliza, con la condición de que las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro, sean veraces.

De igual manera, LA COMPAÑÍA evalúa las reclamaciones que se le presenten para el pago de indemnizaciones por siniestros, presuntamente cubiertos por la póliza, basada en que las declaraciones hechas por el Asegurado sean veraces.

Por tanto, la falta de veracidad, declaración falsa o inexacta de información relevante, demora en la entrega de documentos o la declaración de hechos que a la luz de las circunstancias en que fueron realizados puedan resultar falsos o inexactos u omitidos con dolo por parte del Asegurado, habiendo sido corroboradas por cualquiera de los medios de prueba aceptados por la Ley, le dará derecho a LA COMPAÑÍA a negar cualquier reclamo presentado con base en la misma y acarreará la nulidad de la cobertura de seguro, a partir de la fecha en que LA COMPAÑÍA tenga conocimiento de dicha falta.

EL ASEGURADO y/o CONTRATANTE aceptante del presente condicionado, reconoce que Acerta Compañía de Seguros, S.A., filiales, reaseguradoras, socios estratégicos o de negocio y Grupo Económico, cuando sea necesario y requerido, podrán acceder, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar los datos personales para las finalidades y alcances específicos relacionados con la gestión de sus productos, negociación, servicios y/o contratación de las Pólizas de Seguros o Fianzas, para el uso en el desarrollo de su actividad comercial y servicios financieros, así como se compromete, a mantener la confidencialidad de la información, en concordancia con la Ley No. 12 del 3 de abril de 2012 y la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019. Para ampliar información sobre nuestra política de protección de datos podrá referirse a nuestra página web www.acertaseguros.com.



CONTRATANTE

LA COMPAÑÍA