

**SEGURO COLECTIVO DE SALUD PLAN FAMILIAR  
CONDICIONES GENERALES****1. Artículo Preliminar: CONTRATO**

Esta Póliza, sus Condiciones Particulares y declaraciones efectuadas por el CONTRATANTE Y/O ASEGURADO respecto al riesgo, incluyendo, en su caso, las declaraciones al médico reconocedor e informes referentes a la salud del ASEGURADO, son datos esenciales para la apreciación del riesgo y constituyen base fundamental del contrato.

Si el contenido de la Póliza difiere de la proposición del seguro o de las cláusulas acordadas, el CONTRATANTE podrá reclamar a la ASEGURADORA, 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.

**Cláusula 1. 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 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 carencia establecidos en el Cuadro de Beneficios Particular del plan contratado:

**A. Beneficio de Hospitalización**

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

1. **Días cama hospitalización:** Gasto por habitación, alimentación y atención en general de enfermería, suministrada al ASEGURADO durante su hospitalización.
2. **Servicios hospitalarios:** Gastos por concepto de servicios de hospital no incluidos en la letra anterior, tales como cuidados de enfermería; salas de urgencia; derecho de pabellón; unidad de tratamiento intensivo; 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 (a excepción de algunos exámenes especiales) y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el tratamiento de la incapacidad, siempre y cuando los mismos no sean producto de una condición preexistente.
3. **Honorarios quirúrgicos:** Los honorarios de médicos e instrumentistas que hubieran intervenido en una operación quirúrgica al ASEGURADO.

**B. Beneficio Ambulatorio**

LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos provenientes de prestaciones realizadas en forma ambulatoria o sin hospitalización (previamente autorizados), cuando estas sean prescritas por un médico afiliado a la Red de Prestadores 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 siempre que el procedimiento sea autorizado previamente.
2. **Consultas Médicas:** Incluye las visitas en Consultorio a Médicos afiliados a la Red de Prestadores.
3. **Exámenes de Laboratorio:** Incluye los exámenes bioquímicos y mediciones prescritas por un médico afiliado a la Red de Prestadores 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 diez (10) días hábiles para realizarse los exámenes inmediatamente después de la consulta. (Hospital Santa Fe solamente).

## SEGURO COLECTIVO DE SALUD PLAN FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

5. **Medicamentos:** Incluye únicamente los medicamentos expedidos bajo receta siempre que tal receta sea expedida por un médico afiliado a la Red de Prestadores. (Hospital Santa Fe).

### C. 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 tercer día de vida, siempre que el embarazo sea concebido después del decimotercer mes de ingreso a la póliza.

### D. Extrema Urgencia

LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos causados por un caso de Extrema 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 ASEGURADORA para que el ASEGURADO tenga derecho al reembolso hasta un máximo de quinientos balboas (B/.500.00).

### Cláusula 2. DEFINICIONES

A efectos de esta póliza, se entiende por:

1. **COMPAÑÍA, ASEGURADOR O ASEGURADORA:** La Sociedad Aseguradora 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.
2. **CONTRATANTE:** Persona natural o jurídica que, como contraparte de LA ASEGURADORA, contrata la póliza para asegurar a una persona o personas sobre las cuales tiene interés asegurable que reúnen los requisitos exigidos por LA ASEGURADORA. Es el responsable de hacer el pago de la prima convenida y que tiene interés asegurable sobre EL ASEGURADO. EL CONTRATANTE asume las responsabilidades que emanen de su actuación como ASEGURADO del seguro colectivo y las primas establecidas y al cumplimiento de las obligaciones que de la misma dimanan, excepto las que por su naturaleza, deban ser cumplidas por el ASEGURADO, conforme a los términos del presente contrato de seguro.
3. **ASEGURADO:** La persona individualizada en las Condiciones Particulares y sobre la cual se aplican las coberturas. Es quien está interesado en contratar la cobertura de salud ofrecida con pleno conocimientos 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 el formulario de afiliación y se cancele la prima correspondiente de acuerdo a la Tabla de Rango de Edad.
4. **ASEGURADO PRINCIPAL:** Es el ASEGURADO titular de la Póliza, identificado como tal en las Condiciones Particulares.
5. **Grupo Asegurable:** Se define como grupo asegurable a la colectividad formada por las personas pertenecientes a un grupo familiar, o grupo de trabajo o grupo afín, según se manifieste en las Condiciones Particulares
6. **Grupo Familiar:** Se define como grupo familiar a:
  - a. El titular de la póliza, individualizado en las Condiciones Particulares.
  - b. El cónyuge menor de sesenta (60) años y los hijos solteros no mayores de diecinueve (19) años de edad, que, habiendo solicitado su incorporación, hayan sido aceptados por LA COMPAÑÍA ASEGURADORA y se encuentren individualizados en las Condiciones Particulares de esta Póliza.
  - c. Aplica para Plan Medico Santa Fe únicamente.
7. **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.
8. **Póliza:** El documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares que individualizan el riesgo y los Suplementos y los Apéndices que se emitan para completarla o modificarla. Ninguno de estos documentos tiene validez ni efecto por separado.
9. **Prima:** El precio del seguro. El recibo contendrá además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

## SEGURO COLECTIVO DE SALUD PLAN FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

10. **Prima con descuento de jubilado:** El precio del seguro que el mismo incluye el descuento de jubilado de a la Ley de jubilación vigente.
11. **Copago:** El monto en que participará el ASEGURADO en el costo del servicio de acuerdo a la prestación realizada según es señalado en el Cuadro de Beneficios incluido en las Condiciones Particulares.
12. **Periodo de espera:** Período de espera durante el cual LOS ASEGURADOS no tienen derecho al servicio ofrecido en este 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.
13. **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.
14. **Límite Máximo Anual:** Cantidad total pagadera con respecto de un ASEGURADO por año de Póliza.
15. **Límite Máximo Vitalicio:** Cantidad total pagadera con respecto de un ASEGURADO. Esta cantidad es por la vida de la Póliza o el ASEGURADO, lo que primero cese.
16. **Edad:** La que tenga el ASEGURADO al momento del ingreso a la póliza y en cada renovación de su vigencia.
17. **Siniestro:** La prestación de un servicio cubierto por la póliza según el Cuadro de Beneficios indicado en las Condiciones Particulares del Plan Contratado.
18. **Médico:** Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina en el área donde ejerce la práctica de su profesión.
19. **Enfermera:** Enfermera titulada debidamente autorizada y que no es ni el ASEGURADO PRINCIPAL, ni ninguno de sus familiares, ni ningún Pariente Cercano del ASEGURADO.
20. **Red de Proveedores o Red de Prestadores:** Agrupación de todos los Proveedores de Servicios Médicos que se detallan en las Condiciones Particulares y que se han comprometido a prestarle servicios al ASEGURADO en los lugares indicados.
21. **Prestador:** Proveedor del Servicio Médico.
22. **Consulta Médica:** es la atención brindada por un profesional médico a un paciente ambulatorio en un consultorio externo.
23. **Exámenes de Laboratorio:** Es la prueba efectuada 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.
24. **Extrema Urgencia:** una condición que pudiera causar la muerte o incapacidad seria al miembro si no recibiera atención médica inmediata. Nunca se considerarán de Extrema Urgencia las siguientes condiciones:
  - a. Una condición médica que haya sido anteriormente detectada y cuyo diagnóstico o tratamiento adecuado haya sido rehusado o demorada por causas imputables al ASEGURADO.
  - b. Una condición que hubiera podido ser prevista antes de que el miembro saliera de la Ciudad de Panamá.
  - c. Parto vaginal o por cesárea de embarazo de treinta y seis (36) semanas o más.
25. **Lesión Accidental o Accidente:** Una lesión causada por una fuerza o elemento externo y requiere atención médica inmediata, tal como golpe, caída, cortada, quemadura, entre otros.
26. **Urgencia Médica:** Una enfermedad o condición médica que requiere atención médica inmediata y se limitan a las siguientes: crisis asmática severa, cólico renal agudo, retención aguda de orina, convulsiones hemorragias gastrointestinales severas, accidentes cerebrovasculares, infarto del miocardio, abdomen agudo, intoxicación alérgica severa y deshidratación severa.
27. **Cirugía o Tratamiento Cosmético o Estético:** Cualquier procedimiento efectuado primordialmente para mejorar la apariencia física.
28. **Enfermedad:** Es toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico legalmente reconocido.
29. **Incapacidad:** Toda enfermedad o dolencia, y además toda lesión corporal sufrida como resultado de un accidente o enfermedad, que afecte al organismo de un ASEGURADO y que requieran tratamiento médico. Toda lesión sufrida por una persona en un mismo accidente o enfermedad, se considera como una sola incapacidad. Todas las incapacidades que existan simultáneamente debidas a la misma causa o a otras relacionadas entre sí, serán consideradas como una misma incapacidad.

**SEGURO COLECTIVO DE SALUD PLAN FAMILIAR  
CONDICIONES GENERALES**

**30. Enfermedad Preexistente:** Se entiende enfermedad preexistente toda aquella enfermedad, lesión, condición o síntoma, congénita o no, que se haya originado con anterioridad a la contratación del seguro, aunque no haya sido del conocimiento del afiliado y/o ASEGURADO o de sus familiares y por lo cual el ASEGURADO ha recibido tratamiento médico, o le recomendaron exámenes para diagnóstico, o tomó medicinas recetadas o recomendadas por un médico. 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 "Enfermedad Preexistente" si el embarazo existía antes de la fecha efectiva de la póliza para la asegurada.

**31. Enfermedad Congénita:** Enfermedad o trastorno existente en o desde el nacimiento, que haya sido o no diagnosticado en ese momento o que haya sido diagnosticado o tratado durante el crecimiento y proceso del desarrollo hasta la adultez.

**32. Enfermedad Infecciosa:** Enfermedad contagiosa causada por parásitos, bacterias, protozoos, hongos o virus.

**33. 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.

**34. Pariente Cercano:** Cónyuge, hijo natural, adoptivo o hijastro, hermano o hermana, padres, primos, sobrinos o tíos del ASEGURADO o de su cónyuge.

**35. Evento:** Todas las prestaciones hospitalarias o ambulatorias asociadas a un diagnóstico por enfermedad o accidente y sus consecuencias posteriores asociadas directamente al diagnóstico principal, con una duración y plazo que será definido en las Condiciones Particulares. En caso que la enfermedad o accidente que dio origen a un evento objeto de reembolso se prolongue más allá del plazo indicado en las Condiciones Particulares, y siempre que la póliza se encuentre vigente, éste será considerado como un nuevo evento para todos los efectos.

**36. 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.

**37. Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados:** Es el monto que habitualmente se cobra por prestaciones de carácter similar en la localidad donde éstas son efectuadas a personas del mismo sexo y edad, considerando, además, que sean las prestaciones que generalmente se suministran para el tratamiento de la incapacidad; la característica y nivel de los tratamientos y servicios otorgados; el prestigio, experiencia y nivel de las personas encargadas de la atención.

**38. 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, terma, asilo, sanatorio particular, casa para convalecientes, o un lugar usado principalmente para la internación o tratamiento de enfermos mentales, adictos a drogas o alcohólicos.

**39. Hospitalización:** Se entenderá que una persona se encuentra hospitalizada cuando está registrada como paciente de un Hospital por prescripción médica, y que utilice a lo menos, un día completo de servicio de habitación, alimentación y atención general de enfermería.

**SEGURO COLECTIVO DE SALUD PLAN FAMILIAR  
CONDICIONES GENERALES**

**40. Experimental:** Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o período de hospitalización (o parte de un período de hospitalización) que:

- a. No ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo/apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional.
- b. Se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

**Cláusula 3. EXCLUSIONES.**

**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 Prestadores, 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 o pagar donantes de sangre cuando sean solicitados por el médico tratante. En caso de no requerirse la transfusión, la sangre quedará como propiedad del banco de sangre del hospital.**
- 4. Audífonos, anteojos, lentes de contacto, dentistería, odontología, ortodoncia, tratamiento de afecciones témporo-mandibulares. Cualquier cirugía o procedimiento efectuado para el tratamiento de trastornos de refracción de la vista o problemas de audición (hipoacusia)**
- 5. Exámenes para seguros, licencias, solicitudes de empleo o cualquier otro no relacionado a un tratamiento o diagnóstico médico.**
- 6. Equipo y material médico-quirúrgico para uso fuera del hospital (camas, sillas de ruedas, respiradores, muletas, gasas, entre otros).**
- 7. Investigación o tratamiento por impotencia o disfunción eréctil**
- 8. Tratamiento de SIDA o de sus complicaciones.**
- 9. Prótesis, miembros u ojos artificiales, marcapasos, stent, mallas de Coretex, zapatos ortopédicos, o cualquier material quirúrgico, implantado en una cirugía o procedimiento.**
- 10. Controles o exámenes periódicos de salud o cualquier tratamiento no considerado médicaamente necesario.**
- 11. Cuando sean a consecuencia o correspondan a complicaciones de:**
  - i. **Guerra civil o internacional, sea que ésta haya sido declarada o no, invasión y actividades u hostilidades de enemigos extranjeros.**
  - ii. **Desorden civil, manifestación, huelga, motín sean que éstos declarados o no.**
  - iii. **Fusión y fisión nuclear, y/o inundación, terremoto, erupción volcánica, huracán, vendaval, ciclón, tornado y desastres naturales.**
  - iv. **Pelea, riña, asalto o robo.**
- 12. Lesión causada a sí mismo voluntaria o involuntariamente, estando o no la persona en uso de sus facultades mentales.**
- 13. Tratamiento de alcoholismo crónico, adicción a las drogas, retraso mental, incapacidad de aprendizaje y trastornos del sueño.**
- 14. Cargos incurridos o incapacidad sufrida debido a una lesión o enfermedad que sea como resultado de estar realizando una ocupación ilegal, cometiendo o intentando cometer un delito o felonía o que resulte de estar bajo la influencia del alcohol, drogas o bajo el efecto de estupefacientes o intoxicantes.**
- 15. Curas de reposo, de convalecencia o de custodia.**
- 16. Procedimiento, tratamiento o estudio no disponible en la república de Panamá, aunque sea médicaamente necesario.**

**SEGURO COLECTIVO DE SALUD PLAN FAMILIAR  
CONDICIONES GENERALES**

- 17. Enfermedades o condiciones preexistentes ni sus complicaciones o secuelas.** En caso de preexistir la hipertensión arterial, no se darán servicios médicos u hospitalarios para: tromboembolismo pulmonar, aterosclerosis, enfermedad del corazón, enfermedades de los riñones, derrame cerebral (hemorragia o trombosis), insuficiencia vascular cerebral. En caso de preexistir diabetes mellitus, no se darán servicios médicos u hospitalarios para: arteriosclerosis, enfermedades del corazón, enfermedades de los riñones, derrame cerebral (hemorragia o trombosis) enfermedades de los ojos, neuropatías, insuficiencia vascular cerebral.
- 18. Juanetes.**
- 19. Estudios diagnósticos o tratamientos relacionados con condiciones pre-existentes.**
- 20. Tratamiento de úlceras decúbitos o de presión en la piel resultante de mal manejo en casa u otra institución.**
- 21. Durante los primeros dos (2) años de vigencia, las siguientes operaciones o procedimientos:** cirugía de columna, circuncisión, histerectomía, amigdalectomía, adenoidectomía, operación de hernia, operación de la vesícula biliar o vías biliares, diverticulitis, escisión de quiste sebáceo o lipoma, operaciones de cataratas y pterigión, operaciones por glaucoma y desprendimiento de retina, operaciones de la próstata, escisión de lesión cutánea, diálisis por insuficiencia renal crónica, angioplastia coronaria, by-pass coronario o revascularización del miocardio, quimioterapia y radioterapia por cáncer, septo plastia, resección submucosa de septum nasal y de los cornetes o sinusitis, varicocele e hidrocele, litotricia extracorpórea por ondas de choque, ureteroscopia laparoscópica, síndrome del túnel del carpio, síndrome del manguito rotador (excepto de lesión causada por accidente ocurrido dentro de la cobertura de los dos primeros años.)
- 22. Las siguientes medicinas para uso fuera del hospital:** vitaminas, o suplementos dietéticos, calmantes, tranquilizantes, relajantes, anti-conceptivos, medicinas para dormir o hipnóticos, medicinas para caídas de cabello, anticonceptivos, medicinas para osteoporosis, cualquier medicina no recetada por un médico afiliado.
- 23. Tratamiento de acné o dermatitis seborreica, alopecia difusa, queratosis seborreica, papulosis negra, fibroma pélvico, hiperplasia sebácea, acrocordón, siringomas, queratosis actínica, nevus melanocíticos (lunares), verrugas (plantar, vulgar, planas, anogenitales)**
- 24. Tratamiento de la obesidad mórbida y secuelas. Tabaquismo**
- 25. Tratamiento de enfermedades o condiciones congénitas.**
- 26. Tratamiento de medicina experimental o investigativa**
- 27. Trasplante de órganos.**
- 28. Honorarios de médico asistente.**
- 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. Epidemias oficialmente declaradas.**
- 34. Fuera del Territorio de Panamá.**
- 35. Aborto electivo, esterilización, o reversión de esterilización, investigación o tratamiento por infertilidad, dispositivos anticonceptivos, inseminación artificial, estudios genéticos, ecografías tridimensionales.**
- 36. Complicaciones médicas del parto o cesárea, o del recién nacido.**
- 37. Servicios de hospitalización, por parto o cesárea o complicaciones de embarazo (aborto, embarazo ectópico, hiperemesis grávida, pre-eclampsia o eclampsia, amenaza de aborto, etc.). Si el embarazo es concebido antes del décimo tercer mes de vigencia del contrato.**
- 38. Amniocentesis en embarazadas menores de 40 años.**
- 39. Servicios médicos – hospitalarios de maternidad para hijas dependientes.**

**SEGURO COLECTIVO DE SALUD PLAN FAMILIAR  
CONDICIONES GENERALES****40. Gastos los cuales:**

- a. Exceden el costo Razonable y Acostumbrado de un servicio o suministro;
- b. No hubieran sido incurridos en la ausencia de seguro;
- c. No requieren responsabilidad legal por parte del ASEGURADO; o
- d. Son por servicios o suministros no cubiertos bajo esta Póliza;
- e. Exceden el Límite Anual o el Límite Máximo Vitalicio como se estipula en Condiciones Particulares, o gastos en exceso de cualquier otro máximo allí estipulado;
- f. 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;

**41. Tratamientos, servicios, o suministros que:**

- a. Prestados por un Pariente 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 Pariente 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;

**42. 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 cabellos, medicinas para la ayuda de la regeneración de la piel, ayudas de embellecimiento o de salud, Nyastin, Minóxidil o chicles de nicotina;
- 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; o
- e. Medicinas recetadas para condiciones que no son médicas o medicinas que son recetadas para el tratamiento de condiciones no cubiertas por esta Póliza}.

**43. 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. Keratomía 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 penil 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; o
- 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;

**SEGURO COLECTIVO DE SALUD PLAN FAMILIAR  
CONDICIONES GENERALES**

- 44. Tratamientos quiroprácticos de desórdenes de la espina dorsal o el esqueleto, incluyendo terapia física y manipulación de huesos, articulaciones y tejidos;**
- 45. Prótesis, o el uso de aparatos correctivos o implementos médicos que no sean Médicamente Necesarios;**
- 46. 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;**
- 47. Pérdida de peso, control de peso, o cualquier otro servicio o suministro relacionado con el tratamiento de obesidad, ya sea por medio de dietas, ejercicios, inyección de líquidos, o el uso de algún medicamento o cirugía de cualquier índole**
- 48. 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.**
- 49. Items 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;**
- 50. 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;**
- 51. Tratamientos en instituciones en las cuales el ASEGURADO tenga derecho a recibir cuidados gratuitos;**
- 52. Un Accidente o Enfermedad que está, o que comprende, o que sucedió en momentos de:**
  - a. Cubierto por cualquier Ley de Compensación al Trabajador o legislación similar, no importando si el ASEGURADO ha recibido o aplicado para dichos beneficios;**
  - b. Daños causados a sí mismo, ya sea en estado de locura o cordura;**
  - c. Guerra, declarada o no, actos de terrorismo o violencia civil, actos cometidos durante la suspensión de las garantías constitucionales dirigidos contra entidades gubernamentales o civiles;**
  - d. Participación en motín, huelga, tumulto, rebelión militar o popular, revolución o disturbio público;**
  - e. Participación en actos ilícitos, asaltos, felonías, incluyendo, pero no limitado a, riñas iniciadas por el ASEGURADO;**
  - f. Sostenidas bajo la influencia, total o parcial, de alcohol o estupefacientes o cualquier otra droga que no sea bajo receta y cuidado médico., Sin embargo, ningún beneficio será pagadero por algún Accidente o Enfermedad contraído mientras el ASEGURADO se encuentra bajo la influencia, total o parcial, de drogas recetadas por un Médico para el tratamiento de dependencia química o alcohólica;**
  - g. 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.**
  - h. Fusión y fisión nuclear.**
  - i. Inundación, terremoto, erupción volcánica, huracán, vendaval, ciclón, tornado, caída de cuerpo sideral y aerolito.**
  - j. Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o hechos de las Fuerzas Públicas o Cuerpos de Seguridad**
  - k. Epidemias oficialmente declaradas.**

## SEGURO COLECTIVO DE SALUD PLAN FAMILIAR CONDICIONES GENERALES

**53. La práctica o participación en eventos deportivos profesionales, en carreras o eventos de velocidad, buceo acuático o paracaísmo, escala de montañas (cuando se requiere el uso de sogas o guías), aviación (excepto cuando se viaja como pasajero en una aeronave comercial), deportes invernales competitivos, carreras de caballos, motociclismo, esquí acuático, o participación en otros deportes o entretenimientos peligrosos los cuales pudieran poner la vida del ASEGURADO en peligro, ya sea por irresponsabilidad, falta de conocimiento o habilidad u otras condiciones agravantes;**

### **Cláusula 4. ELEGIBILIDAD**

Se consideran elegibles para efectos de este seguro las siguientes colectividades:

- a. El grupo familiar.
- b. El personal de confianza o sindicalizado de un mismo patrón o empresa.
- c. Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores en servicio y sus secciones o grupos.
- d. Grupos afines.

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 5. TIPOS DE ASEGURADOS**

La póliza podrá incluir los siguientes tipos de ASEGURADOS:

1. **ASEGURADO PRINCIPAL:** La persona que llena la solicitud de seguro de salud. Esta 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 hasta los diecinueve (19) años de edad.

### **Cláusula 6. VIGENCIA, RENOVACIÓN 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 y se renovará automáticamente por períodos iguales con el pago de la prima en la fecha de vencimiento correspondiente, sujeto a los términos de la renovación acordados entre LA ASEGURADORA y el CONTRATANTE.

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 tarificado con recargos la propuesta, según el Artículo 1000 del Código de Comercio.**

**SEGURO COLECTIVO DE SALUD PLAN FAMILIAR  
CONDICIONES GENERALES**

- e. Ocurra un siniestro que esté amparado por una cobertura adicional contratada, en el que se abone la indemnización cuyo efecto sea la terminación o anulación anticipada de la póliza o la pérdida de derechos en ellas contemplados, cuando dichos efectos estén previstos en los endosos respectivos.
- f. 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 Prestadores.
- g. Cuando el ASEGURADO cumpla los sesenta (60) años de edad en el plan familiar.

**Cláusula 7. PERÍODO DE ESPERA**

Esta póliza contempla un período de espera, el cual se indica en el Cuadro de Beneficios del Plan Contratado, durante el cual solamente estarán cubiertas las lesiones causadas por un accidente que ocurra dentro de este período.

El período de espera es contado desde el ingreso del ASEGURADO a la póliza o desde su última rehabilitación y no aplica para las renovaciones, excepto cuando el ASEGURADO cambie el plan actual por otro de mayor cobertura, caso en el que la espera aplica para acceder a las condiciones del nuevo plan que no estuvieran consideradas en el anterior.

**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 que LA COMPAÑÍA desee introducir modificaciones, deberá informar al ASEGURADO o CONTRATANTE de tales cambios con una anterioridad de treinta (30) días 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. LA COMPAÑÍA no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

Para el pago de todas las primas, excepto la primera, se concede un plazo de gracia de treinta (30) días, 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.

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 período; 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 cambiarán o variarán de tal forma que corresponda la aplicación de la terminación del contrato estipulados en la cláusula 6 de este contrato.

**SEGURO COLECTIVO DE SALUD PLAN FAMILIAR  
CONDICIONES GENERALES****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. HISTORIAL MÉDICO**

El ASEGURADO autoriza a la ASEGURADORA para que solicite y obtenga de cualquier médico u hospital información sobre cualquier consulta o tratamiento médico referente a él mismo.

**Cláusula 13. PROCEDIMIENTO PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS CUBIERTOS**

En el momento que el ASEGURADO requiera algún tipo de servicio médico, podrá consultar con la ASEGURADORA 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 14. 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 15. LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**LA COMPAÑÍA no asume responsabilidad técnica ni profesional por los tratamientos realizados por la Red de Prestadores, sus médicos e instituciones que hacen parte de su red de servicios.**

**Cláusula 16. PRESCRIPCIÓN**

**Las obligaciones de LA COMPAÑÍA, prescriben en el plazo de un (1) año computado desde que las mismas son exigibles.**

**Cláusula 17. SUBROGACIÓN**

Si el ASEGURADO es lesionado a causa de imprudencia o negligencia de una tercera persona, el ASEGURADO acuerda subrogar a la ASEGURADORA 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 ASEGURADORA en todos los trámites e informaciones tendientes a hacer efectivos estos derechos.

**Cláusula 18. COMUNICACIONES**

Sin perjuicio de lo establecido en la Cláusula Prima por Vigencia, las estipulaciones consignadas en esta póliza sólo se pueden modificar por acuerdo mutuo de LA ASEGURADORA y EL ASEGURADO y que deberá constar por escrito mediante endoso o cláusulas adicionales. Toda clase de avisos, notificaciones e informaciones que deseé hacer EL ASEGURADO que se relacionen con el presente contrato, deberán ser enviados directamente al domicilio de LA ASEGURADORA.

**SEGURO COLECTIVO DE SALUD PLAN FAMILIAR  
CONDICIONES GENERALES****Cláusula 19. JURISDICCION**

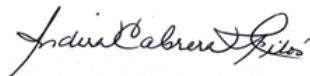
Las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales de la República de Panamá para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la aplicación o ejecución del presente contrato. No obstante, lo anterior, las partes podrán convenir por mutuo acuerdo, someter sus controversias a arbitraje, en el evento que lo consideren conveniente.

**Cláusula 20. CONTROVERSIAS Y CONFLICTOS**

Las partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales de la República de Panamá para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente contrato.

No obstante, lo anterior, las partes podrán convenir, de mutuo acuerdo, someter sus controversias a arbitraje 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).



---

**CONTRATANTE**

---

**COMPAÑÍA**