

PÓLIZA DE SALUD COLECTIVO
PLAN PRIVITAL PRIMORDIAL

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:

CONDICIONES GENERALES	3
SECCIÓN I. DEFINICIONES Y GENERALIDADES.....	3
SECCIÓN II. ESTIPULACIONES DE ELEGIBILIDAD Y EFECTIVIDAD	9
1. CLÁUSULA DE ASEGURABILIDAD	9
2. CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD	9
3. FECHA EFECTIVA DE LA COBERTURA	9
4. TERMINACIÓN DEL SEGURO	10
SECCIÓN III. BENEFICIOS DE LA COBERTURA BÁSICA	10
1. HONORARIOS O SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL CONSULTORIO	10
2. BENEFICIOS DE RAYOS X, IMAGENOLOGÍA Y LABORATORIOS CLÍNICOS	10
3. ATENCIÓN EN EL CUARTO DE URGENCIA	11
4. SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE	12
5. BENEFICIO DE MEDICINA PREVENTIVA.....	12
6. OTROS BENEFICIOS	12
SECCIÓN IV: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	14
SECCIÓN V: OTRAS ESTIPULACIONES	17
1. RED DE PROVEEDORES.....	17
2. AVISO DE PRUEBA Y RECLAMACIÓN	17
3. CONDICIONES PREEXISTENTES	17
4. PERÍODO DE CARENCIA.....	18
5. PRE-AUTORIZACIÓN Y SEGUNDA OPINIÓN.....	18
6. CONSENTIMIENTO INFORMADO	19
7. REQUISITOS PARA EL PAGO DE UNA RECLAMACIÓN	19
8. BASES DE INDEMNIZACIÓN.....	20
9. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS.....	20



10. ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA DE LOS ASEGURADOS O FAMILIARES DEPENDIENTES.....	20
11. EDAD	21
12. FORMA DE PAGO LAS PRIMAS.....	21
13. PRIMAS, MODIFICACIONES Y PERIODO DE GRACIA	21
14. SUSPENSIÓN DE COBERTURA:	22
15. REHABILITACIÓN	22
16. AVISO DE CANCELACIÓN.....	22
17. RENOVACIÓN	22
18. TARIFAS DE RENOVACIÓN.....	23
19. JURISDICCIÓN.....	23
20. DESCARGO DE RESPONSABILIDAD.....	23
21. SUBROGACIÓN	23
22. DECLARACIÓN FALSA	23
23. DOLO O FRAUDE	24
24. ACCIÓN CONTRA LA ASEGURADORA.....	24
25. MODIFICACIONES Y COMUNICACIONES.....	24
26. MONEDA	24
27. CONTROVERSIAS Y CONFLICTOS.....	24

CONDICIONES GENERALES

SECCIÓN I. DEFINICIONES Y GENERALIDADES

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 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: Documento expedido por LA COMPAÑÍA el cual modifica parte de las Condiciones Particulares, Condiciones Especiales o Condiciones Generales del contrato, ya sea que se emitan durante o con posterioridad a la emisión de la póliza, por solicitud de las partes o como garantía o requerimiento de LA COMPAÑÍA para la aceptación del Contrato de Seguro. El (los) endoso(s) se redactarán mediante documento(s) separado(s) y constituye(n) parte integral del contrato.
4. AÑO PÓLIZA: El período de doce (12) meses que comienza a partir de la fecha efectiva de la Póliza.
5. ASEGURADO: Es la persona natural a quien ACERTA ha expedido un certificado de seguro bajo esta póliza. Bajo esta definición se entenderá que puede acceder a todas las coberturas y beneficios contratados

El Asegurado y/o Contratante debe notificar a LA COMPAÑÍA las agravaciones del riesgo, causados por un hecho suyo, antes de que se produzcan. 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 reembolsar por los montos pagados a este último en concepto de reclamos presentados a partir del momento en que se produjo la agravación.

6. CONSENTIMIENTO INFORMADO: Es el documento contemplado en la ley por el cual el asegurado hace uso de sus derechos de ser informado detalladamente de su condición médica.

7. **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.
8. **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 pagará lo que corresponda sin exceder el 100% del gasto incurrido.
9. **CONTRATANTE:** El Contratante es quien representa el colectivo y a quien le corresponde cumplir con las obligaciones de la Póliza, incluyendo el pago de las primas.
10. **COASEGURO:** Cargo en porcentaje que debe pagar el Asegurado directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios, antes de recibir los servicios cubiertos descritos en la Póliza. Esta cantidad no es reembolsable por LA COMPAÑÍA y generalmente no está relacionada a completar el deducible.
11. **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. Esta cantidad no es reembolsable por LA COMPAÑÍA y generalmente no está relacionada a completar el deducible.
12. **COSTO RAZONABLE, USUAL, Y ACOSTUMBRADO:** 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.
13. **CUADRO DE COBERTURAS:** 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.
14. **CUARTO DE URGENCIA:** Área de un hospital o Centro de Salud equipada para tratar situaciones críticas o lesiones de salud.
15. **DEDUCIBLE:** Es la cantidad predeterminada de dinero detallada en las Condiciones Particulares que debe cubrir cada Asegurado antes de recibir los beneficios otorgados bajo el Plan de Seguro, por concepto de Gastos Médicos Elegibles. El deducible no es reembolsable bajo esta Póliza. El monto del deducible está indicado en el Cuadro de Coberturas y es acumulable por Año Póliza.

Los siguientes cargos o gastos no podrán usarse para satisfacer el Deducible:

- 1. Cantidades que sobrepasen los límites de los Costos Razonables y Acostumbrados establecidos por LA COMPAÑÍA;**
- 2. Co-pagos y Co-aseguro de Indemnización;**
- 3. Gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros que no están cubiertos bajo la Póliza;**
- 4. Cargos en exceso de los límites de beneficios estipulados en la Póliza;**

16. 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, sin presentar evidencia de asegurabilidad y otorgándole continuidad de cobertura, siempre que:

- Hayan cumplido con el periodo mínimo de inscripción requerido, según el tipo de póliza en base a lo descrito a continuación:
 - Póliza colectiva: cinco (5) años de pertenecer a esta póliza.
- La póliza se encuentra vigente y el pago de las primas se encuentra al día.
- Soliciten a LA COMPAÑÍA la Conversión y paguen la prima inicial dentro de los primeros treinta y un (31) días calendario siguientes a la terminación de la cobertura bajo esta Póliza.
- La nueva Póliza se encuentre dentro de la oferta de seguros de salud individual disponibles y comercializados por LA COMPAÑÍA y cuente con cobertura similar y por un límite máximo igual o inferior al existente bajo esta Póliza al momento de la conversión.

La fecha de inicio de la nueva Póliza individual comienza inmediatamente que la cobertura bajo esta Póliza termine y la prima a pagar será basada en la tarifa de LA COMPAÑÍA aplicable a la clase de riesgo a la cual pertenezca el Asegurado, la edad que tenga en la fecha efectiva de la nueva póliza de seguro de salud individual, así como a lo indicado en el párrafo anterior.

Adicionalmente, las coberturas y límites de responsabilidad de LA COMPAÑÍA de Seguros bajo la nueva póliza individual no excederán las coberturas y límites provistos que tenían bajo la póliza individual o colectiva y a los mismos se les restará todos los gastos incurridos, cubiertos y pagados al Asegurado y sus dependientes asegurados en la póliza individual o colectiva, por lo que dichos gastos serán transferidos a la nueva póliza individual.

Cabe señalar que, de igual forma, los recargos y/o exclusiones por condiciones médicas (preexistencias), limitaciones y/o períodos de espera que se encuentran vigentes bajo esta Póliza, bajo el Certificado del Asegurado Principal o de alguno de los dependientes asegurados se mantendrán en la nueva Póliza Individual.

En adición a lo detallado y definido en la Cláusula 4 Terminación del Seguro, Sección II, para los efectos del Derecho de Conversión se entenderá por Terminación del Seguro cuando se cumplan con las siguientes condiciones:

- 1. El Asegurado Principal haya dejado de formar parte de la entidad que conforma el Contratante por terminación de empleo o relación laboral, dejado de formar parte, ser miembro o pertenecer a la entidad contratante, dejando así de formar parte de la colectividad.**
- 2. La Póliza haya sido cancelada por el Contratante, siempre y cuando el asegurado o grupo colectivo no fuera traspasado a otra Compañía de Seguros con Continuidad de Cobertura.**
- 3. El Asegurado Principal y/o Familiares Dependientes lleguen a la edad de terminación de cobertura, que establece la Póliza Colectiva.**

- 4. En el caso de fallecimiento del Asegurado Principal o si el matrimonio termina por divorcio o anulación, exclusivamente para sus dependientes asegurados.**

Limitaciones y Exclusiones:

El Derecho de Conversión no será aplicable cuando:

- 1. El Límite Anual Renovable, haya sido consumido en su totalidad por el Asegurado.**

17. DOBLE COBERTURA: Se refiere a la situación en que un asegurado o beneficiario de esta póliza también tenga cobertura bajo otra póliza de otra compañía de seguros. En este caso se aplicará la coordinación de beneficios.
18. ENFERMEDAD: Se refiere a cualquier alteración de la salud, trastorno o condición que sufre un Asegurado, cuyo origen sea posterior a la vigencia de esta Póliza y que resulte de la acción de agentes patógenos de origen interno o externo, con relación al organismo y que requiera un tratamiento médico o quirúrgico y cuya información está registrada, reconocida y aprobada en el campo médico.
19. ENFERMEDAD CONGÉNITA: Enfermedad, defecto funcional o malformación congénita adquirida o desarrollada ya sea por un trastorno ocurrido durante el desarrollo del embrión o durante el parto y cuya manifestación puede presentarse años después del nacimiento.
20. EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO: Significa que un tratamiento, procedimiento, diagnóstico, suministro, tecnología, periodo de hospitalización o parte del mismo, que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales reconocidas por la Comunidad Médica Internacional (tales como la FDA o comunidad europea), o se encuentra bajo estudio, investigación, periodo de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.
21. FECHA DE VIGENCIA DEL ASEGURADO: Se refiere a la fecha en que comienza la cobertura del Asegurado bajo esta Póliza, por el período de vigencia de la póliza, la cual se muestra en el certificado de seguro.
22. FECHA EFECTIVA DE LA PÓLIZA: Se refiere a la fecha en la que comienza la cobertura de seguro bajo esta Póliza, la cual es indicada en la Carátula de la misma y que determinará las fechas de las renovaciones subsiguientes de la Póliza. La fecha efectiva está indicada en la Solicitud de Seguro aprobada por LA COMPAÑÍA.
23. GASTOS ELEGIBLES: Son los gastos razonables y acostumbrados incurridos por el Asegurado para el tratamiento, servicios o suministros médicamente necesarios que han sido ordenados por un médico, cuentan con las aprobaciones requeridas y que están cubiertos bajo esta Póliza, sujetos a los límites y condiciones establecidos en las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y el Cuadro de Coberturas.
24. HONORARIOS MÉDICOS: Es la cantidad predeterminada (refiérase a costo razonable, usual, y acostumbrado) de dinero que LA COMPAÑÍA paga a los Proveedores Participantes por los servicios, tratamientos y suministros cubiertos bajo esta Póliza que son proporcionados a los Asegurados.
25. LESIONES CORPORALES: Traumas o lesión física que resulta de un accidente sufrido por el Asegurado mientras la Póliza esté en vigor y que resulte directa o independientemente de cualesquiera causas no excluidas por la Póliza.

26. MATERIALES O SUMINISTROS MÉDICOS: Define aquellos que, por sus características diagnósticas o terapéuticas, son esenciales para la efectividad del plan de cuidado ordenado por el médico para el tratamiento o diagnóstico de la enfermedad o lesión del Asegurado, cubierto por la póliza
27. MÁXIMO ANUAL RENOVABLE: Es el monto máximo contratado por Año Póliza para cada Asegurado. Este monto deberá ser renovado cada año. Dentro de cada período de Año Póliza este monto se irá reduciendo con cada reclamo presentado. La Suma Máxima Anual Renovable está indicada en las Condiciones Particulares y en el Cuadro de Coberturas.
28. MÉDICAMENTE NECESARIO: Significa un tratamiento, servicio, diagnóstico suministro, medicamento, proporcionados por un hospital, un médico u otro proveedor que LA COMPAÑÍA acepte y que cumple con los siguientes parámetros:
- Es apropiado para tratar el diagnóstico, enfermedad o accidente.
 - Es consistente con las normas aceptadas de la práctica médica o profesionales
 - No está destinado a promover la comodidad o conveniencia del Asegurado, de su familia, médico u otro proveedor
 - Satisface el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda ser proporcionado sin riesgo al Asegurado. Ha sido prescrito por el médico tratante y autorizado por el médico de LA COMPAÑÍA.
 - Que, en el caso de la atención a un paciente internado, no pueda suministrarse como paciente externo sin incurrir en riesgo de su vida o salud.
29. MÉDICO: Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina, prestar servicios médicos, quirúrgicos en el área geográfica donde ejerce dicha profesión. Tal persona debe proveer servicios únicamente dentro del alcance de su licencia, especialidad o sub-especialidad.

Queda establecido que la Compañía no reembolsará honorarios médicos cuando el médico se encuentre dentro del primer grado de consanguinidad y/o segundo de afinidad con el Asegurado.

30. PERÍODO DE ESPERA: Es el período de tiempo que debe transcurrir para que el Asegurado pueda recibir los beneficios otorgados bajo esta Póliza. El periodo de espera está incluido en las Condiciones Particulares.
31. PRE-AUTORIZACIÓN: Se refiere al proceso mediante el cual se solicita una autorización a ACERTA para la aprobación de un examen diagnóstico, cirugía, procedimiento o tratamiento médico, y se expide un documento en donde constan las condiciones autorizadas conforme al Cuadro de Coberturas en esta Póliza.
32. PREEXISTENCIA: Cualquier enfermedad, lesión, condición, síntoma, dolencia o alteración de la salud que se haya manifestado por primera vez antes de la fecha de efectividad del Asegurado en la Póliza, por la cual haya recibido tratamiento o advertencia médica, o se le hayan recomendado o realizado exámenes de diagnóstico, recetado medicamentos, o que haya tenido la presencia de síntomas que provocan o inducirá a una persona prudente a procurar el diagnóstico, cuidado y tratamiento de un médico. Bajo este concepto también se consideran preexistencias las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tales enfermedades o lesiones, aunque estos se manifiesten después de la inclusión del asegurado en la Póliza. Cualquier gasto médico relacionado a una preexistencia no será cubierto por la Aseguradora, cuando basada en cualquiera de los medios de

- prueba generalmente aceptados por la Ley (documento público o privado, criterio del médico tratante, informe pericial u otro de naturaleza análoga), tenga indicios de que la misma se había manifestado antes de la inclusión o rehabilitación del asegurado en la Póliza, o de que él mismo tenía conocimiento de que padecía tal condición, enfermedad o síntoma.
33. **PROCEDIMIENTO EN CONSULTORIO:** Son los procedimientos médicos que por ser de poca complejidad y bajo riesgo no requieren una sala de cirugía u hospitalización y pueden realizarse en el Consultorio del Médico. De acuerdo con esta Póliza, será ACERTA junto con el médico, quienes decidirán si dicha cirugía se puede realizar en el consultorio. No se incluyen dentro de esta definición las Endoscopias y Colonoscopias, así como otros procedimientos que requieran sedación.
 34. **PRÓTESIS:** Estructura que reemplaza un órgano o un miembro del cuerpo, tales como: ojos, piernas, brazos, etc.
 35. **PRUEBA DE ASEGURABILIDAD:** Es un formulario requerido por LA COMPAÑÍA para ser completado por los prospectos de Asegurados para comprobar su elegibilidad a los beneficios de cobertura y mediante el cual se evalúa la oferta de un beneficio o cobertura. Por el término "prueba de asegurabilidad" se entiende el detalle de enfermedades y atenciones realizadas durante la vida del asegurado propuesto y los exámenes médicos y pruebas de laboratorio requeridos para ser elegible para el seguro.
 36. **RED DE PROVEEDORES:** Son los médicos, laboratorios, centros de imagenología, clínicas, hospitales y todos los demás proveedores de servicios de salud debidamente acreditados, que tienen un convenio con ACERTA para la atención y prestación de los servicios de salud cubiertos por el plan de seguro del asegurado, y que este podrá elegir de acuerdo con su preferencia dentro del directorio de proveedores de ACERTA.
 37. **SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:** Es la opinión de un médico distinto al médico tratante del paciente. El médico de segunda opinión revisa la historia clínica del paciente y lo examina físicamente si se requiere, ofreciendo una opinión profesional sobre el problema de salud del paciente y sobre cómo se debería tratar. En una segunda opinión se puede confirmar o cuestionar el diagnóstico y el plan de tratamiento del médico tratante.
 38. **SERVICIOS AMBULATORIOS:** Todos aquellos servicios recibidos en un hospital o fuera de él, en una unidad de cirugía ambulatoria o alguna entidad similar y que no conllevan una hospitalización. Se refiere a aquellos servicios médicos recibidos como pacientes externos no hospitalizados.
 39. **TARIFARIO ACERTA:** Listado de procedimientos, productos y servicios de salud con sus respectivos montos a pagar, los cuales han sido previamente negociados con los proveedores; montos que contemplan, entre otros aspectos, los costos de mercado, ubicación geográfica y nivel de servicio.
 40. **URGENCIA POR ENFERMEDAD CRÍTICA DETALLADA:** Se reconocerá para efectos de esta Póliza como Urgencia Crítica la enfermedad cubierta y sufrida por un Asegurado dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de la aparición de los síntomas, de acuerdo a los diagnósticos y/o síntomas que son detallados en las Condiciones Particulares de esta Póliza.
 41. **URGENCIA POR ACCIDENTE:** Se reconocerá como Urgencia por Accidente únicamente las lesiones corporales sufridas por un Asegurado en un accidente, que se incurran dentro de las veinticuatro (24) horas subsiguientes al mismo.

SECCIÓN II. ESTIPULACIONES DE ELEGIBILIDAD Y EFECTIVIDAD

1. CLÁUSULA DE ASEGURABILIDAD

Sujeto a los términos y condiciones de esta Póliza, todo Asegurado y sus dependientes tendrá derecho a los beneficios de Gastos Médicos, si incurre en tales gastos por atención o servicios médicos. Los Beneficios de Gastos Médicos, como se definen en las Condiciones Particulares, consistirán de una cantidad por beneficio para los Gastos Médicos incurridos por un individuo Asegurado durante el periodo y condiciones estipuladas para la cobertura. Estas cantidades estarán sujetas a las condiciones y limitaciones indicadas en las Condiciones Particulares y Cuadro de Coberturas.

2. CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD

Serán elegibles el Asegurado Principal y cónyuge legítimo, sean nacionales o extranjeros, que residan en la República de Panamá, con edad entre dieciocho (18) y sesenta (60) años de edad (edad alcanzada o actuarial, es decir edad de cumpleaños más próxima o en seis meses al momento de efectividad del seguro). La cobertura para el Asegurado Principal y cónyuge será hasta que cumpla los setenta (70) años, aunque los mismos se encuentren hospitalizados y/o bajo tratamiento médico, a menos que se disponga algo diferente en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los hijos del Asegurado Principal a partir del segundo mes de nacidos, siempre que el Asegurado Principal haya sido designado como Tutor Legal o sobre los cuales tenga la Patria Potestad, presentando las pruebas de asegurabilidad satisfactorias a LA COMPAÑÍA y su seguro entrará en vigor en la fecha en que LA COMPAÑÍA apruebe la solicitud de inclusión. En los casos que el recién nacido sea producto de una maternidad cubierta por la póliza, la elegibilidad será a partir del décimo día de nacido, sin completar pruebas de asegurabilidad.

Los hijos podrán mantenerse en la Póliza hasta cumplir los dieciocho (18) años de edad, una vez cumplida esta edad, tendrán derecho a cobertura automática como Asegurado Principal en una Póliza Individual, siempre que la solicite dentro de los noventa (90) días desde la fecha de su cumpleaños.

3. FECHA EFECTIVA DE LA COBERTURA

Tendrán cobertura bajo la Póliza los Asegurados que hayan cumplido los siguientes requisitos:

- a. Que hayan completado correctamente y por escrito la Solicitud de Seguro y hayan presentado las Pruebas de Asegurabilidad
- b. Que hayan pagado por adelantado en las oficinas de LA COMPAÑÍA las primas correspondientes
- c. Que LA COMPAÑÍA haya aprobado la Solicitud de Seguro, emitido la Póliza y el Certificado de Seguro correspondiente

4. TERMINACIÓN DEL SEGURO

La cobertura quedará terminada por cualquiera de las siguientes razones:

- a. **Por muerte del Asegurado**
- b. **Por falta de pago de primas, vencido el período de suspensión de cobertura**
- c. **Al vencimiento de la Póliza si ésta no se renueva**
- d. **Cuando el Contratante solicite la cancelación de la Póliza por escrito a LA COMPAÑÍA**
- e. **Cuando el Asegurado y/o dependientes dejen de ser elegibles para la cobertura**
- f. **Cuando el Asegurado deje de ser residente de la República de Panamá**
- g. **Por abuso, fraude o estafa en la utilización de los beneficios de esta Póliza**

SECCIÓN III. BENEFICIOS DE LA COBERTURA BÁSICA

Los gastos elegibles por los servicios cubiertos y medicamento indicados que se describen a continuación, sujetos a las condiciones particulares de la Póliza, serán pagados en la cantidad o el porcentaje, según se indique en las Condiciones Particulares, y sujetos a completar los co-pagos, co-aseguros y deducibles, coordinación de beneficios con cualquiera otra aseguradora donde el Asegurado tenga cobertura, y a los plazos de espera, exclusiones, limitaciones, máximo de cobertura y demás estipulaciones y condiciones vigentes de la Póliza, en la Red de Proveedores establecidos por LA COMPAÑÍA, o de acuerdo a los costos razonables, usuales y acostumbrados de la República de Panamá, de acuerdo al servicio cubierto, conforme a lo establecido en estas Condiciones Generales o en las Condiciones Particulares.

1. HONORARIOS O SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA EN EL CONSULTORIO

Atención y tratamiento en su consultorio por un médico calificado y registrado en el ente regulador respectivo para el sector de profesionales de la rama médica. LA COMPAÑÍA cubrirá tal gasto hasta la cantidad máxima por visita, por el número máximo de consultas por año de vigencia y sujeto al porcentaje de indemnización o monto de co-pago establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2. BENEFICIOS DE RAYOS X, IMAGENOLOGÍA Y LABORATORIOS CLÍNICOS

Estos gastos serán cubiertos por LA COMPAÑÍA de acuerdo al número máximo de eventos por año de vigencia, montos máximos y porcentaje de reembolso o monto de co-aseguro establecidos en las Condiciones Particulares, siempre que dichos exámenes sean médicamente necesarios de acuerdo al diagnóstico y ordenados por un médico de la rama versus el diagnóstico y siempre que se hayan superado los plazos de espera establecidos en las Condiciones Particulares de esta póliza. Los procedimientos especiales de diagnóstico listados en las Condiciones Particulares de la Póliza requieren pre-autorización de LA COMPAÑÍA, están sujetos al número máximo de eventos por año de vigencia, montos máximos y porcentaje de reembolso o monto de co-aseguro establecidos en las Condiciones Particulares. **Si no se pre-autorizan ante LA COMPAÑÍA estos procedimientos, se aplicará una penalidad del cincuenta por ciento (50%) de los gastos elegibles.**

3. ATENCIÓN EN EL CUARTO DE URGENCIA

Se cubrirán como gastos elegibles por un servicio de atención en el cuarto de urgencias solamente los costos por la utilización del cuarto de urgencias que incluye materiales, insumos, equipos médicos básicos y los medicamentos básicos, solo los necesarios para la estabilización del paciente en el cuarto de urgencias y cuya enfermedad o motivo de consulta esté dentro del listado de condiciones, signos o síntomas médicos incluidos dentro de la definición de urgencias en esta póliza. Adicionalmente incluye el médico general y enfermera de turno. **No se pagarán medicamentos recibidos en el cuarto de urgencias para iniciar o continuar un tratamiento en casa bajo cobertura de servicio de cuarto de urgencia, sino bajo cobertura ambulatoria, siempre y cuando sean elegibles.**

- Urgencias por Accidente: Si a consecuencia de una lesión corporal accidental un Asegurado incurre en gastos por los servicios y suministros proporcionados por el cuarto de urgencia de un hospital, LA COMPAÑÍA pagará los gastos razonables, usuales y acostumbrados y de acuerdo a lo negociado con el proveedor por tales servicios, de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares, sin exceder el máximo establecido, siempre que la atención se reciba dentro de las primeras veinticuatro (24) horas después de ocurrido el accidente.
- Urgencias por Enfermedad: Bajo esta cobertura se reconocerán los gastos médicos por atención en el cuarto de urgencia de un hospital, únicamente por las enfermedades crítico detalladas indicadas en las Condiciones Particulares.

Los gastos por atención en Cuarto de Urgencias se cubrirán sujeto al monto máximo y al porcentaje de reembolso o co-pago establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Si el paciente es hospitalizado a consecuencia de una atención en cuarto de urgencia, la cobertura aplicará como hospitalaria en el momento que abandone la sala de urgencias.

En caso de que un Asegurado utilice el cuarto de urgencias por una enfermedad no incluida en el listado de diagnósticos o condiciones médicas elegibles para cobertura en el cuarto de urgencias, o por una enfermedad o accidente que no ponía en peligro la vida o comprometía de manera severa la salud del asegurado al no dar la atención médica de manera inmediata, el Asegurado deberá pagar el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos y luego debe presentar a LA COMPAÑÍA para su correspondiente reembolso, que se realizará de acuerdo a los beneficios establecidos en las Condiciones Particulares relacionados a los costos y coberturas de consulta externa y servicios médicos ambulatorios. **No se cubrirán los costos de transporte en ambulancia si su diagnóstico no justifica dicho servicio.**

Los gastos elegibles en Cuartos de Urgencias de Proveedores no listados en la Red de Proveedores establecida para esta Póliza, no tendrán cobertura.

4. SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE

Este beneficio consiste en el traslado en ambulancia terrestre, debido a su complejidad por la situación médica del lugar donde se contrae la enfermedad, al hospital o clínica equipada para proporcionar tratamiento especial para dicha enfermedad y en caso de requerir el servicio para transporte intrahospitalario por causa de una emergencia médica. Se limita a (1) un viaje en ambulancia terrestre entre instituciones hospitalarias. Este beneficio incluye solamente los servicios descritos hasta los máximos indicados y después de satisfacer el co-pago indicado en las Condiciones Particulares.

5. BENEFICIO DE MEDICINA PREVENTIVA

Este beneficio consiste en brindar servicios de salud no relacionados con un diagnóstico médico a los asegurados, con el fin de prevenir y controlar posibles enfermedades, mejorando así su calidad de vida. Los siguientes servicios se otorgan de acuerdo al co-pago o co-aseguro establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para mujeres:

- a. Mamografía anual
- b. Exámenes y Laboratorios de Control – Hemograma, Urinálisis, Perfil Lipídico, Glucosa y Heces

Para hombres:

- a. Antígeno Prostático anual
- b. Exámenes y Laboratorios de Control – Hemograma, Urinálisis, Perfil Lipídico, Glucosa y Heces

6. OTROS BENEFICIOS

- a. **Procedimiento en Consultorio:** Dentro de esta cobertura se cubrirán los procedimientos en consultorio relacionados a las especialidades cubiertas en el beneficio de consulta externa. Esta cobertura debe ser pre autorizada por LA COMPAÑÍA y tiene un límite máximo por evento y sujeto al porcentaje de co-aseguro, ambos indicados en las Condiciones Particulares de la póliza. Las endoscopias y colonoscopias no se consideran incluidas en esta cobertura, al igual que procedimientos que requieran sedación o anestesia regional.
- b. **Terapia Física:** Estarán cubiertas siempre que estén prescritas por el médico tratante y sean pre-autorizadas por LA COMPAÑÍA. Esta cobertura tiene un límite máximo de sesiones por año póliza y sujeto al co-pago indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- c. **Inhaloterapia:** Estarán cubiertas siempre que estén prescritas por el médico tratante. Esta cobertura tiene un límite máximo de sesiones por año póliza y sujeto al co-pago indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- d. **Cobertura Dental:** Dentro de esta cobertura se incluye una profilaxis bucal anual y una radiografía periapical anual, sujeto al pago del co-pago o co-aseguro indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

- e. **Medicamentos:** Están cubiertos medicamentos recetados por un médico calificado. Los mismos deben estar registrados y autorizados por las autoridades competentes y comprados en farmacias legalmente establecidas y autorizadas. Este beneficio se paga según el porcentaje de reembolso y el monto máximo indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, una vez completado el deducible anual allí estipulado.
- f. **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA):** Esta cobertura tiene un límite máximo por año póliza, el cual está detallado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

SECCIÓN IV: EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

LA COMPAÑÍA no pagará beneficios por ningún gasto, cargos o costos por servicios médicos ambulatorios, de consulta externa, u hospitalarios, causados por o que se deban a, o que resulten de:

- 1. Gastos médicos incurridos fuera de la República de Panamá**
- 2. Gastos médicos o servicios incurridos fuera de la Red de Proveedores establecidos para esta póliza.**
- 3. Gastos incurridos por una enfermedad, lesión, tratamiento, atención o servicio médico mientras la cobertura del Asegurado no se encuentre vigente o posteriores a la fecha de terminación de esta póliza, aun cuando la incapacidad se inició durante la vigencia de la misma.**
- 4. Cualquier reclamo en donde se compruebe que el Asegurado omite información o hizo declaraciones falsas, incompletas o inexactas en la prueba de asegurabilidad, tanto del asegurado principal como de sus dependientes o con participación de un proveedor médico.**
- 5. Lesiones o enfermedades sufridas como consecuencia de participar en actos o actividades delictivas, riña o riña tumultuaria, guerra o acción de guerra declarada o no, rebelión, revolución, huelgas, asonadas, motín o conmoción civil, terrorismo, prestar servicio en una unidad policial o militar así como aquellos grupos fuera de la ley, lesiones ocasionadas directa o indirectamente por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico o sus consecuencias.**
- 6. Lesión o enfermedad causada a sí mismo intencionalmente, ya sea en estado de cordura o locura, inhalación o ingesta voluntaria de cualquier tipo de gas, o sustancia venenosa. Lesión corporal accidental o enfermedades causadas por la práctica de deportes extremos o peligrosos**
- 7. Lesiones causadas por terremotos, huracanes, temblores y demás catástrofes naturales, ya sean consecuencia directa o indirecta de las mismas, en caso de guerra o epidemias declaradas como tales oficialmente. Patología derivada de actos vandálicos, huelgas legales o ilegales y manifestaciones políticas o tumultos, armas químicas o biológicas. Lesiones ocasionadas por elementos radioactivos o explosiones nucleares.**
- 8. Consultas y tratamiento a causa de enfermedades psiquiátricas, enfermedades crónicas degenerativas, drogas fibrinolíticas.**
- 9. Gastos relacionados con la obesidad, control de peso, control dietético y reducción gástrica, cirugía bariátrica, consultas de nutricionista para control de peso y cualquier otro procedimiento o tratamiento de obesidad, o cualquier otro trastorno alimenticio.**
- 10. Piezas ortopédicas, placas ortopédicas, tornillos o prótesis de cualquier clase.**
- 11. Transfusiones de sangre (sangre o plasma), hemodiálisis o diálisis peritoneal.**
- 12. Cualquier gasto de un procedimiento considerado como experimental o investigativo que no sea aprobado como definitivo por la Agencia de Alimentos y Drogas (FDA)**
- 13. Tratamientos alternativos (quiropática, osteopatía, homeopatía y acupuntura), medicina natural, holística, o complementaria que tiene su fundamento en las propiedades de auto curación de cualquier organismo**

- vivo y que no se encuentre aprobada, registrada o aceptada por un comunidad médica científica y medicina deportiva preventiva así como cualquier prueba de diagnóstico o tratamiento de cualquier impedimento para el aprendizaje, educación para la salud u orientación matrimonial.
14. Todos aquellos beneficios que no hayan sido indicados en la Sección III: Beneficios Cubiertos o en las Condiciones Particulares o Cuadro de Coberturas de la póliza, aún cuando no estén mencionados como exclusiones.
 15. Lesión accidental o enfermedad mientras se encuentre bajo los efectos del alcohol o en estado de embriaguez (de acuerdo a las disposiciones vigentes) o de drogas ilícitas, uso impropio de cualquier droga recetada por un médico o la enfermedad o lesión resultante de la adicción a cualquiera de tales drogas.
 16. Gastos relacionados al diagnóstico, tratamiento y corrección de la refracción visual, incluyendo pero no limitándose a la Queratotomía, Queratoplastia, Queratomeulosis, y Exímer Láser por miopía, astigmatismo, hipermetropía, queratocono y presbicia I.
 17. Gastos o cargos por tratamiento de problema en la mandíbula y en los maxilares, incluyendo el Síndrome Temporomandibular, desórdenes cráneo mandibulares, cirugía ortognática y cualquier otra condición relacionada con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros, tejidos en esa articulación o coyuntura, ya sea de origen estético o congénito.
 18. Servicios o tratamientos relacionados con el cambio o modificación del género o sexo o reversión de los mismos. De igual forma tratamientos para revertir una esterilización previa, masculina o femenina; cualquier gasto relacionado con la impotencia sexual y los aparatos, medicamentos o cualquier otro tratamiento utilizado para este propósito; así como la complicación que se puedan derivar de este tipo de procedimientos
 19. Gastos por tratamientos para la infertilidad o relacionados a la concepción por medios artificiales, incluyendo pero no limitando la implantación de embriones in vitro, transferencia de embrión, inductores de la ovulación o cualquier sustancia, terapia, tratamiento y/o similares. relacionados directa o indirectamente. Tampoco se cubren los cargos relacionados a las complicaciones asociadas con estos tratamientos, y secuelas directas o indirectas, tales como hemorragias o abortos.
 20. Terminación electiva del embarazo y sus complicaciones y consecuencias inmediatas y posteriores, a menos que el mismo sea autorizado por una Comisión Multidisciplinaria designada por el Ministerio de Salud que determine que la continuación del embarazo tenga consecuencias graves sobre la salud de la mujer y ponga en peligro su vida.
 21. Apnea del sueño, alopecia genética, senil o nerviosa, síndrome atencional, hiperkinesis o hiperactivismo, prueba para diagnóstico o tratamiento de cualquier impedimento para el aprendizaje.
 22. Gastos por tratamientos de podiatría, cuidado o tratamiento por pies planos; inestabilidad o desbalance de los pies, metatarso, hallux valgus (juanetes), callos callosidades o uñas enterradas, excepto aquellas que demuestren carácter infeccioso bacteriano o miótico.
 23. Servicios o suministros de uso común en una casa, tales como: bicicletas estacionarias, purificadores de aire y agua, acondicionadores de aire, equipo para la presión arterial, camas ortopédicas, colchones y almohadas

- antialérgicas y ortopédicas, bastones, muletas, equipo para inhaloterapias, tanques y administraciones de gases medicinales o cualquier dispositivo médico móvil y/o duradero
24. Exámenes de ADN, genética, screening o todo lo relacionado a estos procedimientos con carácter preventivo o que sirve para abrir un registro médico de un paciente.
 25. Complicaciones, secuelas, enfermedades o lesiones que resulten a consecuencia de enfermedades, tratamientos o intervenciones quirúrgicas originadas de condiciones no cubiertas o que fueron excluidas bajo esta póliza por no ser elegibles
 26. Gastos en exceso sobre los cargos usuales, razonables y acostumbrados, ni cargos en excesos a las tarifas negociadas con los Proveedores de la Red de LA COMPAÑÍA
 27. Gastos relacionados con la menopausia y andropausia, así como cualquier tratamiento que involucre uso de hormonas orales, inyectadas, inoculadas, tópicas o similar, esto incluye gastos por estudios, tratamiento o drogas relacionadas a deficiencia por la hormona de crecimiento y sus consecuencias.
 28. Los gastos provocados por accidente o mala práctica médica, cuando se haya comprobado negligencia e impericia.

SECCIÓN V: OTRAS ESTIPULACIONES

1. RED DE PROVEEDORES

LA COMPAÑÍA ha contratado a un grupo de proveedores de salud, los cuales conforman la Red de Proveedores estipulada para esta póliza. Los Proveedores de la Red, han acordado recibir el pago directo de LA COMPAÑÍA, si así lo estipula el beneficio de póliza, a los costos acordados con la Red, según el Tarifario negociado. El Asegurado debe realizar sus atenciones con los Proveedores de Red que LA COMPAÑÍA establezca para la póliza, **no aplica el reembolso por servicios fuera de la red**. En las Condiciones Particulares de la póliza se establecen los Proveedores que aplican para esta Póliza.

2. AVISO DE PRUEBA Y RECLAMACIÓN

El aviso escrito de cualquier lesión o de enfermedad en que se base la reclamación debe presentarse a LA COMPAÑÍA a más tardar a los noventa (90) días después de la fecha del accidente que causó la lesión o del comienzo de la enfermedad. LA COMPAÑÍA tendrá derecho y la oportunidad de que un médico designado por ésta examine a la persona reclamante bajo esta Póliza cuando y cuantas veces así lo requiera, en forma razonable.

3. CONDICIONES PREEXISTENTES

Se refiere a enfermedades, diagnósticos, lesiones accidentales, condiciones, signos o síntomas que se hayan manifestado por primera vez o se hayan tratado médicamente, y basado en cualquier medio de diagnóstico antes de la fecha de inicio de la vigencia de la póliza para algún Asegurado Principal y/o Dependiente elegible, o antes de la fecha o adición o de ingreso de algún dependiente elegible a la misma. Se consideran también condiciones pre-existentes las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tal enfermedad o lesión preexistente. Las condiciones preexistentes quedan condicionadas a las siguientes estipulaciones, según se establezca en las Condiciones Particulares podrán:

- a. estar excluidas permanentemente, con lo cual el asegurado no tendrá ningún tipo de cobertura detallado en las Condiciones Particulares para la condición pre existente mientras se encuentre asegurado en la póliza**
- b. estar excluidas por tiempo definido (Periodo de Espera), la duración de este período será claramente establecido en las Condiciones Particulares. Una vez transcurrido el Periodo de Espera, el asegurado podrá utilizar los beneficios que hayan sido excluidos temporalmente**

LA COMPAÑÍA no pagará beneficios y no se acumularán para el deducible indicado en las Condiciones Particulares por ningún gasto causado o que se deba a, o que resulte de una condición preexistente no cubierta según las estipulaciones anteriores. Para que una condición preexistente sea elegible para cobertura según criterio de LA COMPAÑÍA luego de transcurrido el período indicado en las Condiciones Particulares, debe haber sido informada en la prueba de asegurabilidad y no haber sido excluida para cobertura en forma permanente a través de una enmienda. Cualquier omisión de no haber revelado o descrito con certeza una condición médica o tratamiento podrá ser causal de terminación de la cobertura.

4. PERÍODO DE CARENCIA

Es el periodo de tiempo antes de que las condiciones médicas definidas en las condiciones particulares de la póliza puedan ser elegibles de cobertura en la póliza del asegurado.

5. PRE-AUTORIZACIÓN Y SEGUNDA OPINIÓN

Para todas las admisiones hospitalarias y procedimientos médicos y quirúrgicos electivos o programados y de exámenes especiales para diagnóstico, de alto costo y tecnología, con un costo igual o mayor de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares, ya sea que requiera internamiento hospitalario o no, que no sean de urgencia, se requerirá una pre-autorización médica, solicitada a LA COMPAÑÍA siete (7) días antes del procedimiento, al igual LA COMPAÑÍA podrá requerir o no una segunda opinión para todos los procedimientos quirúrgicos electivos, que no sean de urgencia.

Todas las admisiones por urgencia deben ser reportadas en un periodo dentro de las 24 horas siguientes a su admisión y antes de su salida del hospital. Si la admisión es pre autorizada y el Asegurado se queda hospitalizado por más días de los autorizados en la Pre-Autorización, no se pagarán los cargos incurridos durante esos días adicionales, a menos que la condición médica sí lo amerite y la extensión de días haya sido solicitada por el médico tratante y aprobada por LA COMPAÑÍA.

El médico tratante podrá solicitar días adicionales a los autorizados inicialmente justificando la necesidad médica de los mismos a LA COMPAÑÍA quien evaluará la necesidad de los mismos y podrá autorizar o rechazar el pago. El Asegurado será responsable de pagar al proveedor los gastos adicionales en caso de no ser autorizados por LA COMPAÑÍA los cuales no serán reembolsados.

Todos los procedimientos médicos dentro del hospital, que no guarden relación con el diagnóstico original por el cual la Pre-Autorización fue obtenida, deberán ser analizados y aprobados por LA COMPAÑÍA, para que los mismos sean autorizados o reembolsados.

Si no se cumplen los requisitos de pre-autorización o segunda opinión para los procedimientos que así lo requieran, los gastos elegibles, tanto de médicos, hospitales u otros proveedores se limitarán al 50% de los cargos razonables y acostumbrados si se determina que fueron médicamente necesarios y no aplicarán para completar el límite de coaseguro si lo hubiese.

No tendrán cobertura alguna y el asegurado será responsable por cien por ciento (100%) de los gastos, de aquellos gastos no pre-autorizados que se determinan no ser médicamente necesarios de conformidad con el criterio de LA COMPAÑÍA.

No serán cubiertos gastos médicos por cargos en exceso a las tarifas negociadas con los proveedores de acuerdo al Tarifario Negociado con Red de Proveedores o Tarifario ACERTA

6. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Todo asegurado que solicite ser sometido a un tratamiento médico que requiera pre autorización deberá completar el formulario de Consentimiento Informado descrito en el Anexo de Consentimiento Informado.

7. REQUISITOS PARA EL PAGO DE UNA RECLAMACIÓN

Los requisitos mínimos para presentar una reclamación son los siguientes:

- a. Formulario de reclamación médica proporcionado por LA COMPAÑÍA, debidamente completado y firmado por el Asegurado, así como por el médico tratante quien incluirá su sello, código médico de registro profesional y firma.
- b. Facturas de pago impresas originales de todos los servicios médicos incurridos, que cumplan con los requerimientos de la ley de facturación vigente o cualquier otra norma de ley
- c. Para el pago de exámenes se debe presentar adicional al formulario completado y la factura y recibo de pago, la orden médica para el examen y el reporte o resultado del mismo. Si el examen requiere pre-autorización médica, ésta también debe adjuntarse.
- d. Para el pago de gastos de cirugía se debe presentar adicional al formulario de reclamación, la pre-autorización médica, informes médicos (reporte operatorio, histopatológico, de anestesia, historia clínica y epicrisis), y el recibo de pago.
- e. Para el pago de gastos de hospitalización se debe presentar el formulario de hospitalización, el documento de pre-autorización, la factura detallada del hospital, el recibo de pago y los reportes médicos que sustentan la hospitalización.
- f. En casos que LA COMPAÑÍA requiera se podrá solicitar los exámenes originales tales como ecos, radiografía, resonancias, reportes histopatológicos o cualquier examen radiológico dependiendo del diagnóstico a revisar para su cobertura de acuerdo a condiciones de póliza.

- g. En caso que LA COMPAÑÍA analice información presentada de un reclamo y se requiera información complementaria como es la historia clínica completa de consulta de un médico tratante actual y/o anterior, se deberá presentar dicho documento, aclarando que un certificado médico no reemplaza una historia clínica.
- h. Se puede requerir información médica adicional que será solicitada oportunamente, entre otros, constancia de residencia en el país, constancia de matrícula universitaria, de acuerdo a la edad del asegurado y tipo de gasto.

8. BASES DE INDEMNIZACIÓN

LA COMPAÑÍA no será responsable en ningún caso, por un monto mayor a los indicados en el Cuadro de Beneficios y la responsabilidad de LA COMPAÑÍA en ningún Año Póliza será superior al monto que resulte de aplicar al Beneficio Máximo Anual el porcentaje de indemnización que aplique.

9. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

En caso de concurrencia de dos o más pólizas para la atención del asegurado y/o sus dependientes aplicarán las normas del mercado vigentes.

El pago de los beneficios de esta Póliza no se duplicará con los beneficios de cualquier otro plan por el cual un asegurado puede ser elegible.

Si un Asegurado, elegible para recibir beneficios bajo esta Póliza, también resulta elegible para recibir beneficios bajo cualquier otro plan (según se define posteriormente) que satisfaga todo o parte de los gastos incurridos por cargos usuales, razonables y acostumbrados para el tratamiento de una enfermedad o lesión, la suma de los beneficios pagaderos por esta Póliza y cualquier otro plan será coordinada, de manera que el total pagado no sobrepase el 100% de los gastos elegibles en la Póliza hasta el razonable y acostumbrado.

En ningún caso, la cantidad de beneficios pagaderos por esta Póliza, podrá exceder la cantidad máxima estipulada para este beneficio.

El término "Plan" se refiere a cualquier programa que proporcione beneficios o servicios por o para el cuidado o tratamiento dental, médico u hospitalario, cuyos beneficios o servicios sean brindados bajo planes de seguro colectivo, planes individuales de salud, o cualquier otra cobertura que provea reembolso por servicios médicos.

10. ACCESO A INFORMACIÓN MÉDICA DE LOS ASEGURADOS O FAMILIARES DEPENDIENTES

Expresamente se conviene que el Asegurado Principal o sus Familiares Dependientes autorice a LA COMPAÑÍA a acceder a su información médica confidencial para efectos del manejo del seguro.

11. EDAD

El Asegurado debe indicar su fecha de nacimiento y la fecha de nacimiento de sus familiares dependientes al momento de solicitar la póliza, no obstante, LA COMPAÑÍA podrá exigir en cualquier momento documentos que comprueben la edad del Asegurado y de sus familiares dependientes. Para los efectos de esta Póliza, se considerará como edad real, la que tenga cumplida en la fecha efectiva de la Póliza.

Si la edad de un Asegurado o un familiar dependiente bajo esta póliza se especifica erróneamente, habrá una revisión de condiciones de elegibilidad y/o ajuste equitativo de primas bajo la Póliza. Si el cambio en la edad afecta a la cobertura del seguro, las cantidades y/o coberturas serán corregidas y las mismas se tomarán en cuenta en el ajuste de primas.

12. FORMA DE PAGO LAS PRIMAS

Las primas deben pagarse por adelantado. Las primas se pueden pagar anual, semestral, trimestral, o mensualmente y mediante petición por escrito y bajo cualquier forma de pago vigente y aceptada por LA COMPAÑÍA, puede cambiarse la forma de pago en cualquier aniversario de Póliza con el ajuste que corresponda de acuerdo a la frecuencia de pago, aunque ningún pago de prima podrá conservar la Póliza en vigor más allá de la fecha en que venza y sea pagadera la siguiente prima a menos que se haya estipulado en este documento.

13. PRIMAS, MODIFICACIONES Y PERIODO 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 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.

14. 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 periodo; o hasta que la póliza sea cancelada, conforme a lo que se indica en la siguiente cláusula 15 Rehabilitación.

15. 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 este contrato.

16. AVISO DE CANCELACIÓN

En caso de incumplimiento de pago, según lo pactado en la póliza, LA COMPAÑÍA enviará un aviso de cancelación al contratante a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la póliza, con quince (15) días hábiles de anticipación al evento, conforme lo estipula el artículo 161 de la Ley 12 del 3 de abril de 2023.

Cualquier cambio de dirección del contratante deberá notificarlo a LA COMPAÑÍA, de lo contrario, se tendrá por válida la última que conste en el expediente de la póliza.

17. RENOVACIÓN

Este beneficio es renovable automáticamente siempre y cuando ningún aviso de no renovación haya sido dado por LA COMPAÑÍA, por lo menos treinta (30) días antes de la fecha de renovación.

18. 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.

19. JURISDICCIÓN

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

20. DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

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.

21. 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.

22. DECLARACIÓN FALSA

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."

23. 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 Aseguradora 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 de el Asegurado, habiendo sido corroboradas por cualquiera de los medios de prueba aceptados por la Ley, le dará derecho a la Aseguradora 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 Aseguradora tenga conocimiento de dicha falta.

24. ACCIÓN CONTRA LA ASEGURADORA

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

25. MODIFICACIONES Y 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 Contratante y que deberá constar por escrito mediante endoso o cláusulas adicionales. Toda clase de avisos, notificaciones e informaciones que desee hacer el Contratante que se relacionen con el presente contrato, deberán ser enviados directamente al domicilio de la Aseguradora.

26. MONEDA

Se conviene que todos los pagos que el Contratante deba hacer a la Aseguradora 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.

27. 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

LA COMPAÑÍA