

Póliza de Salud con Cobertura Nacional e Internacional

Condiciones Generales

El presente Contrato es suscrito entre una parte, UniVivir Seguros, S.A., LA COMPAÑÍA sociedad organizada y existente de conformidad con las leyes de la República de Panamá, inscrita a la Ficha debidamente autorizada por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de la República de Panamá, mediante la Resolución CTS 03 de 20 de julio de 2010 quien en lo adelante y para fines del presente Contrato se denominará LA COMPAÑÍA y, por la otra parte, EL CONTRATANTE, cuyas generales figuran al final del presente documento y en las Condiciones Particulares y que en lo adelante y para los fines de la presente póliza se denominará EL CONTRATANTE; ambas partes representadas por las personas físicas que firman al final de las presentes Condiciones Generales, declaran poseer las facultades y poderes necesarios para la suscripción de la presente póliza y sus Anexos y conocer y entender el contenido y alcance de lo aquí pactado.

Para todos los fines y consecuencias del presente contrato, los siguientes términos significarán lo expresado a continuación:

Artículo 1. Definiciones

- 1.1 **Accidente.** Es cualquier suceso repentino, eventual e imprevisto, no provocado deliberadamente sino por una o varias causa(s) externa(s) al Asegurado, que le ocasionan una lesión o enfermedad corporal en el curso de la vigencia del presente contrato.
- 1.2 **Asegurado(s).** Son las personas naturales que han sido aceptadas en esta calidad por LA COMPAÑÍA, las cuales tendrán acceso a los beneficios y servicios del (de los) Plan(es) de ésta, conforme los términos y condiciones de la presente póliza y sus anexos, siempre previo cumplimiento de los criterios de elegibilidad establecidos por LA COMPAÑÍA y que hayan sido formalmente aceptadas por LA COMPAÑÍA.
- 1.3 **Año Calendario.** Cada anualidad comprendida entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del mismo año.
- 1.4 **Año contrato.** Cada período de doce (12) meses contados a partir del primer día de la fecha de vigencia de la presente póliza.
- 1.5 **Autorización Bancaria.** Significa la autorización que otorga EL CONTRATANTE a LA COMPAÑÍA, para que ésta realice de forma automática el proceso del cobro de la prima pactada, realizando cargos periódicos previamente acordados entre las partes, a la cuenta bancaria o tarjeta de crédito de EL CONTRATANTE.
- 1.6 **Aviso de Cancelación de la Póliza:** Es el aviso de cancelación que será notificado por LA COMPAÑÍA al CONTRATANTE o asegurado mediante el envío de la correspondiente nota a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente. Copia del aviso se enviará al Corredor de Seguros, si hubiere. Este Aviso de cancelación deberá ser enviado con anticipación de quince (15) días hábiles.
- 1.7 **Beneficiario(s).** Persona(s) natural(es) o jurídica(s) que haya(n) sido designada(s) por escrito en la 'Solicitud de Afiliación' por el Asegurado, con la finalidad de recibir los beneficios de la(s) cobertura(s) de Fallecimiento o Fallecimiento Accidental, siempre que esta(s) haya(n) sido contratada(s) por EL CONTRATANTE.
- 1.8 **Beneficios.** Son los servicios y gastos médicos que serán cubiertos por LA COMPAÑÍA, conforme a los términos previstos expresamente en la presente póliza, en las Condiciones Particulares y el Cuadro de Coberturas y sus documentos anexos, en los cuales haya (n) incurrido el/los Asegurado(s) a causa de enfermedad o accidente, y que requieren asistencia médica de acuerdo al diagnóstico y necesidades del tratamiento, siempre y cuando los cargos efectuados hubiesen sido necesarios, usuales, razonables y acostumbrados, y el Asegurado se encuentre al día en el pago de las primas.
- 1.9 **Centros Ambulatorios de Cirugía.** Son instituciones o centros de atención de enfermos no hospitalizables de una entidad hospitalaria u otro centro, que reúna las condiciones necesarias y adecuadas para realizar procedimientos ambulatorios. Estas instituciones o centros deberán contar con una organización de empleados, y de médicos que:

- a) Están licenciados y debidamente autorizados para ejercer la medicina bajo la jurisdicción en donde se localiza;
- b) Mantienen facilidades permanentes que son equipadas y usadas principalmente para ejecutar procedimientos de cirugía y que proveen tratamiento continuo y cuidados de una enfermera graduada y debidamente autorizada para ejercer la enfermería;
- c) Tienen todo el equipo necesario para uso, antes, durante y después de la cirugía;
- d) Tiene al menos un cuarto de recuperación; y
- e) Que el Centro no provea servicios de hospitalización.

1.10 Cirugía. Es todo tratamiento o intervención quirúrgica, que incluye, sin que la enumeración sea limitativa o exclusiva: operación por incisión; sutura de una herida, radioterapia (excluyendo terapia con isótopos radioactivos si se utilizan en lugar de extracción quirúrgica de un tumor), electrocauterización, procedimientos endoscópicos para diagnóstico o terapia, tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y venas varicosas. **No incluye exámenes endoscópicos o escáner, aun cuando los mismos requieran anestesia.**

1.11 Compañero(a) de Vida: persona con la que el (la) titular Asegurado(a) ha establecido una relación de convivencia en calidad de cónyuge en el mismo domicilio.

1.12 Complicaciones de la Enfermedad o Lesión. Son las alteraciones de la salud distintas de las habituales de la enfermedad o lesión tratada, que pongan en peligro el estado de salud del Asegurado y que dependan, sean secuelas o se deriven de dicha enfermedad, lesión o de su tratamiento.

1.13 Condiciones Especiales. Son las restricciones, limitaciones, ampliación y condiciones aplicadas a las presentes Condiciones Generales, que figuran en las condiciones particulares o mediante endoso, y que regirán para determinados Asegurados, o para todos los Asegurados, según sea el caso, previa aceptación de LA COMPAÑÍA conforme se establezca en los anexos correspondientes.

1.14 Condiciones Generales. Son las condiciones establecidas en el presente documento, aplicables a todos los Contratantes y Asegurados sin variaciones, restricciones o limitaciones.

1.15 Condiciones Particulares: Son las condiciones que regirán y serán aplicables individualmente a la relación contractual entre LA COMPAÑÍA y EL CONTRATANTE y sus Asegurados, en las cuales se incluyen el nombre de EL CONTRATANTE, la

fecha de efectividad y vigencia de la póliza, las coberturas con los límites contratados, tarifas convenidas y la frecuencia de pago, el (los) planes seleccionados, el (los) deducibles seleccionados, las redes prestadoras de servicios, y cualesquiera otras estipulaciones y condiciones especiales convenidas entre EL CONTRATANTE y LA COMPAÑÍA, mediante la cual se particularice el riesgo asumido por ésta LA COMPAÑÍA, algunas de las cuales son aplicables a los Asegurados en virtud de la presente póliza y sus anexos.

1.16 Continuidad de Cobertura. Es el reconocimiento del tiempo de permanencia, en la póliza de cobertura de Salud Nacional o Internacional inmediatamente anterior a la vigencia del contrato con LA COMPAÑÍA, con el objeto de cubrir una enfermedad, lesión o condición, cuyo desarrollo y tratamiento médico se hubiere iniciado durante la vigencia de la póliza anterior. Dicha continuidad deberá quedar expresamente consignada en las Condiciones Particulares de la presente póliza o mediante endoso.

1.16.1 La continuidad de cobertura otorgada por LA COMPAÑÍA, se basa tomando en consideración la declaración jurada de salud que hace el solicitante en el formulario de Solicitud de Afiliación, y en los últimos documentos vigentes en la póliza anterior de salud internacional suscrito por otra empresa diferente a LA COMPAÑÍA. Cualquier declaración falsa o inexacta, voluntaria e involuntaria por parte de EL CONTRATANTE o el Asegurado, le otorga el derecho a LA COMPAÑÍA a dejar sin efecto y cancelar de forma automática la presente póliza.

1.17 Contratante. Es la persona identificada como Contratante en el Formulario de Solicitud de Afiliación y quien suscribe el presente contrato póliza de adhesión para la administración de planes de salud pre-pagados con cobertura nacional e internacional, teniendo a su cargo el pago de las primas generadas en virtud del presente contrato póliza, entre otras obligaciones estipuladas en el mismo.

1.18 Contrato póliza. Es el documento o contrato de adhesión emitido por LA COMPAÑÍA para la administración de los planes de Salud Pre pagados con cobertura nacional e internacional, del cual forman parte las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y el Cuadro de Cobertura que detallan los términos del plan de salud adquirido, los reportes de Asegurados, el Formulario de la Solicitud de Afiliación, el examen

o informe médico en los casos que aplique, y cualquier otro documento, enmienda o anexo.

- 1.19 **Coaseguro.** Es el monto que el Asegurado debe pagar destinado a cubrir parcialmente el costo de la atención en salud, de conformidad con lo establecido en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares, en caso de que aplicare.
- 1.20 **Cuadro de Coberturas.** Es el documento que forma parte integral del presente contrato póliza en el cual se detallan los beneficios cubiertos por el plan de salud de cobertura nacional e internacional seleccionado por EL CONTRATANTE y el Asegurado.
- 1.21 **Cuidados de Salud en el Hogar.** Se refiere a los cuidados del Asegurado en su lugar de residencia u hogar, que han sido prescritos por el médico tratante y previamente autorizados por LA COMPAÑÍA, los cuales son medicamente necesarios para el adecuado tratamiento de la enfermedad o lesión, y que han sido recomendados por el profesional de la medicina en el lugar donde se encuentra hospitalizado el Asegurado.
- 1.22 **Copago.** Es el aporte en dinero que hace el Asegurado al utilizar un servicio cubierto, equivalente a un porcentaje del total de este servicio, cuya finalidad es regular la utilización y estimular el buen uso del servicio.
- 1.23 **Deducible.** Es la cantidad fija de gastos que será cubierta por el Asegurado en cada año calendario, según lo establecido en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares.
- 1.24 **Dependiente.** Significa el cónyuge del Asegurado o compañero de vida debidamente registrado ante LA COMPAÑÍA, los hijos del Asegurado, entendiéndose por los hijos naturales o hijos adoptado(s) legalmente, o hijastro(s), que dependan económicamente del Asegurado, sean mayores de catorce (14) días de nacidos y menores de veinticinco (25) años de edad, siempre y cuando sean estudiantes a tiempo completo, no hayan contraído matrimonio y sean aceptados en esta calidad por LA COMPAÑÍA. También serán elegibles los hijos solteros igual o mayores a veinticinco (25) años de edad, y para estos fines se aplicará la tarifa correspondiente a su edad, así como las personas relacionadas que dependan económicamente del Asegurado y que sean aceptadas como tal por LA COMPAÑÍA LA COMPAÑÍA, aplicando a estas la tarifa correspondiente.
- 1.25 **Diagnóstico Clínico.** Es la opinión o dictamen emitido por el médico tratante del Asegurado, basado en el examen físico, la historia clínica y los resultados de exámenes de diagnóstico y laboratorio.
- 1.26 **Donante.** Persona viva o fallecida que cede un órgano o sangre a otra persona, para ser trasplantada o recibir una transfusión con fines terapéuticos.
- 1.27 **Enfermedad.** Significa cualquier alteración, desviación o trastorno de la salud normal del cuerpo o mente del Asegurado, o de una o varias partes de su organismo, que altera el equilibrio de su salud.
- 1.28 **Enfermedad Aguda.** Es aquella que tiene un inicio y un fin claramente definidos, normalmente de corta duración y que haya sido determinada como tal después de una evaluación, por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico autorizado por LA COMPAÑÍA.
- 1.29 **Enfermedad Congénita.** Es aquella alteración de la salud, desordenes, o malformaciones adquiridas o desarrolladas durante la vida del embrión o feto o durante el proceso de nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o adquiridos durante la gestación hasta el momento del parto, y que pueda manifestarse y ser reconocida en el momento de nacimiento o cualquier momento de la vida del individuo.
- 1.30 **Enfermedad Crónica.** Es toda condición patológica, congénita o adquirida, de larga evolución, que afecta a un órgano o grupo de órganos alterando su función, siendo muchas de ellas incurables o que dejan secuelas de por vida en el órgano que afecta.
- 1.31 **Enfermedad Infecciosa.** Significa toda enfermedad causada por bacterias, protozoarios, hongos o virus, pudiendo ser transmisibles o no transmisibles.
- 1.32 **Enfermedades y Trastornos Mentales.** Se definen bajo este concepto aquellas enfermedades y trastornos psíquicos o psiquiátricos, incluyendo, pero sin limitarse a neurosis, psicosis, demencias, trastorno de bipolaridad, esquizofrenia, depresión y demás trastornos que alteran los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerándose, así como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el Asegurado, tal como lo define la Asociación Norteamericana de Psiquiatría “*American Psychiatric Association*”.

- 1.33 **Enfermedad o Condición Pre-Existente.** Es toda enfermedad, condición, lesión o afección existente en, o anterior a la fecha de entrada en vigencia o rehabilitación de la cobertura para cada Asegurado, haya sido declarada o no, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la vigencia o ejecución del presente contrato, que pueda ser fehacientemente comprobada por un profesional médico competente designado por LA COMPAÑÍA o por el médico de cabecera del Asegurado. De igual forma se considera como enfermedad o condición pre-existente, cuando el Asegurado presenta síntomas que normalmente provocarían que este asistiera al médico para revisión, diagnóstico y tratamiento.
- 1.33.1 Para fines del presente contrato póliza se consideran las enfermedades, condiciones o afecciones congénitas como pre-existent, excepto para aquellos Asegurados que nacieron con cobertura automática dentro del presente contrato póliza hasta el límite indicado en el mismo, significando esto que es un recién nacido cuya madre estuvo cubierta bajo el beneficio de Maternidad, pudiendo ser diagnosticada la condición congénita en el momento del nacimiento o posterior a este.
- 1.33.2 No obstante lo indicado anteriormente, siempre y cuando haya aceptación expresa por parte de LA COMPAÑÍA, aquellas pre-existencias que hayan sido declaradas por EL CONTRATANTE o el Asegurado, estarán cubiertas una vez hayan transcurrido veinticuatro (24) meses de cobertura continua sin haber incurrido en gastos por dicha condición, contados a partir de la fecha de inicio de vigencia para cada Asegurado. **Aquellas condiciones en las cuales no se reúnan los criterios de salud mínimos aceptables por LA COMPAÑÍA podrían quedar excluidas con carácter permanente. Cualquier condición Pre- existente no reportada en la solicitud puede resultar en una negación del servicio o la cancelación del contrato póliza.**
- 1.34 **Enfermedad y/o Defecto Hereditario.** Es aquel que presenta el recién nacido por alteraciones del desarrollo fetal, a consecuencia de alteraciones en los genes transmitidos por los padres.
- 1.35 **Exámenes Médicos de Rutina.** Aquellos efectuados al Asegurado como chequeos o exámenes preventivos de salud.
- 1.36 **Experimental o Investigativo.** Significa que un tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o período de hospitalización, o parte de un período de hospitalización, no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por una comunidad médica internacional, y que se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba, o en cualquier fase de un experimento clínico.
- 1.37 **Fallecimiento Accidental.** Es la pérdida de la vida del Asegurado ocasionada por un evento súbito, fortuito, no previsto y por causas ajenas y externas.
- 1.38 **Fecha de Efectividad.** La fecha en que inicia la cobertura del contrato póliza, y para cada Asegurado de manera independiente, como se establece en las Condiciones Particulares o un endoso emitido para tales fines.
- 1.39 **Fecha de Renovación.** Es el día, mes y año en que se produce de forma automática la anualidad o renovación del presente contrato póliza, y que tiene lugar cada doce (12) meses a partir de la fecha de inicio de vigencia del contrato póliza.
- 1.40 **Fecha de Vencimiento.** Fecha en que la cuota de la prima correspondiente al plan de salud de cobertura nacional e internacional debe ser pagada por EL CONTRATANTE.
- 1.41 **Fecha Efectiva de Cambio de Plan y/o Deducible.** Es la fecha a partir de la cual el Asegurado podrá hacer uso de los servicios y coberturas establecidas en el nuevo plan, y que figurará en el carné de afiliación luego de: a) haber pagado las diferencias de tarifas establecidas por LA COMPAÑÍA, en caso de que aplique, y; b) haberse producido la aceptación expresa y por escrito de LA COMPAÑÍA respecto a dicho cambio, la cual se formalizará mediante anexo al presente contrato póliza.
- 1.42 **Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA).** Es la calidad de “costos razonables”, significando esto los costos normales o usuales en el lugar en donde ellos se presten según su naturaleza, y que resultan del promedio de honorarios cobrados por la prestadora de servicio de salud (PSS) dentro de una zona geográfica y en un momento determinado, y que además sean necesarios, exclusivamente desde el punto de vista

médico, como consecuencia de los riesgos amparados de enfermedad, lesiones personales y, eventualmente embarazo; imprescindible para que LA COMPAÑÍA los asuma dentro de los límites establecidos por el presente contrato póliza, el Cuadro de Cobertura con el Plan seleccionado en las Condiciones Particulares, y otros documentos anexos que formen parte integral del mismo.

- 1.43 **Hospital.** Es toda institución, centro o establecimiento de salud donde se tratan enfermedades y emergencias médicas, legalmente autorizada para prestar servicios médicos y/o quirúrgicos en el país donde se encuentre establecida.
- 1.44 **Invalidez Total y Permanente.** Significa el Asegurado se encuentra incapacitado ya sea por lesiones ocasionadas por un accidente o por una enfermedad, que no le permiten realizar trabajo lucrativo, o dedicarse a otra actividad de la que pueda obtener alguna utilidad.
- 1.45 **La Compañía.** Se refiere a **Vivir Compañía de Seguros, S.A.**, LA COMPAÑÍA, institución que se compromete a la prestación de los servicios acordados en el presente Contrato póliza, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares, Generales, endosos y sus anexos.
- 1.46 **Lesión.** Es el daño causado al cuerpo del Asegurado como resultado de una causa externa o interna. Todos los daños físicos sufridos por el Asegurado en conexión con cualquier accidente, serán considerados una lesión. No todas las lesiones provocan una enfermedad ni requieren tratamiento médico.
- 1.47 **Lesión Grave.** Es la lesión que puede poner en peligro la vida del Asegurado o generar secuelas permanentes, y que es calificada como tal después de una evaluación, y por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico autorizado por LA COMPAÑÍA.
- 1.48 **Límite Máximo Vitalicio o Límite de la cobertura.** Es la cantidad máxima sobre la cual LA COMPAÑÍA se compromete para cubrir los gastos originados por los servicios médicos y beneficios amparados bajo este contrato póliza. Este límite aplica para cada Asegurado durante la vigencia del contrato y la vida del Asegurado.
- 1.49 **Medicamentos por Prescripción.** Son aquellos productos farmacéuticos cuya venta y uso sólo puede efectuarse legalmente por prescripción de un médico, quedando fuera de este concepto los

productos farmacéuticos o medicinas que puedan adquirirse libremente sin prescripción facultativa.

- 1.50 **Médico.** Es un profesional autorizado legalmente, para ofrecer o llevar a cabo el diagnóstico, tratamiento, operación o prescripción para cualquier dolor, lesión, enfermedad, deformidad o condición humana mental o física. Dicha persona debe estar provista de un título universitario, y estar debidamente autorizada para el ejercicio de la medicina mediante la debida licencia o exequátur expedido por las instancias competentes del lugar donde ejerza y no puede estar relacionada con el Asegurado por sangre o por ley.
- 1.51 **Necesidad Médica o Medicamento Necesario.** Significa que un tratamiento, servicio, traslado, medicamento, trasplante o estancia en un hospital, o parte de una estancia en un hospital, reúna las siguientes condiciones:
- Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, accidente o emergencia del Asegurado;
 - El nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado, no excede en alcance, duración, o intensidad;
 - Ha sido prescrito por un médico;
 - Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina y en la comunidad médica internacional, o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento; y;
 - En los casos de pacientes internos en un hospital, el tratamiento no puede ser administrado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente.
- 1.51.1 La necesidad médica es determinada por LA COMPAÑÍA sobre la base de la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, servicio, medicamento o periodo de hospitalización haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico, no es necesariamente suficiente para considerarlo como una necesidad médica.
- 1.52 **Nuevos Asegurados.** Son las personas que adquieren la calidad de Asegurados conforme el presente contrato póliza una vez iniciada la fecha de vigencia del mismo, de acuerdo a los términos establecidos en éste.
- 1.53 **País de Residencia.** Es el país donde el Asegurado en razón de las actividades que desarrolla o de sus

condiciones, reside la mayor parte del año calendario o año contrato, es decir donde el Asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier periodo de 365 días mientras el contrato póliza este en vigencia.

1.53.1 Para fines de este contrato póliza y de que el Asegurado se considere elegible para recibir los servicios y beneficios del mismo, se considera el territorio de República De Panamá como el país de residencia habitual, cuya dirección está detallada en la 'Solicitud de Afiliación'. **La falta de cumplimiento de lo indicado anteriormente por parte del Asegurado y/o sus dependientes conlleva la cancelación automática del contrato póliza por parte de LA COMPAÑÍA.** LA COMPAÑÍA podrá a solicitud de EL CONTRATANTE o del Asegurado, autorizar la cobertura a hijos dependientes registrados formalmente como estudiantes en el extranjero, o a un Asegurado que presente su solicitud por escrito, reservándose LA COMPAÑÍA el derecho de aceptar o declinar dicha solicitud.

1.54 **Pariente Cercano.** Para fines de este contrato se refiere al cónyuge del Asegurado, hijo (a), hermano (a), sobrino (a), primo (a), o a los padres del Asegurado o de su cónyuge o compañero de vida.

1.55 **Período de Espera.** Período de tiempo que debe cumplir cada Asegurado a partir de la fecha de su entrada en vigencia en el presente contrato póliza a fin de poder acceder a determinadas prestaciones, y **durante el cual no están cubiertos ciertos beneficios y/o servicios, tal como se establece en las Condiciones Generales de este contrato póliza. El período de espera no aplica para enfermedades infecciosas y accidentes, siempre y cuando se hayan originado dentro de la vigencia del contrato póliza.**

1.56 **Periodo de Gracia.** Es el período de gracia de treinta (30) días calendario que LA COMPAÑÍA concede al Asegurado para el pago de cualquiera prima periódica vencida o su fracción y que empieza a correr a partir de cualquier fecha de vencimiento; excepto en la prima de emisión. Durante este período de gracia la póliza permanecerá en vigor.

1.57 **Período de Suspensión.** Es la suspensión de cobertura que ocurrirá cuando EL CONTRATANTE y/o Asegurado haya efectuado el pago de la primera fracción de la prima y se

atrase por más del término del Periodo de Gracia para el pago de las siguientes primas o fracciones de primas subsiguientes. Se entenderá entonces que el Asegurado ha incurrido en el incumplimiento del pago por lo que LA COMPAÑÍA procederá de inmediato a suspender la cobertura de la póliza por un periodo de sesenta (60) días calendario.

1.58 **Plan.** Es el conjunto de beneficios y prestaciones de servicios de salud a que pueden acceder los Asegurados, cada uno de los cuales posee características propias y determinadas, con las coberturas estipuladas en las Condiciones Particulares y en el Cuadro de Coberturas, en los términos y condiciones del presente contrato póliza y sus anexos, los cuales son recibidos por el Asegurado a través de la red de prestadores de servicios de salud contratada para cada plan, sujeto al previo pago de la tarifa convenida.

1.59 **Práctica profesional de deportes.** Es la actividad deportiva ejercida por el Asegurado y/o sus dependientes como profesión o ejercicio para su sustento.

1.60 **Prestadores de Servicios de Salud.** Son las personas naturales o jurídicas o entidades de cualquier naturaleza legalmente habilitadas, autorizadas o licenciadas por las autoridades competentes del país donde ejercen para la provisión de servicios ambulatorios, de diagnóstico, hospitalarios y quirúrgicos, contratadas por LA COMPAÑÍA para prestar servicios de atención a la salud de sus Asegurados en la forma y bajo las condiciones establecidas en el presente contrato póliza y sus anexos. En esta definición se incluyen de manera enunciativa: médicos, hospitales, centros médicos, clínicas, laboratorios clínicos, farmacias.

1.61 **Prima.** Es el precio fijado por LA COMPAÑÍA LA COMPAÑÍA, el cual debe ser pagado por EL CONTRATANTE o el Asegurado, si este es el mismo contratante de la cobertura, el cual dará efectividad y validez este contrato póliza. El solo hecho del pago de la prima por parte de EL CONTRATANTE, representa su conformidad sobre los términos establecidos en el presente contrato póliza y sus anexos.

1.62 **Recién Nacido.** Infante desde el momento de su nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.

1.63 **Receptor.** Persona que recibe un órgano o trasplante de tejido.

- 1.64 **Reclamación.** La demanda económica realizada por el Asegurado o el Prestador de servicio de salud, la cual puede ser aprobada o declinada, aplicada al deducible y/o cubierta parcial o totalmente por el Plan de Salud contratado, mediante el pago directo al prestador del servicio de salud o al Asegurado mediante reembolso, conforme a los beneficios establecidos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares del Contrato póliza.
- 1.65 **Red de Proveedores Participantes en Estados Unidos (PPO).** Es un grupo específico de prestadores de servicios de salud en Estados Unidos seleccionados por LA COMPAÑÍA, que proveen servicios de atención a los Asegurados bajo las modalidades establecidas en el presente contrato póliza y sus anexos. Queda entendido que los proveedores que integran esta red son contratistas independientes, y la prestación de sus servicios no genera responsabilidad alguna para LA COMPAÑÍA.
- 1.66 **Red de Trasplantes de Órganos.** Grupo de Centros Médicos de Trasplante, que están dentro de la Red de Proveedores Participantes, que proveen a los Asegurados servicios de atención especializados en trasplantes de órganos. Queda entendido que los proveedores que integran la Red de Trasplantes de Órganos son contratistas independientes, y la prestación de sus servicios no genera responsabilidad alguna para LA COMPAÑÍA.
- 1.67 **Reembolso.** Cantidades que serán pagadas conforme lo establecido en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares del presente contrato póliza, siempre que se trate de gastos usuales, razonables y acostumbrados (URA), incurridos y pagados durante la relación contractual vigente entre el Asegurado y LA COMPAÑÍA.
- 1.68 **Segunda Opinión Médica.** La opinión de un médico distinto del que está atendiendo actualmente al Asegurado.
- 1.69 **Servicios Ambulatorios.** Servicios o tratamiento médico necesario, provistos y ordenados por un médico en un hospital o clínica, o un centro o establecimiento de salud habilitado y autorizado para prestar estos servicios, para lo cual no es médicamente necesaria su hospitalización o cuando este no sea admitido en un centro hospitalario.
- 1.70 **Servicios Ambulatorios Especializados.** Son aquellos servicios ambulatorios necesarios prescritos y/o proporcionados por un médico autorizado para ejercer como especialista o consultor, a quien la persona afiliada es remitida por su médico tratante.
- 1.71 **Servicio de Ambulancia Aérea.** Es el traslado por vía aérea a un hospital, hasta el punto calificado más cercano a consecuencia de una emergencia médica o cuando sea médicamente necesario, en razón de que el uso de otro transporte aéreo puede poner en peligro la vida del Asegurado o ir en detrimento de su salud, el cual debe ser prestado por compañías debidamente habilitadas para proporcionar este tipo de servicio.
- 1.72 **Servicio de Ambulancia Terrestre.** Es el traslado por vía terrestre a un hospital, a consecuencia de una emergencia médica, o cuando sea médicamente necesario en razón de que el uso de otros medios de transporte pueda poner en peligro la vida del Asegurado o ir en detrimento de la salud del Asegurado, y que debe ser prestado por compañías debidamente habilitadas para proporcionar este tipo de servicio.
- 1.73 **Servicio de Hospitalización.** Es todo tratamiento médico suministrado al Asegurado cuando no estén disponibles tratamientos o diagnósticos apropiados de servicios ambulatorios, encontrándose el Asegurado interno en el hospital, por un período interrumpido de por lo menos 24 horas. Los servicios de hospitalización comprenden los cargos de habitación, alimentación en el hospital, medicamentos, materiales e insumos, así como el uso de todas las facilidades médicas del mismo. Incluye todos los tratamientos y servicios médicos prescritos por un médico, enfermera o especialista, incluso el cuidado intensivo cuando sea necesario para el tratamiento de la enfermedad o lesión amparada por el plan y el presente contrato.
- 1.74 **Servicios de Laboratorios Clínicos y Radiología.** Son las pruebas de laboratorio, de imaginología y procedimientos de medicina nuclear empleados para diagnosticar condiciones médicas.
- 1.75 **Servicios de Rehabilitación.** Es la terapia respiratoria, fisioterapia y terapia ocupacional que se brinda al Asegurado, como resultado de una enfermedad o accidente cubierto por el plan de salud seleccionado.
- 1.76 **Servicios Electivos.** Cualquier enfermedad para la cual no se requiera asistencia facultativa, tratamiento o cirugía inmediata, pudiendo ser los servicios pospuestos, sin perjuicio de la salud del Asegurado.

- 1.77 **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA- o Complejo relacionado con el SIDA.** Conjunto de signos y síntomas de enfermedad clínica, usualmente presente después que el conteo de linfocitos CD4 (T) esté por debajo de 500/μl o mm3. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida deberá cumplir con la definición otorgada por la Organización Mundial de la Salud. Incluye el VIH (virus inmunodeficiencia humana), encefatología (demencia), síndrome de desgaste por virus de inmunodeficiencia, y todas las enfermedades secundarias causadas y relacionadas al virus VIH positivo.
- 1.78 **Situación Médica.** Es todo estado que requiere, o puede requerir una acción por parte del agente de salud, que de no hacerlo pone en riesgo el bienestar, o hasta la vida del Asegurado.
- 1.79 **Solicitante.** Es la persona que mediante la firma del formulario de Solicitud de Afiliación y en la Declaración de Salud, manifiesta su intención de contratar los servicios contemplados en el presente contrato póliza conforme el plan seleccionado, para sí mismo y/o sus dependientes.
- 1.80 **Solicitud.** Son los documentos que debe presentar el solicitante, incluyendo el formulario que contiene los datos que deben ser proporcionados por EL CONTRATANTE y por cada Asegurado, sobre sí mismo y/o sus dependientes los cuales son firmados y declarados bajo juramento por el Asegurado en los formularios que LACOMPañía suministrará para tales fines, quedando entendido que ésta, LA COMPañía, emitirá la comunicación de autorización de cobertura y el correspondiente carné de afiliación, en el entendido de que se trata de una declaración jurada, con informaciones correctas, completas y veraces; así como cualquier examen médico u otro documento que sea requerido por LA COMPañía para determinar la aceptación o no de la Afiliación.
- 1.81 **Terapia Ocupacional.** El conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.
- 1.82 **Traspaso de Deducible.** Son los cargos por gastos médicos en los cuales ha incurrido el Asegurado en los últimos tres (3) meses del año calendario, cuyo valor será reducido o considerado para el cálculo del deducible del próximo año calendario.
- 1.83 **Trasplante de Órgano.** Procedimiento durante el cual un órgano, célula o tejido es implantado de una parte a otra en el cuerpo de una persona, o de un individuo a otro de la misma especie, o cuando un órgano, célula o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.
- 1.84 **Tratamiento Electivo.** Significa que un tratamiento, cirugía, suministro, procedimiento o período de hospitalización, o parte de un período de hospitalización, puede ser ordenado o programado a conveniencia del Asegurado, sin que se ponga en peligro la vida del mismo o sin causarle severos trastornos a alguna de las funciones vitales del paciente.
- 1.85 **Tratamiento Odontológico de Emergencia a raíz de un accidente.** Es todo tratamiento de emergencia necesario para la reconstrucción o el reemplazo de piezas dentales, que hayan sido dañadas o perdidas en un accidente, siempre que tal tratamiento sea provisto a consecuencia de un accidente y que el mismo se encuentre cubierto bajo el plan objeto del presente contrato póliza.
- 1.86 **Urgencia.** Es la aparición de una situación o condición de salud de etiología diversa y de gravedad variable, que genera la necesidad inmediata de atención en el Asegurado.
- 1.87 **Urgencia o Emergencia Médica.** Condición patológica de carácter súbito y repentino, manifestada por síntomas agudos y severos que requieren de una atención inmediata, y que en caso de no recibir la asistencia médica necesaria y oportuna pueda poner en peligro la salud y la vida del Asegurado.

ESTIPULACIONES GENERALES

Artículo 1. Objeto.

- 1.1 Por medio del presente contrato, LA COMPañía y EL CONTRATANTE convienen, en que previo pago del precio convenido por concepto de primas, LA COMPañía se compromete a administrar los riesgos de salud de los Asegurados, quienes tendrán derecho a acceder a los servicios de salud nacionales e internacionales, bajo las modalidades, condiciones, prestadores de servicios de salud, límites y coberturas establecidas en el presente Contrato póliza, el Plan de Salud seleccionado y sus Cuadros de Coberturas y Anexos, los cuales forman parte integral del mismo.
- 1.2 Las Partes acuerdan y declaran que, debido al alcance de cobertura nacional e internacional del presente contrato póliza, y para las funciones de

administración y gestión de riesgos de salud en el extranjero, LA COMPAÑÍA podrá contratar compañías especializadas y autorizadas para tales fines en los países en que el plan de salud contratado permita cubrir los riesgos de salud del Asegurado, sin que LA COMPAÑÍA deba requerir para ello de EL CONTRATANTE y/o los Asegurados, autorización alguna adicional al presente contrato póliza.

Artículo 2. Declaraciones de EL CONTRATANTE y de los Asegurados.

- 2.1 La veracidad de las declaraciones hechas por EL CONTRATANTE o el Asegurado en la propuesta de servicio y las contenidas en el formulario de 'Solicitud de Afiliación', constituyen la condición de validez de este contrato póliza. Por tal razón, las personas que soliciten la afiliación no deben omitir especificaciones relacionadas con los riesgos a evaluar y suscribir.
- 2.2 Toda declaración falsa o inexacta u omisión de circunstancias conocidas por EL CONTRATANTE o el Asegurado, o el Corredor de Seguros, si hubiere, aun hecha de buena fe, que a juicio de LA COMPAÑÍA hubiesen impedido el contrato o modificado sus condiciones si LA COMPAÑÍA hubiese sido informada del verdadero estado del riesgo, provocará la invalidación de los servicios al Asegurado inscrito, y en caso que aplique, se podrán anular los beneficios contratados para dicho Asegurado.
- 2.3 LA COMPAÑÍA acepta emitir el contrato póliza, y fija la prima basada en las declaraciones hechas por EL CONTRATANTE y/o el Asegurado en la Solicitud de Afiliación o en cualquier otro documento, de los cuales EL CONTRATANTE y/o el Asegurado resultan solo y exclusivamente responsables. En consecuencia, EL CONTRATANTE y/o el Asegurado, no deben omitir circunstancia alguna relativa a los riesgos, por lo que no podrán reclamar antes o después de recibir un servicio, contra las enunciaciones del contrato o fuera de ellas.
- 2.4 El pago de la prima establecida implica la aceptación expresa por parte de EL CONTRATANTE y/o del Asegurado, sobre las condiciones impresas y lo consignado en el contrato, así como de todos los endosos efectuados al mismo.

2.5 Dolo o Fraude.

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

declaraciones hechas por EL CONTRATANTE o Asegurado sean veraces.

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

2.6 Declaración Inexacta u Ocultamiento.

El Artículo 1000 del Código de Comercio indica que toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas por EL CONTRATANTE o Asegurado que hubieran podido influir de cualquier modo en la existencia o condiciones de esta póliza, trae consigo la nulidad de la misma.

Artículo 3. Elegibilidad.

Las Partes convienen en que el Asegurado deberá ser una persona que reúna las siguientes condiciones:

1. El país de residencia del Asegurado debe ser dentro del territorio de la República de Panamá.
2. El Asegurado debe ser menor o igual a sesenta y nueve (69) años de edad al momento de completar el Formulario de Solicitud de Afiliación.
3. Ser el cónyuge de un Asegurado, o el compañero de vida debidamente registrado.
4. Ser hijo(a) soltero(a) de un Asegurado, hijastro(a) o hijo(a) legalmente adoptado(a), mayores de catorce (14) días y menores de veinticinco (25) años de edad, siempre y cuando sean estudiantes a tiempo completo, dependan económicamente de sus padres y que no hayan contraído matrimonio. También serán elegibles los hijos solteros igual o mayores a veinticinco (25) años de edad, y para estos fines se aplicará la tarifa correspondiente a su edad.
5. Hijastros, hijos adoptados legalmente o cuando el titular Asegurado tenga la tutoría o custodia legal del dependiente a afiliar, y que éste dependa económicamente del Asegurado, previa demostración de esta relación de dependencia.
6. Para las pólizas colectivas, en el caso del Asegurado Principal, ser un empleado permanente de EL CONTRATANTE, salvo los casos de ausencias legales o ausencias rutinarias pagadas, o de autorización expresa y por escrito por LA COMPAÑÍA.
7. Que haya sido aprobada su Afiliación por LA COMPAÑÍA, previo a haberse efectuado para su

ingreso los exámenes médicos requeridos por ésta, y haber completado la solicitud que comprende los formularios y demás informaciones solicitadas.

Artículo 4. Fecha de Entrada en Vigencia del Contrato Póliza.

La fecha de entrada en vigencia del contrato póliza, es a partir de la cual el presente documento y sus anexos empiezan a surtir plenos efectos jurídicos, la cual está indicada en la fecha de efectividad de las Condiciones Particulares, y a partir de la que cada una de Las Partes contratantes se obliga al cumplimiento de las obligaciones recíprocas establecidas en el mismo.

Artículo 5. Fecha de Entrada en Vigencia del (de la) Asegurado(a).

Es el día, mes y año indicado en la carta de aprobación emitida por LA COMPAÑÍA, sujeto al pago de la tarifa indicada en la misma y que se hará constar en el carné de afiliación como fecha de comienzo del plan de salud seleccionado para cada Asegurado, y a partir de la cual este tiene derecho a recibir los beneficios del Plan, a menos que se especifique lo contrario en las Condiciones Particulares y Generales que forman parte del presente contrato póliza.

Artículo 6. Servicios y Coberturas.

Queda convenido entre Las Partes que las prestaciones o beneficios de los servicios de salud a que tendrá derecho el Asegurado en virtud del presente contrato póliza, son los que expresamente se describen a continuación, los cuales tendrán las coberturas indicadas en el presente Artículo, siempre que así se hicieren nombrar dentro del plan seleccionado, en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares o mediante Endoso, sobre las cuales EL CONTRATANTE haya pagado la prima correspondiente.

Consideraciones:

- a. **Sumas Aseguradas Máximas:** las sumas aseguradas máximas son las establecidas en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares o mediante endoso. Estas sumas no aplican para los beneficios o coberturas que establecen un límite máximo por evento, máximo anual o máximo por vida (vitalicio).
- b. **Deducible:** el deducible es el especificado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares para cada Afiliado de manera independiente; y será aplicado de la siguiente forma:
 - **Deducible fuera de República de Panamá:** el deducible es aplicable a todos los gastos elegibles cubiertos conforme el presente contrato póliza, por

cada Asegurado y por año calendario, hasta el límite establecido en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares.

- **Deducible en República de Panamá:** el deducible es aplicable a todos los gastos elegibles cubiertos conforme el presente contrato póliza vigente de cada Asegurado y por año calendario, hasta el límite establecido en el Cuadro de Coberturas. El deducible en República de Panamá será agotado por aquellos gastos que hayan sido cubiertos por los Planes de salud locales contratados por EL CONTRATANTE y/o el Asegurado.

Se establece para todos los planes y para consumos dentro y fuera de República de Panamá, que el deducible máximo por familia en cada año calendario es de dos (2) deducibles.

- c. **Coaseguro:** el coaseguro para gastos de hospitalización y ambulatorios es el establecido en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares.
- d. **Cobertura de Gastos Amparados:** sujeto al pago del deducible y el coaseguro y a todas las condiciones, límites, exclusiones y definiciones del contrato póliza, LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos usuales, razonables y acostumbrados (URA), médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión que afecte al Asegurado y que haya tenido lugar durante la vigencia del contrato póliza, hasta los límites establecidos en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares. El Asegurado será responsable de todo gasto o porción de gasto que no reúna estas condiciones y que exceda la cobertura contratada.

Sujeto a las disposiciones del presente contrato, y siempre que los servicios y coberturas estén nombrados en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares o mediante Endoso, Las Partes acuerdan y convienen en las siguientes coberturas:

6.1 Gastos Amparados para Pacientes Hospitalizados.

Cubre el costo de habitación privada en República de Panamá y semi-privada fuera de República de Panamá; servicio regular de enfermería; alimentación del paciente incluyendo dietas especiales; unidad de cuidados intensivos; unidad de cuidados coronarios; terapia respiratoria y fisioterapia; terapia ocupacional del Asegurado hospitalizado; sala de cirugía; sala de recuperación; equipos de asistencia de corazón artificial o de circulación artificial; equipos de asistencia de riñón

artificial o diálisis; suministro de material médico quirúrgico y de cura; análisis de laboratorio; rayos X; estudios especiales requeridos para fines de diagnóstico; EKG (electrocardiograma); administración de oxígeno; electroencefalogramas; soluciones intravenosas e inyecciones; medicamentos e insumos; sala de emergencia; cuidados iniciales dentro de las primeras setenta y dos (72) horas de haber ocurrido el accidente o la emergencia médica; monitor cardíaco y honorarios del médico, cirujano y anestesiólogo, conforme el plan seleccionado y el cuadro de cobertura.

6.2 Gastos Amparados para Pacientes Ambulatorios.

Cubre honorarios por consultas y tratamientos médicos efectuados en el hospital o consultorio; análisis de laboratorio con fines diagnósticos; rayos X y estudios especiales requeridos con fines de diagnósticos; anatomía patológica; medicinas ordenadas por prescripción médica; pruebas de sensibilidad alérgica y sus tratamientos; servicios de ambulancia; tratamientos de terapia respiratoria y fisioterapias; terapia ocupacional para pacientes ambulatorios; servicios quirúrgicos para paciente no hospitalizado. Los servicios son ofrecidos conforme el plan seleccionado y el cuadro de cobertura de las Condiciones Particulares del contrato.

6.3 Cirugía Ambulatoria.

Cubre el tratamiento o intervención quirúrgica que médicamente no requiere internamiento. Incluye, sin que la enumeración sea limitativa o exclusiva: operación por incisión; sutura de una herida; radioterapia (excluyendo terapia con isótopos radioactivos, si se utilizan en lugar de extracción quirúrgica de un tumor); electrocauterización; tratamiento por inyección esclerosante para hemorroides y venas varicosas. **Excluye exámenes para diagnósticos endoscópicos o escáner, aun cuando los mismos requieran anestesia.**

6.4 Emergencia.

Esta cobertura aplica desde la fecha de inicio de vigencia del Asegurado, siempre que la emergencia no sea ocasionada por una condición pre-existente, congénita o hereditaria no declarada.

6.5 Medicamentos Ambulatorios por Prescripción.

Los medicamentos que hayan sido indicados al Asegurado con recetas y bajo prescripción médica, deben cumplir con las siguientes condiciones:

- Que requieran receta médica para ser obtenidos;
- Que hayan sido dispensados por un médico o farmacéutico con las credenciales apropiadas, y

- Estar aprobados por la FDA de los Estados Unidos (*United States Food and Drug Administration*).

LA COMPAÑÍA solamente reconocerá como elegible el reembolso que requiera el Asegurado por la compra de sus medicamentos, hasta un máximo de dos (2) recetas del mismo medicamento compradas en la misma fecha. Este beneficio aplica bajo el esquema de reembolso, de acuerdo al límite estipulado en el Cuadro de Coberturas Particulares.

6.6 Servicios de Maternidad.

Serán cubiertos los servicios de maternidad, para aquellas Aseguradas que hayan satisfecho el periodo de espera de diez (10) meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Asegurada en calidad de titular y/o cónyuge, de acuerdo al límite estipulado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares.

Mientras esté vigente el presente contrato para la madre asegurada, y siempre que el parto haya sido cubierto por LA COMPAÑÍA, el recién nacido tendrá cobertura automática y en caso de requerirlo, y siempre que haya sido incluido en la póliza en los primeros 60 días de nacido, derecho a recibir los beneficios de las coberturas de Recién Nacidos con Problemas y de enfermedades Congénitas.

Las hijas registradas como dependientes de los Asegurados no tienen derecho a la cobertura de Maternidad.

6.7 Complicaciones de la Maternidad.

Quedará cubierto bajo el beneficio de este contrato, el curso irregular del embarazo y puerperio que impida que la madre pueda tener un parto bajo cuidado médico regular. Para fines de este contrato, una cesárea electiva o una cesárea después de una cesárea no son consideradas complicaciones de la maternidad. Esta cobertura será reconocida hasta el límite máximo indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de contrato póliza.

6.8 Recolección de Células Madre.

Esta póliza cubre el costo de recolección, procesamiento, pruebas y crío preservación de las unidades de sangre del cordón umbilical del recién nacido. Esta cobertura será reconocida hasta el límite máximo indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares de contrato póliza. El límite indicado aplica por hijo, y únicamente cuando la maternidad este cubierta bajo este contrato para la Asegurada de que se trate. **Los costos anuales futuros de conservación de las células madres no están incluidos en este beneficio.**

6.9 Screening o Tamiz Neonatal.

Bajo los beneficios de este contrato póliza queda amparada esta prueba, realizada a los recién nacidos con la finalidad de detectar si son portadores de alguna patología endocrina, infecciosa o errores del metabolismo, antes de que la enfermedad se manifieste, para que, de ser posible, prevenir alguna discapacidad física, mental o la muerte. El límite máximo para esta cobertura está indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares.

El límite indicado aplica por hijo, y únicamente cuando la maternidad esta cubierta bajo este contrato póliza para la asegurada de que se trate. Para que la cobertura sea aprobada, el procedimiento debe realizarse dentro del tiempo en que el recién nacido tiene cuatro y siete días de vida extrauterina y previa autorización expresa por parte de LA COMPAÑÍA.

6.10 Recién Nacido con Problemas.

Cubre cualquier desorden, lesión o enfermedad del recién nacido relacionado con el parto, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida. Para que un recién nacido tenga derecho a esta cobertura, la maternidad debe haber estado cubierta por el contrato póliza, y el recién nacido debe ser notificado a LA COMPAÑÍA a través del formulario de afiliación debidamente completado para su inclusión en el mismo. Esta cobertura aplica hasta los primeros noventa (90) días de nacido y hasta el límite indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares del contrato.

6.11 Enfermedades Congénitas y Hereditarias.

Los recién nacidos durante la vigencia de la cobertura de la madre y siempre que el parto haya sido cubierto por LA COMPAÑÍA, tendrán cobertura para casos de defectos de nacimiento y de enfermedades congénitas según se estipula en el Cuadro de Cobertura. La enfermedad congénita puede ser diagnosticada en el momento del nacimiento, durante la niñez o en la edad adulta. Para que la cobertura sea efectiva, el recién nacido debe ser notificado a LA COMPAÑÍA para su inclusión en el contrato póliza, a través del formulario de afiliación debidamente completado dentro de los primeros sesenta (60) días, contados a partir de la fecha de nacimiento del recién nacido.

Este beneficio aplicara para los asegurados no nacidos bajo el contrato póliza, siempre que los síntomas que normalmente provocarían la asistencia al médico para revisión, diagnóstico y/o tratamiento, se manifiesten dentro de la vigencia del mismo y que la cobertura aplique al plan contratado.

Este beneficio será cubierto bajo el límite indicado en las Condiciones Particulares del Contrato.

6.12 Ambulancia Aérea.

Serán cubiertos los gastos usuales, razonables y acostumbrados por el uso de ambulancia aérea a la clínica u hospital más cercano y apropiado para una urgencia médica, cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Que la prestadora de este servicio sea una compañía autorizada para estos fines por LA COMPAÑÍA.
- Que dicha urgencia no se pueda atender en el lugar donde se originó la emergencia.
- Que el Asegurado se encuentre en estado de cuidados intensivos o que su condición médica no le permita viajar en una aerolínea regular de pasajeros.
- Que el Asegurado presente enfermedades o lesiones elegibles y cubiertas por el contrato póliza.
- Que el tratamiento o procedimiento no esté disponible donde el Asegurado está hospitalizado.
- Que el Director Médico de LA COMPAÑÍA LA COMPAÑÍA, haya aprobado previamente la necesidad del uso de una ambulancia aérea, por lo que este tipo de servicio está sujeto a Pre-certificación obligatoria.

La suma máxima asegurada será la establecida en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares, y el traslado deberá hacerse hasta el punto calificado más cercano.

6.13 Ambulancia Terrestre.

Serán cubiertos los gastos usuales, razonables y acostumbrados por el uso de ambulancia terrestre, cuando cumplan las siguientes condiciones:

- Debe tratarse de una urgencia médica y/o situación médica que amerite el traslado.
- Dicha urgencia no se pueda atender en el lugar donde se originó la emergencia o la situación médica.
- El Asegurado se encuentre en estado de salud que su condición médica no le permita viajar en un medio regular de transporte terrestre.
- El Asegurado muestre enfermedades elegibles cubiertas.
- Cuando Seguros Vivir haya aprobado la necesidad del uso de una ambulancia terrestre.

6.14 Trasplante de Órganos.

Prevía certificación y una vez que se haya satisfecho el deducible, LA COMPAÑÍA cubrirá sujeto al coaseguro indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares, los gastos usuales, razonables y acostumbrados incurridos por el

Asegurado, mientras esté amparado bajo este contrato, por todos los tratamientos, procedimientos, servicios o suministros médicamente necesarios, proporcionados por o como resultado de un trasplante cubierto bajo este contrato y sus anexos.

6.14.1 Los servicios por trasplantes, que incluyen los procedimientos e instalaciones donde se realizarán los trasplantes, deberán ser previamente aprobados por LA COMPAÑÍA. El Asegurado deberá notificar a ésta LA COMPAÑÍA, tan pronto como se determine que es un candidato para un trasplante.

6.14.2 Los trasplantes de órgano amparados bajo el presente contrato póliza deberán ser realizados en una clínica u hospital especializado en trasplantes, que sea reconocido por la Comunidad Médica Internacional como un centro calificado para realizar el tipo de trasplante requerido. De igual forma, para que esta cobertura aplique, el procedimiento del trasplante de órgano debe ser realizado en un centro médico perteneciente a la red de proveedores de LA COMPAÑÍA.

6.14.3 **Ningún beneficio será pagadero por servicios prestados por, o en relación con, un procedimiento de trasplante que no haya sido previamente aprobado de manera formal por LA COMPAÑÍA y que no sea considerado como médicamente necesario.** Los gastos cubiertos, incluyen los gastos usuales, razonables y acostumbrados en relación con los siguientes procedimientos, servicios y suministros incurridos por, o como resultado de un trasplante cubierto bajo este contrato póliza, e incluyen lo siguiente:

- Servicios médicos
- Gastos de hospitalización incurridos en un centro médico de trasplantes
- Honorarios incurridos por la obtención de órganos
- Medicamentos suministrados al paciente hospitalizado, y medicamentos para ser administrados en el hogar
- Evaluación del paciente ambulatorio
- Cuidados de Seguimiento
- Gastos originados por el donante vivo.

Los gastos de donantes relacionados con el proceso de trasplante estarán cubiertos bajo las siguientes condiciones:

- Aquellos gastos incurridos en el proceso de extirpación de un órgano o tejido de un donante vivo, con la intención de realizar el trasplante al Asegurado, incluyendo: (a) investigación de donantes potenciales (b) servicios prestados al donante en una clínica, hospital o centro de trasplante, siempre que los gastos se adecúen a lo indicado en este contrato póliza, y sean médicamente necesarios durante el proceso de extirpación del órgano a trasplantar.
- Gastos incurridos durante el proceso de la adquisición del órgano obtenido de un donante fallecido, con el propósito de realizar el trasplante. Los gastos incluidos son los originados por: la extirpación, preservación y transporte del órgano que será trasplantado.
- Los gastos incurridos en el cultivo de la médula ósea con relación al trasplante realizado a un Asegurado.

6.14.4 Los beneficios están limitados a trasplante(s) de órgano(s) requeridos bajo un mismo diagnóstico o condición de salud, con un límite máximo de dos trasplantes de por vida (vitalicio). Un trasplante de dos órganos realizado durante la misma sesión de cirugía será considerado como un solo trasplante. Los beneficios para la repetición de un trasplante (un trasplante realizado por segunda vez, debido al fracaso de un trasplante inicial), solo serán pagaderos si LA COMPAÑÍA lo aprueba como médicamente necesario.

6.14.5 En casos de trasplantes se requerirá una segunda opinión de un médico de la misma especialidad del médico de cabecera del Asegurado. LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de someter la evaluación de la segunda opinión médica, a cualquier médico que estime conveniente.

6.14.6 Trasplantes Cubiertos bajo este contrato Póliza:

Sólo se cubren bajo este contrato los siguientes trasplantes:

- a) Corazón
- b) Pulmón
- c) Páncreas
- d) Riñón
- e) Hígado
- f) Córnea

o alguna combinación de éstos siempre que sea médicamente necesario;

g) Médula ósea autóloga para:

- Linfoma de no-Hodgkin, estado III A o B; o estado IV A o B
- Linfoma de Hodgkin, estado III A o B; estado IV A o B
- Leucemia aguda linfocítica después de la primera o segunda recaída
- Leucemia aguda no-linfocítica después de la primera o segunda recaída
- Tumores de células embrionaria

h) Médula ósea alogénica para:

- Anemia aplástica;
- Leucemia aguda;
- Inmunodeficiencia severa combinada;
- Síndrome de Wiskott-Aldrich;
- Osteoporosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg);
- Leucemia mielogénica crónica (LMC);
- Neuroblastoma, estado III o IV en niños mayores de un año
- Beta talasemia homocigote (talasemia mayor);
- Linfoma de Hodgkin, estado III A o B, estado IV A o B; o
- Linfoma de no- Hodgkin, estado III o estado IV

6.14.7 Exclusiones de la cobertura de Trasplante de Órganos.

Esta cobertura está sujeta todas las condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato póliza. En adición a esas exclusiones, LA COMPAÑÍA no pagará ningún tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro que:

- (a) Sea considerado como experimental, investigativo o electivo.

- (b) En los casos donde los costos excedan los gastos usuales, razonables y acostumbrados.
- (c) Esté relacionado o sea una secuela de una condición pre-existente.
- (d) No sea médicamente necesario.
- (e) Se realice en una clínica u hospital no considerado como un centro médico especializado en trasplantes.
- (f) Haya sido proporcionado como resultado o relacionado de cualquier forma con un trasplante de órgano no cubierto en esta póliza, o que no haya sido previamente aprobado por LA COMPAÑÍA.
- (g) Se realice en una clínica u hospital que no pertenezca a la red de proveedores de La Compañía.
- (h) Sea proporcionado cuando exista la opción de recibir un tratamiento alternativo o procedimientos, que sean igualmente efectivos y que permitan tratar la enfermedad o condición por la que están demandando la realización del trasplante.
- (i) Esté relacionado con donantes de especie animal, equipo artificial, mecánico o de artefactos diseñados para sustituir órganos humanos.

6.15 Enfermedades y Trastornos Mentales.

Bajo este beneficio serán cubiertas aquellas enfermedades o patologías psíquicas o psiquiátricas, incluyendo, pero no limitándose a neurosis, psicosis, demencias, trastornos de bipolaridad, esquizofrenia, depresión, y demás trastornos de esta índole. Esta cobertura está sujeta a lo establecido en la Cláusula 'Definiciones' y hasta el límite indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares del contrato.

6.16 Servicios Oncológicos ambulatorios en República de Panamá.

Quedan cubiertos los gastos directos incurridos en la aplicación de quimioterapia y radioterapia tales como gastos clínicos y honorarios médicos usados en el procedimiento de aplicación de quimioterapia, radioterapia y cobalto. Se incluyen los medicamentos, pruebas de diagnóstico, laboratorio y procedimientos utilizados en el seguimiento del tratamiento del Asegurado. Esta cobertura está sujeta a pre-certificación obligatoria y dentro de la red de proveedores de LA COMPAÑÍA.

6.17 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida – SIDA-.

Esta cobertura aplica para servicios y tratamientos que requiera el Asegurado, después de cumplir cuatro (4) años continuos de vigencia bajo este contrato póliza, y reciba el diagnóstico de estar infectado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH-, o el diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Humana –SIDA-. **En caso de que el diagnóstico se reciba antes del plazo de cuatro años, la cobertura quedará sin efecto y no se cubrirán bajo ningún concepto los gastos que pueda generar dicha dolencia.**

Quedan incluidos bajo el límite especificado para este beneficio en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares todas las enfermedades y lesiones causadas por el VIH – SIDA.

6.18 Cuidados de Salud en el Hogar.

Cubre Los servicios relacionados con cuidados en el hogar, los cuales deben ser previamente aprobados por LA COMPAÑÍA, e incluyen honorarios de profesionales de la medicina tales como terapeutas, enfermera y honorarios de visita del médico tratante, **quedando excluidos los cuidados personales del Asegurado, y los servicios y cuidados que no hayan sido previamente autorizados por LA COMPAÑÍA.**

El Asegurado podrá solicitar una extensión del periodo, quedando a opción de LA COMPAÑÍA aumentarlo de acuerdo a los criterios de evaluación vigentes. Para que esta cobertura surja efecto, LA COMPAÑÍA requerirá evidencia de la necesidad médica, del plan de contención de costos y el tratamiento a seguir.

Esta cobertura está sujeta hasta el límite máximo y de cantidad de días indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares del contrato.

6.19 Cama de Acompañante del Menor Hospitalizado en UCI.

Cubre los gastos incurridos y que son incluidos en la facturación del hospital, como resultado de la estadía nocturna de un acompañante, mientras se encuentre hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos un afiliado menor de dieciocho (18) años.

Esta cobertura está sujeta hasta el límite máximo y de cantidad de días indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares del contrato.

6.20 Servicios Pediátricos.

Este beneficio cubre los gastos incurridos para la corrección de patologías de los pies, incluyendo sin limitarse a, callosidades, pies planos, arcos débiles,

pies débiles, hallux valgus, juanetes, pie zambo o cualquier deficiencia similar. El límite máximo a pagar bajo esta cobertura, así como los planes a los que aplica, está indicado en las condiciones Particulares del contrato.

6.21 Equipo Médico Duradero.

Este beneficio cubre los gastos incurridos en la compra de equipo o insumos para uso cotidiano o prolongado, para el tratamiento o corrección de una condición de salud, indicadas por el especialista tratante y validándose su necesidad médica. Este beneficio sólo aplicará para las condiciones cubiertas por el presente contrato póliza.

El límite máximo a pagar bajo esta cobertura, así como los planes a los que aplica, está indicado en las condiciones Particulares del contrato.

6.22 Chequeo Ejecutivo.

Este beneficio aplica para los Titulares Asegurados y Cónyuges partir de cuarenta (40) años de edad, y a partir del segundo año del contrato. El límite máximo a pagar bajo esta cobertura está indicado en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares. Esta cobertura aplica exclusivamente dentro de la red de proveedores de LA COMPAÑÍA seleccionada para tales fines.

El chequeo ejecutivo con finalidad de medicina preventiva ofrece un reconocimiento o examen físico al Asegurado, incluyendo pruebas de diagnóstico y laboratorio las cuales se indican a continuación:

- Electrocardiograma en Reposo
- Prueba de Esfuerzo
- Radiografía de Tórax
- Mamografía
- Rastreo para cáncer de colon
- Sonografía abdominal – pélvica
- Examen PAP
- Examen Antígeno Prostático Específico –PSA
- Química sanguínea
- Uroanálisis
- Perfil de lípidos, hepático y renal
- Sangre oculta
- VIH, VDRL
- Hepatitis B y C
- Hemograma
- Grupo Hematológico
- Coprológico

6.23 Segunda Opinión Médica.

LA COMPAÑÍA provee a solicitud del Asegurado, el beneficio de una Segunda Opinión Médica en Estados Unidos, con la finalidad de:

- Recibir y validar un diagnóstico por parte de un médico de prestigio especializado en la enfermedad o condición tratada al Asegurado.
- Recibir consejo en los posibles tratamientos aplicables a la patología del Asegurado.
- Contribuir al diagnóstico de enfermedades graves o intervenciones quirúrgicas complejas, con el propósito de proporcionar información adicional de vital importancia.
- Ofrecer consejos de tratamiento en la red de proveedores en los Estados Unidos.

Esta cobertura aplica sobre diagnósticos de enfermedades, lesiones o condiciones cuyos gastos hayan sido elegibles en el contrato póliza. Para optar por los servicios que ofrece esta cobertura, debe previamente solicitarse la autorización de LA COMPAÑÍA y aplican los procedimientos que estén vigentes LA COMPAÑÍA al momento de solicitar el servicio.

6.24 Cuidados Paliativos y Terminales.

Ofrece cobertura para las atenciones, cuidados y tratamientos médicos y farmacológicos que reciben los enfermos en fase terminal de la enfermedad. **Para tener derecho a esta cobertura, la misma debe ser previamente aprobada por LA COMPAÑÍA, facilitando a ésta informes médicos, de laboratorio y de diagnóstico recientes, que indiquen la necesidad médica y el plan de tratamiento que requiere el Asegurado. En caso de que no haya sido aprobado el tratamiento con anterioridad por LA COMPAÑÍA, el pago de los gastos generados será declinado.**

Para tener derecho a esta cobertura, la enfermedad o condición que genere los cuidados paliativos debe haber sido cubierta por LA COMPAÑÍA. Este beneficio aplica hasta el límite máximo indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares.

6.25 Exoneración de Pago de Prima por Fallecimiento del Titular Asegurado.

En caso de que el titular Asegurado fallezca, LA COMPAÑÍA proporcionará cobertura continua durante el tiempo indicado en las Condiciones Particulares del Contrato póliza, sin costo alguno a los dependientes sobrevivientes bajo este contrato póliza, siempre que la causa del fallecimiento se deba a una condición cubierta bajo el presente contrato póliza. Este beneficio aplica exclusivamente para el cónyuge o compañero de vida e hijos dependientes en el contrato, y terminará automáticamente antes de transcurrido en tiempo estipulado, cuando:

- El cónyuge o compañero (a) de vida contrae matrimonio.
- El (la) hijo (a) asegurado (a) deja de ser elegible de acuerdo a la cláusula de elegibilidad de esta póliza, o para los cuales se haya emitido su póliza por separado.

Esta cobertura no aplica para las coberturas opcionales que hayan sido contratadas por el Asegurado.

6.26 Repatriación de Restos.

En caso de que el Asegurado fallezca fuera de su país de residencia, LA COMPAÑÍA cubrirá hasta el límite máximo indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares, los gastos de repatriación de los restos mortales al país de residencia del Asegurado fallecido, siempre y cuando el fallecimiento sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de este contrato póliza. La cobertura está limitada exclusivamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia del Asegurado, y los servicios deberán ser coordinados a través de LA COMPAÑÍA.

6.27 Asistencia en Viajes.

Quedan amparados los servicios de asistencia en viajes y límites que están detallados en el documento adjunto elaborado para estos fines, el cual forma parte de íntegra de este contrato póliza.

Artículo 7. Administración.

7.1 Forma y Plazo para solicitar la cobertura y variaciones para los Asegurados.

7.1.1 Respecto de los nuevos Asegurados que previa solicitud de EL CONTRATANTE sean elegibles por LA COMPAÑÍA LA COMPAÑÍA para su afiliación bajo este contrato, el mismo será efectivo en los plazos siguientes:

- a. En los casos en que la Solicitud de Afiliación sea recibida entre el primer y el quinceavo día de la vigencia mensual; a partir del primer día del mes siguiente.
- b. En los casos en que la Solicitud de Afiliación sea recibida después del quinceavo día y hasta el último día de la vigencia de ese mismo mes, a partir del primer día del mes siguiente.

7.1.2 Las disposiciones contenidas en el presente artículo, serán también aplicables a cualquier movimiento, cambio de plan, exclusiones y cualesquiera variaciones respecto a la lista de Asegurados y dependientes de EL CONTRATANTE.

7.1.3 Si la variación fuere el resultado de una especificación errónea de la edad del Asegurado, sin perjuicio de las demás acciones que en virtud del presente contrato póliza pudiere realizar LA COMPAÑÍA, y si el cambio de edad afectara la cobertura o el cálculo de las cuotas, se hará un ajuste equitativo de las mismas en el contrato, lo que será aprobado por EL CONTRATANTE y el Asegurado.

7.1.4 LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de aceptar o no a los nuevos Asegurados luego de evaluar la Solicitud de Afiliación y los documentos que la acompañan, conforme sus normas internas de evaluación y suscripción, y de explicar o no las razones o argumentos que justifican su decisión de no aceptación.

7.2 Exámenes Médicos.

7.2.1 LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de exigir al solicitante de la cobertura, previa aceptación en calidad de Asegurado, que se someta a un examen médico que será practicado por médicos autorizados por LA COMPAÑÍA, o por profesionales de la medicina designados por esta, sin que esto represente compromiso o responsabilidad alguna para LA COMPAÑÍA.

7.2.2 Igualmente, durante la vigencia del contrato LA COMPAÑÍA podrá requerir al Asegurado que se someta dentro de un plazo determinado, a exámenes practicados por médicos autorizados por ésta, cuando sea razonablemente necesario, a fin de constatar y controlar el estado de salud de dicho Asegurado, antes o con posterioridad a la utilización de los servicios cubiertos por el presente contrato y el plan seleccionado.

7.2.3 Asimismo, el (los) Asegurado(s) deberá(n) suministrar todas las informaciones requeridas por LA COMPAÑÍA sobre su estado de salud, antes y después de su aceptación de afiliación, y autorizan por medio del presente contrato a los profesionales o instituciones donde hubieran sido o sean tratados, o donde se hubieran realizado pruebas de diagnóstico y

laboratorio, y a las compañías de seguros que dispongan del historial de su consumo en planes de salud local e internacional, a fin de que suministren por su cuenta a LA COMPAÑÍA toda la información necesaria para integrar una cabal y completa historia clínica en cada caso.

7.2.4 El costo de los exámenes médicos o investigaciones realizados para la evaluación de la solicitud durante la vigencia del presente contrato póliza serán cubiertos por LA COMPAÑÍA.

7.3 Forma de Pago.

7.3.1 EL CONTRATANTE pagará a LA COMPAÑÍA las primas convenidas en las Condiciones Particulares, una vez se le haya notificado la carta de aceptación, por adelantado a la fecha de inicio de Vigencia del Contrato en la primera facturación, cualquiera sea la forma de pago, EL CONTRATANTE deberá cumplir con el pago total o primer pago fraccionado al momento de la emisión de la póliza. El incumplimiento por parte de EL CONTRATANTE o Asegurado de dicha obligación, conllevará la nulidad absoluta del contrato, sin necesidad de declaración judicial alguna, por lo que se entenderá que la póliza nunca entró en vigencia, aunque hubiera sido emitida en contravención de esta norma.

7.3.2 Los pagos deberán ser enviados en el domicilio social de LA COMPAÑÍA o en cualquier otro lugar que indiquen las Condiciones Particulares, o conforme lo dispusieren en el futuro las nuevas regulaciones aplicables.

7.3.3 Mientras dure la relación contractual, LA COMPAÑÍA tendrá el derecho de ajustar las tarifas en cualquier momento, dentro de los parámetros autorizados en la nota técnica, por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, de acuerdo con las tarifas de plan asociado a dicho contrato póliza. A tales fines, LA COMPAÑÍA notificará a EL CONTRATANTE o a la persona que éste designe en las Condiciones Particulares, el incremento de las tarifas mediante aviso enviado por escrito a la última dirección comunicada por EL CONTRATANTE, con por lo menos treinta (30) días calendario de antelación a la fecha en que éstas hayan de entrar en vigor. Si EL

CONTRATANTE no estuviere de acuerdo con las nuevas tarifas, deberá comunicar su decisión de dar por terminado el contrato, mediante documento escrito enviado por correo certificado dentro de los quince (15) días calendario, siguientes a la fecha de remisión de la comunicación correspondiente. En caso de que no se produzca esta manifestación dentro del término indicado, se presumirá la aceptación de EL CONTRATANTE respecto de las nuevas tarifas y su intención de continuar con el contrato.

7.4 Carnet de Afiliación o Identificación.

- 7.4.1 Una vez cumplidos los requisitos establecidos para la afiliación formal de los Asegurados, LA COMPAÑÍA expedirá a cada Asegurado un Carnet de identificación en la forma que determine LA COMPAÑÍA. Los carnés son propiedad de LA COMPAÑÍA, son personales e intransferibles. Para tener acceso a los servicios establecidos en este contrato será obligatoria la presentación del carné de identificación expedido por LA COMPAÑÍA.
- 7.4.2 Los Asegurados están obligados a mantener debidamente conservados sus carnets de identificación a fin de evitar por acciones, negligencias u omisiones, complicidad en el uso indebido, abusivo o fraudulento de los mismos. En caso de pérdida del carné, el Asegurado personalmente, o a través de EL CONTRATANTE, debe notificar de inmediato a LA COMPAÑÍA la pérdida por escrito. En caso contrario, EL CONTRATANTE se hará responsable por el mal uso dado al mismo, pudiendo LA COMPAÑÍA exigir el repago a EL CONTRATANTE, en aquellos casos en que se verifique la comisión de un mal uso o uso abusivo del carné.
- 7.4.3 Los Asegurados están obligados a devolver a LA COMPAÑÍA su carnet dentro de los tres (3) días laborables siguientes a la fecha en que ha terminado el presente contrato por cualquiera de las causas enunciadas más adelante.
- 7.4.4 Para fines de ejecución del presente contrato se considera una obligación sustancial de EL CONTRATANTE y cada uno de los Asegurados, el cumplimiento de las obligaciones previstas en el presente

Artículo, por lo que EL CONTRATANTE se obliga a tomar las medidas de lugar para poner en conocimiento de sus Asegurados las obligaciones asumidas a través del presente contrato.

7.5 Entrada en Vigencia de la Póliza.

- 7.5.1 Se establece un periodo de espera de dos (2) meses para cada Asegurado, para cualquier servicio relacionado con los beneficios amparados en el presente contrato, excepto cuando se trate de un accidente o de una enfermedad de origen infeccioso.
- 7.5.2 Para la cobertura de Maternidad aplica un periodo de espera de diez (10) meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del Asegurado o cónyuge del Asegurado.
- 7.5.3 Para otorgar cobertura en los procedimientos de septoplastia y la rinoplastia (no estética) aplican dos (2) años de periodo de espera. Sin embargo, si dentro del primer año es necesario efectuar algunas de estas cirugías como consecuencia de un accidente, las mismas se indemnizan, siempre y cuando el accidente haya ocurrido con posterioridad a la entrada en vigencia del presente contrato, y se presenten previamente a LA COMPAÑÍA, las radiografías con sus respectivas lecturas y otros soportes en los cuales se identifique el trauma.

7.6 Pre-Certificación.

- 7.6.1 **Pre-certificación en República de Panamá.** Será necesario obtener autorización previa, escrita y sellada de LA COMPAÑÍA para recibir los servicios y coberturas establecidos en el presente contrato, para lo cual LA COMPAÑÍA requerirá las informaciones necesarias conforme el Formulario de Autorización de Servicios vigente, el cual LA COMPAÑÍA puede modificar de tiempo en tiempo unilateralmente. Constituye una obligación de los Asegurados, procurar la obtención de estas autorizaciones de LA COMPAÑÍA. LA COMPAÑÍA podrá establecer que determinados servicios no requieren de esta pre-certificación.
- 7.6.2 **Pre-certificación fuera de la República de Panamá.** Será necesario obtener autorización previa, escrita y sellada de LA

COMPAÑÍA para recibir los servicios y coberturas establecidos en el presente Contrato, para lo cual LA COMPAÑÍA requerirá las informaciones necesarias conforme la solicitud de Pre-Certificación vigente, la cual LA COMPAÑÍA puede modificar de tiempo en tiempo unilateralmente, pudiendo requerir conforme la complejidad del caso información adicional. Constituye una obligación de los Asegurados, procurar la obtención de estas autorizaciones de LA COMPAÑÍA.

7.7 Alcance de Cobertura.

En los casos en que el Asegurado no haya hecho uso de la totalidad de determinados servicios que LA COMPAÑÍA cubre por año contractual, los mismos no serán acumulables para el siguiente año contractual, ni podrán ser transferidos a otro usuario.

7.8 Cambio de Plan y/o Deducible.

EL CONTRATANTE podrá solicitar para uno, varios o la totalidad de los Asegurados el cambio de plan y/o Deducible a otro que sea comercializado por LA COMPAÑÍA, siempre y cuando el(los) Asegurados(s) al momento del cambio no tenga(n) un tratamiento en curso, una cirugía programada, una condición o enfermedad, o que la(s) Aseguradas(s) se encuentre(n) embarazada(s) en dicho momento.

7.8.1 En todo caso LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de aceptar o no el cambio de plan requerido por EL CONTRATANTE. Para fines de esta aceptación LA COMPAÑÍA realizará las evaluaciones de lugar, y exigirá el cumplimiento de las condiciones requeridas como si se tratase de una nueva afiliación.

7.8.2 Si durante un cambio de plan se produjere(n) gastos médicos por cualquier causa citadas en el presente contrato, hasta tanto no se cumpla con los períodos de espera establecidos en el presente contrato, el Asegurado recibirá la cobertura conforme el plan anterior.

7.8.3 Si luego de efectuado el cambio de un plan a otro de mayor cobertura o de menor deducible, se detectaren condiciones preexistentes a la fecha efectiva de dicho cambio, las coberturas a estas condiciones preexistentes serán las del plan y/o deducible anterior.

7.9 Modificaciones a la Póliza.

7.9.1 Sin perjuicio de lo establecido en las Condiciones Particulares y anexos del presente contrato póliza, este acuerdo podrá ser enmendado o modificado a solicitud de EL CONTRATANTE siempre y cuando la misma sea aceptada por LA COMPAÑÍA, en manifestación de lo que Las Partes deberán firmar la modificación correspondiente, misma que se podrá hacer mediante endoso. De igual modo el presente contrato y sus Anexos puede ser modificado por LA COMPAÑÍA, previa notificación a EL CONTRATANTE con por lo menos treinta (30) días calendario antes de la fecha en que se pretende hacer efectiva la modificación.

7.9.2 En caso de que EL CONTRATANTE no esté de acuerdo con alguna modificación que haga EL CONTRATANTE, éste debe notificar a LA COMPAÑÍA su decisión de no aceptación dentro de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha de recepción de la propuesta de modificación. Las partes convienen que esta no-aceptación constituye una causa justificada de terminación. La no respuesta de EL CONTRATANTE en el plazo antes indicado se interpreta como aceptación de la modificación. Las modificaciones en ningún caso afectarán las reclamaciones que hayan sido sometidas con anterioridad a la fecha de la modificación.

7.9.3 Ninguna modificación al presente contrato tendrá validez sin la existencia de una Adenda o modificación mediante documento escrito, generalmente a través de un Endoso, mismo que deberá ser suscrito por EL CONTRATANTE y el Representante Legal o una persona debidamente autorizada de LA COMPAÑÍA. En consecuencia, ningún representante o intermediario está autorizado para suscribir en representación de LA COMPAÑÍA, ningún endoso, enmienda, cambio, modificación, supresión o adición a los términos del presente contrato y sus anexos.

7.9.4 LA COMPAÑÍA podrá modificar unilateralmente el presente Contrato, a fin de ajustarla a los requerimientos y condiciones estipulados en la Ley de Seguros de la República de Panamá y sus Normas Complementarias, previa

autorización de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de, caso en el cual LA COMPAÑÍA comunicará a EL CONTRATANTE sobre estas modificaciones con un plazo de por lo menos treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha de entrada en vigencia de las mismas.

7.10 Prestación de Servicios de Salud.

- 7.10.1 Las Partes declaran que la prestación de los servicios de atención a la salud de las personas cubiertas por el presente contrato, conforme las disposiciones establecidas en estas Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y sus anexos, es (son) responsabilidad exclusiva de la (las) prestadora (s) de servicios de salud contratadas y/o adscritas por LA COMPAÑÍA, y cuya relación contractual con LA COMPAÑÍA se encuentre vigente al momento en que el Asegurado requiere la prestación del servicio y en aquellos planes que expresamente contemplen reembolsos, las Prestadoras de Servicios de Salud no contratadas que cumplan los requisitos y condiciones establecidos en las Condiciones Particulares y sus anexos quien(es) actúa(n) con plena autonomía científica, técnica y administrativa.
- 7.10.2 En consecuencia de lo antes expuesto y en función de la naturaleza y el objeto del presente contrato, Las Partes reconocen que LA COMPAÑÍA no es ni será responsable de ningún acto, acción, omisión, falta, o negligencia de él (la) o (las) prestador(a)(s) que pudiera(n) causar o haber causado daños o perjuicios al Asegurado.
- 7.10.3 EL CONTRATANTE y El Asegurado consienten y autorizan a LA COMPAÑÍA dentro de sus funciones de gestión y administración de las coberturas de salud de los Asegurados, a modificar en cualquier momento, unilateralmente, sin necesidad de notificación previa el Directorio Medico, mediante las exclusiones e inclusiones de profesionales y establecimientos prestadores de servicios de salud que LA COMPAÑÍA entienda pertinente, renunciando expresamente EL CONTRATANTE y/o el Asegurado a interponer contra LA COMPAÑÍA cualquier acción judicial o extrajudicial por tales motivos.

7.11 Otros Seguros.

En caso de existencia de dos o más pólizas de salud, gastos médicos u hospitalización que cubran un mismo riesgo, el contratante y/o el asegurado tendrán la libertad de elegir cual póliza utilizar como seguro primario y el orden de participación de las pólizas restantes cuando la primaria no cubra los gastos médicos incurridos en su totalidad. Lo establecido en esta cláusula podrá aplicarse mediante la coordinación de beneficios con el hospital o a través de reembolso, en cuyo caso el contratante y/o el asegurado deberán cumplir con lo siguiente:

Coordinación de beneficios con el hospital:

- a) Presentar ante hospital el carnet de la póliza que desea utilizar como seguro primario.
- b) Informar al hospital sobre los otros seguros que tenga y el orden en que desea utilizarlos, en caso de que la póliza elegida como primaria no cubra los gastos médicos incurridos en su totalidad.
- c) El hospital deberá coordinar con ambas aseguradoras el pago del siniestro, las cuales lo cubrirán con base a sus respectivas políticas y coberturas.

Reembolso:

- a) Presentar ante el proveedor médico el carnet de la póliza que desea utilizar como seguro primario y pagar los gastos médicos incurridos que no hayan sido cubiertos por la misma.
- b) Presentar ante la póliza que desee utilizar como seguro secundario una copia de la hoja de liquidación del siniestro por parte del seguro primario y las copias de todas las facturas cubiertas y no cubiertas por el mismo.
- c) La aseguradora secundaria procederá a cubrir los gastos médicos incurridos que sean elegibles con base a sus políticas y coberturas.

El ASEGURADO no podrá beneficiarse de un doble pago por la misma factura, recibo o servicio cubierto por esta Póliza y por otro seguro de salud, gastos médicos u hospitalización que posea.

Las sumas que sean pagadas por esta póliza y por cualquier otro seguro en relación a un mismo evento no excederá en ningún caso el 100% del gasto incurrido.

7.12 Reclamaciones por Reembolsos.

- 7.12.1 El Asegurado cuyo plan contemple el pago por reembolsos deberá efectuar su reclamación dentro de los noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de recibido los servicios, a través de los formularios suministrados por LA COMPAÑÍA debidamente completados, acompañados de los soportes de pago y las facturas médicas, clínicas y hospitalarias en originales y de los resultados de los exámenes de diagnóstico, laboratorios y Rayos X, historias clínicas, resultados de exámenes de anatomía patológica y demás documentos que le sean requeridos por LA COMPAÑÍA.

Si la póliza fue utilizada en los Estados Unidos, el Asegurado deberá presentar en adición, facturas detalladas que contengan código de diagnóstico y código de procedimiento.

- 7.12.2 LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de examinar directamente al Asegurado que tuviese pendiente una reclamación cuando lo considere pertinente conforme lo previsto en el presente contrato, y en tal sentido el Asegurado se compromete en virtud del presente contrato a firmar todas las autorizaciones que sean necesarias para permitir a LA COMPAÑÍA la obtención de la historia clínica completa. LA COMPAÑÍA **no reconocerá las reclamaciones en aquellos casos en que las mismas estén incompletas o no se haya dado cumplimiento a lo establecido en el presente numeral.**
- 7.12.3 LA COMPAÑÍA **no reconocerá las reclamaciones que se efectúen fuera del plazo previsto en el punto 7.12 arriba citado y solo reconocerá las reclamaciones por reembolsos únicamente hasta las coberturas máximas previstas en el presente contrato.**
- 7.12.4 LA COMPAÑÍA solo reconocerá el monto de las reclamaciones en la medida en que los gastos reclamados sean usuales, razonables y acostumbrados (URA), y correspondan a servicios necesarios desde el punto de vista médico, por lo que LA COMPAÑÍA queda facultada en virtud del presente contrato, a disminuir el monto de las indemnizaciones o reclamaciones en la medida en que los costos reclamados no cumplan con estas condiciones. El Asegurado será responsable

de todo gasto o porción de gasto que no califique como costo URA.

- 7.12.5 El pago de reclamaciones y/o reembolsos por servicios prestados dentro y fuera de la República de Panamá se hará en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica.

7.13 Uso Racional de Servicios.

LA COMPAÑÍA solicita a os Asegurados tratar de llevar una vida que propicie la conservación de la salud y, entre otros, a usar los servicios de sus pólizas con criterios de economía y responsabilidad social, evitando usar los mismos en forma reiterativa, repetitiva, ni excesiva, sino conforme con sus necesidades reales de salud.

7.14 Subrogación.

- 7.14.1 Por medio del presente contrato el Asegurado consiente en traspasar a LA COMPAÑÍA de forma definitiva e irrevocable, los derechos y/o beneficios que durante la vigencia del mismo pudiera obtener frente a cualquier tercero, por haber este ocasionado al Asegurado, sea de manera intencional o no, alguna lesión o enfermedad, en aquellos casos en que los gastos derivados de la atención a las mismas hayan sido cubiertos por LA COMPAÑÍA en virtud del presente contrato, incluyendo cualquier gasto legal razonable que LA COMPAÑÍA haya podido erogar para la recuperación de estas sumas o montos de manos del tercero o del propio Asegurado.
- 7.14.2 En todo caso LA COMPAÑÍA tendrá la primera opción de cobro frente al tercero, y la de recobro de las sumas de manos del Asegurado en los casos en que las mismas hayan sido recaudadas por el mismo, hasta el monto pagado por LA COMPAÑÍA.
- 7.14.3 Es obligación del Asegurado realizar las gestiones y suscribir los documentos necesarios a fin de permitir a LA COMPAÑÍA a ejercer su derecho de subrogación y obtener el recobro, para lo que además el Asegurado consiente no entorpecer ni realizar actuaciones u omisiones que pudieran lesionar, disminuir, dificultar o imposibilitar el ejercicio del derecho de subrogación consagrado en el presente artículo, en beneficio de LA COMPAÑÍA y las gestiones de recobro y recuperación que en virtud de este derecho LA COMPAÑÍA pudiera interponer o realizar.

7.14.4 El Asegurado consiente que LA COMPAÑÍA realice las acciones judiciales o extrajudiciales necesarias para ejecutar los derechos cedidos en virtud del presente Artículo. De igual modo Las Partes convienen que cualquier monto o suma recuperada directamente por el Asegurado, deberán ser reembolsadas a LA COMPAÑÍA.

7.14.5 EL Asegurado manifiesta su consentimiento y se obliga a no suscribir ningún acuerdo, compromiso o cesión de derechos sin el consentimiento previo por escrito de LA COMPAÑÍA.

7.15 Otras Obligaciones a Cargo de EL CONTRATANTE y el Asegurado.

EL CONTRATANTE se compromete y obliga por medio del presente contrato a:

7.15.1 Presentar a LA COMPAÑÍA informaciones completas y veraces, en los formularios y demás documentos requeridos por LA COMPAÑÍA para la suscripción del presente contrato y sus documentos complementarios, entendiendo que cualquier declaración dolosa y/o equivoca ocasionará la pérdida de todos sus derechos y la nulidad de la póliza.

7.15.2 Poner en conocimiento a sus Asegurados de los términos y condiciones estipuladas en el presente contrato y de todas y cada una de las obligaciones que los Asegurados están asumiendo al aceptar la afiliación a LA COMPAÑÍA en virtud del presente contrato.

7.15.3 Pagar en tiempo oportuno y en las fechas las primas establecidas en las Condiciones Particulares y en los anexos correspondientes, en razón de la prestación de los servicios objeto del presente contrato y al amparo de las disposiciones contenidas en el mismo.

7.15.4 Respetar y cumplir con todas las disposiciones contenidas en el presente contrato, el cual estará compuesto por las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y anexos correspondientes.

Los Asegurados se comprometen a:

7.15.5 Presentar a LA COMPAÑÍA informaciones veraces y completas sobre su historia

clínica, estado de salud, y el de sus dependientes, y/o permitir el acceso de LA COMPAÑÍA a la misma.

7.15.6 Pagar a los prestadores de servicios de salud correspondientes, en la forma estipulada en el presente contrato y sus anexos, los montos correspondientes a deducible, coaseguros y cargos no elegibles, tales como: gastos que excedan lo usual, razonable y acostumbrado, reclamaciones expiradas y gastos por enfermedades pre-existentes no reconocidas.

7.15.7 Informar por escrito a LA COMPAÑÍA acerca de las fechas de nacimiento de sus hijos y cambio de residencia y de teléfonos, dentro de los treinta (30) días calendario luego de ocurridos estos hechos.

7.15.8 En caso de realización de procedimientos o servicios para cualquiera de los riesgos amparados por este contrato, el Asegurado tendrá la potestad de aceptar la contratación de servicios que no reúnan las calidades de gastos usuales, razonables y acostumbrados (URA), lo que acarreará que éste asuma el costo en exceso de dichos gastos.

7.15.9 Respetar y cumplir con todas las disposiciones contenidas en el presente contrato, el cual estará compuesto por las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y anexos correspondientes.

7.16 Sanciones por Incumplimiento: Reintegro de Gastos.

Sin perjuicio de las demás acciones que pudiere realizar LA COMPAÑÍA conforme los términos del presente contrato y las disposiciones legales vigentes, EL CONTRATANTE se compromete y obliga a reintegrar a LA COMPAÑÍA los gastos incurridos en pago de servicios en los casos siguientes:

7.16.1 En todos aquellos casos en que LA COMPAÑÍA haya efectuado pago por servicios de que hayan sido beneficiarios los Asegurados, sin que le correspondieran conforme los términos de estas Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y sus anexos.

7.16.2 Cuando el Asegurado haya presentado para fines de reclamación, datos, documentos o informaciones falsas o fraudulentas, o bien por haber hecho omisiones al suministrar la información.

7.16.3 Cuando se compruebe que el Asegurado ha sobrepasado los límites establecidos en las Condiciones Particulares, o que ha realizado un uso irracional de los Servicios, por cualquier otra causa imputable al Asegurado.

7.16.4 Cuando se compruebe que para fines de Afiliación o de ejecución del presente contrato, EL CONTRATANTE o los Asegurados presentaron informaciones falsas o engañosas sobre su estado de salud o el de sus dependientes.

7.16.5 Cuando como resultado de la pérdida del carné de uno o varios Asegurados, o de la no devolución del mismo en los casos de terminación, terceros hayan hecho uso indebido o fraudulento de los mismos, y se compruebe que el Asegurado o EL CONTRATANTE incumplió con su obligación de informar a LA COMPAÑÍA acerca de la pérdida del carné.

7.16.6 Cuando se compruebe que el Asegurado ha permitido, por acción, complicidad u omisión el acceso a terceros no Asegurados a los Servicios previstos en el presente contrato.

7.16.7 Cuando el Asegurado haga uso de los servicios excluidos conforme lo indicado en la Cláusula de Exclusiones del presente contrato.

7.16.8 EL CONTRATANTE deberá hacer efectivo estos reintegros, dentro de un plazo de treinta (30) días calendario, contado a partir de la fecha en que LA COMPAÑÍA le notifique el reclamo por cualquiera de las causas antes enunciadas.

7.17 Vigencia del Contrato.

El presente contrato tendrá una duración de un (1) año. No obstante, lo anterior, si con no menos de treinta (30) días de antelación a la fecha de vencimiento del contrato, EL CONTRATANTE o LA COMPAÑÍA no manifiestan por escrito su decisión de no prorrogarlo, el contrato se renovará automáticamente por un término igual al inicialmente pactado. De igual manera procederá la renovación automática en los casos sub-siguientes, esto sin perjuicio de las causas de terminación establecidas en el presente Contrato. Las renovaciones deberán ser enviadas a EL CONTRATANTE o Asegurado por LA COMPAÑÍA con un periodo no menor a treinta

(30) días calendario antes de la entrada en vigencia, una vez comprobado que EL CONTRATANTE o Asegurado haya cumplido con el pago completo de la prima del periodo anterior.

7.18 Período de Gracia y Suspensión de Cobertura.

7.18.1 Periodo de Gracia.

Si la prima no se recibe antes de o en la fecha de pago, según señalan las Condiciones Particulares de esta póliza, LA COMPAÑÍA concederá a EL CONTRATANTE un periodo de gracia de treinta (30) días calendario para recibir el pago correspondiente.

7.18.2 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 Periodo de Gracia en el pago de alguna de las fracciones de prima subsiguientes conforme al calendario o formas de pago establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, LA COMPAÑÍA procederá a suspender la cobertura de la póliza por un periodo de sesenta (60) días. La suspensión se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la prima adeudada durante ese periodo o hasta que la póliza sea cancelada.

Durante la suspensión de cobertura, se mantiene la obligación de pago por parte de EL CONTRATANTE quien deberá para fines de reingreso o reinserción, pagar las cuotas vencidas, las cuales continúan acumulándose durante la suspensión.

7.18.3 Se producirá la suspensión parcial, es decir respecto a uno o varios de los Asegurados, en caso de reporte o notificación por parte de una Prestadora de Servicios de Salud o del personal de LA COMPAÑÍA de mal comportamiento, conducta y acciones impropias en las instalaciones de cualquier Prestadora de Servicios de Salud afiliada, o cualquiera de las oficinas de LA COMPAÑÍA o sus agentes y relacionados así como por el uso abusivo o fraudulento de los carnés o cualquier otra actividad o actuación realizada por el Asegurado que afecte la imagen, reputación, prestigio y buen nombre de LA COMPAÑÍA, hasta tanto se realice una investigación definitiva sobre el caso.

7.18.4 En el caso de que LA COMPAÑÍA haya terminado el contrato unilateralmente por causas distintas a las citadas en los dos acápites anteriores se podrá realizar la solicitud de reingreso en los casos siguientes: i) por suspensión total, si EL CONTRATANTE se ha puesto al día en el pago de las tarifas; ii) por suspensión parcial si se ha demostrado la falta de responsabilidad del Asegurado suspendido. A tales fines se deberá presentar las nuevas pruebas y requisitos exigidos por LA COMPAÑÍA para el reingreso, sin menoscabo de las prerrogativas que tiene LA COMPAÑÍA de reservarse el derecho de aceptar o rechazar todo nuevo ingreso, así como el derecho de aplicar cargos por reingresos cuando se re establece el servicio.

7.18.5 Todo reingreso o reinserción para considerarse como tal, debe ser solicitada por EL CONTRATANTE o el Asegurado suspendido dentro de los treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en que se originó la suspensión del contrato. En caso contrario se considerará como un nuevo Asegurado y su reinserción o reingreso estará sometida a los requisitos de una nueva afiliación. El reingreso o reinserción, surtirá efecto a partir de los cinco (5) días laborables en que haya cesado la causa que le dio origen. En ningún caso se considerará que el reingreso o reinserción modifica la fecha de vigencia ni de año contractual.

7.19 Terminación por Morosidad y Aviso De Cancelación.

Las notificaciones por Morosidad y Aviso de Cancelación por incumplimiento o morosidad por parte de EL CONTRATANTE o Asegurado se enviarán a la última dirección que aparezca registrada en los archivos de LA COMPAÑÍA, con copia al corredor de seguros, si hubiere y con una antelación de quince (15) días hábiles.

Una vez transcurrido el Periodo de Suspensión y envío del Aviso de Cancelación, se entenderá que la póliza está cancelada de plenos derechos y LA COMPAÑÍA no tendrá obligación alguna con EL CONTRATANTE o Asegurado a partir de este momento.

En caso que LA COMPAÑÍA no haga la notificación del Aviso de Cancelación a EL

CONTRANTE o Asegurado de conformidad con la ley vigente, el contrato de seguros subsistirá y se aplicará lo que dispone el Artículo 998 del Código de Comercio o las leyes que lo reformen o modifiquen.

7.20 Causales de Terminación.

Las Partes convienen que este Contrato podrá ser terminado:

7.20.1 Por EL CONTRATANTE: en cualquier momento, notificando por escrito a LA COMPAÑÍA con un plazo de por lo menos treinta (30) días calendario de anticipación.

7.20.2 Por LA COMPAÑÍA, mediante notificación por escrito a EL CONTRATANTE con un plazo de por lo menos treinta (30) días calendario de anticipación, cuando se demuestre o LA COMPAÑÍA reciba información de que el Asegurado no es elegible para los beneficios del presente contrato al no residir dentro del territorio de República Panamá, y este no haber solicitado la debida autorización para fines de cobertura por parte de LA COMPAÑÍA.

7.20.3 Por LA COMPAÑÍA, en cualquier momento, quien podrá poner término a su relación contractual frente a uno o varios de los Asegurados, de pleno derecho y sin necesidad de intervención judicial alguna, en los siguientes casos:

- En caso de que EL CONTRATANTE notifique la exclusión del Asegurado.
- Por incumplimiento de la obligación de pago de las tarifas a cargo de EL CONTRATANTE. En caso de que fuere necesario, LA COMPAÑÍA ejercerá las acciones legales que fueren pertinentes para el cobro de las sumas adeudadas.
- Por incumplimiento de las obligaciones de reintegro de gastos a cargo de EL CONTRATANTE, estipuladas en el presente contrato.
- Por incumplimiento de cualquiera de las obligaciones a cargo de EL CONTRATANTE establecidas en las presentes Condiciones Generales, en las Condiciones Particulares y sus

Anexos, o de acuerdo a las disposiciones legales vigentes.

- Por la comprobación de declaraciones falsas o inexactas en lo que concierne a la identidad, peso o estatura, edad o condición de salud, o cualquier otra información que le sea requerida por LA COMPAÑÍA durante el trámite para el ingreso de los Asegurados o durante la ejecución del presente contrato; o por la omisión de información relativa a su estado de salud, tales como condiciones pre-existentes o enfermedades congénitas, u otras informaciones que le hayan sido requeridas a EL CONTRATANTE y al Asegurado por LA COMPAÑÍA al momento de su Afiliación o durante la vigencia del presente contrato, y por la violación a las demás obligaciones de información establecidas en el presente contrato.
- Cuando el Asegurado haya realizado, o haya permitido, sea por descuido, negligencia, omisión o complicidad un uso Abusivo o de mala fe del Carné de Afiliación o de los servicios a que tiene derecho como Asegurado, entendiéndose como uso abusivo o de mala fe, de manera enunciativa y no limitativa, lo siguiente:
 - Solicitar u obtener para sí servicios o prestaciones que no sean necesarios, haciendo un uso irracional de los servicios.
 - Permitir sea por préstamo del Carné o por otras actuaciones u omisiones, a terceros distintos al Asegurado, el obtener servicios o prestaciones, u obtener autorizaciones, habiendo alterado o no para ello el Carné de Afiliación o documento de identificación.
 - Por presentar informaciones falsas u ocultar informaciones en las reclamaciones para reembolsos, así como documentos con alteraciones y sin fechas.
 - Por incluir como dependientes Asegurados, personas que no cumplen las condiciones para ser reconocidos como tales.

- Por incumplimiento de cualquier de las obligaciones puestas a su cargo, en el presente contrato.

7.20.4 Si la cancelación de este contrato fuera solicitada por LA COMPAÑÍA, la devolución de la tarifa no consumida se hará a prorrata deduciendo a esta el valor de cualquier reclamación incurrida durante el periodo de vigencia que se está aplicando la cancelación. Si la cancelación de este contrato la solicita EL CONTRATANTE, LA COMPAÑÍA devolverá la tarifa no consumida en base a la tabla de devoluciones que esté vigente en el momento de la cancelación, menos el valor de cualquier reclamación por servicios incurridos durante ese periodo.

7.20.5 En caso que después de la fecha de terminación de la cobertura se produjere (n) o se haya (n) producido o estén en curso hospitalización (es), LA COMPAÑÍA pagará los gastos correspondientes a esta o cualquier otro servicio médico, solo hasta el último día en que el contrato permanezca vigente.

7.21 Informaciones Confidenciales.

7.21.1 EL CONTRATANTE y los Asegurados se obligan por medio del presente contrato a suministrar, y expresamente autorizan a cualquier Prestadores de Servicios de Salud a facilitar -a solicitud de LA COMPAÑÍA - los informes o documentos relacionados con el diagnóstico y los servicios suministrados a cualquiera de sus Asegurados.

7.21.2 De igual modo se obligan a suscribir los documentos y autorizaciones adicionales que a tales fines le requieran los Prestadores de Servicios de Salud. LA COMPAÑÍA se compromete a mantener esos Informes y documentos con carácter estrictamente confidencial y por tanto se obliga a no revelar o divulgar los mismos a ninguna persona o tercero, salvo que se vea compelido u obligado legalmente.

7.22 Acciones.

7.22.1 Las acciones derivadas del contrato de seguro, prescribirán de acuerdo a la ley vigente.

7.22.2 Por otra parte, los Asegurados no podrán iniciar acciones legales, instancias, demandas u otras acciones judiciales o extrajudiciales en reclamo de sus derechos antes de transcurrir noventa (90) días calendario después de haber suministrado prueba escrita del servicio que da origen a la reclamación. Esto para permitir a LA COMPAÑÍA disponer de la documentación necesaria para atender el reclamo. Las Partes convienen que las acciones o reclamaciones que se hicieren obviando esta disposición legal, se consideraran como no realizadas.

7.23 Cesión.

Este contrato se firma en consideración de la persona de EL CONTRATANTE y de cada uno de los Asegurados, por lo que no podrá ser cedido ni en todo ni en parte a favor de ninguna otra persona sin el consentimiento por escrito de LA COMPAÑÍA.

7.24 Exclusión de Relación Laboral o Comercial.

Nada de lo estipulado en este contrato crea relaciones de trabajo, asociación, vinculaciones económicas, ni de ninguna otra índole entre Las Partes. Este es un contrato de servicios puro y simple, por lo que Las Partes no quedan vinculadas de ninguna de las formas antes indicadas.

7.25 Ley y Jurisdicción Aplicable.

Las partes se someten a las normas, leyes y jurisdicción de los Tribunales de la Ciudad de Panamá, para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución del presente contrato.

7.25.1 Solución de Conflictos.

No obstante, lo indicado el punto anterior, las partes podrán convenir, de mutuo acuerdo someter sus controversias a arbitraje, si lo consideran conveniente a sus intereses.

7.26 Clausulas.

En caso de que alguna disposición de este contrato fuere considerada ilegal o carente de validez, tal ilegalidad o invalidez no afectará la validez o la ejecutoriedad de ninguna otra parte de este contrato, el cual será interpretado como si tal disposición o disposiciones ilegales o inaplicables no se hubieran insertado, a menos que la eliminación de tal porción ilegal o inaplicable destruyere el propósito subyacente del objeto del mismo.

7.27 Reglas de Interpretación.

Las Condiciones Particulares y sus anexos priman sobre las Condiciones Generales del contrato, y este a su vez tendrá primacía sobre cualquier otro documento o comunicación suscrita por una de Las Partes. Siempre que en este contrato figure un pronombre personal en el género masculino, se considerara que incluye también el género femenino, a menos que el contexto indique claramente lo contrario.

7.28 Normas Supletorias.

Para todo lo que no esté previsto en este contrato se aplicarán las leyes vigentes y disposiciones legales que rigen la materia.

7.29 Ley de las Partes.

En caso de acción judicial iniciada como consecuencia de la ejecución del presente contrato, Las Partes reconocen y aceptan la competencia de los tribunales de sus respectivos domicilios dentro del territorio de la República de Panamá.

7.30 Moneda.

Se conviene que todos los pagos que EL CONTRATANTE deba hacer a LA COMPAÑÍA o los que ésta tenga que hacer por reclamaciones o cualquier concepto sobre este contrato, deberá efectuarse en la moneda indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, conforme a la Ley monetaria vigente.

7.31 Información Crediticia.

El Asegurado y/o EL CONTRATANTE consienten que LA COMPAÑÍA pueda investigar y/o suministrar a los centros de información crediticia toda la información relacionada con su historial crediticio, así como la derivada de la experiencia del manejo de su crédito con motivo de esta póliza.

7.32 Protección de Datos.

7.32.1 El Asegurado o EL CONTRATANTE consienten que los datos que se obtengan en virtud de este contrato pasarán a formar parte de un archivo propiedad de LA COMPAÑÍA y cuya finalidad es la gestión de la presente relación de negocios, así como un fin de administración operativa, estadístico y de evaluación de riesgos.

7.32.2 El Asegurado y/o EL CONTRATANTE quedan informados y consienten que sus datos puedan ser utilizados por LA COMPAÑÍA para la contratación o aplicación a otros productos y servicios de la entidad, así como para el envío de ofertas

comerciales, productos o servicios relacionados con su actividad comercial.

7.33 Encabezados.

Las Partes acuerdan que los encabezados, números de párrafo y otras designaciones están hechos solamente a modo de organización del presente Contrato, y en ningún caso serán usados para interpretar o determinar el significado o alcance de los términos, palabras o frases del mismo.

7.34 Elección de Domicilio y Notificaciones.

7.34.1 Las Partes hacen elección de domicilio para las notificaciones, actos, documentos, informes y cualesquiera otros escritos a comunicar, en sus respectivos domicilios sociales que se indican en las Condiciones Particulares. Para los efectos de esta póliza y los beneficios que ésta ofrece, el Asegurado Principal deberá al momento de contratar este seguro y posteriormente, residir de forma habitual y permanentemente dentro de la República de Panamá. La falta de cumplimiento de esta condición acarreará la cancelación de la póliza sin derecho a que el Asegurado tenga reclamación alguna contra LA COMPAÑÍA.

Se fija como domicilio de las partes, la República de Panamá.

7.34.2 El Asegurado y/o EL CONTRATANTE, su corredor de seguros, en caso de que aplique y LA COMPAÑÍA, dan validez a las comunicaciones realizadas a través del correo electrónico, siempre que sea posible su impresión y las respectivas direcciones se hagan constar en un endoso, o con la sola aprobación por parte de LA COMPAÑÍA.

7.34.3 EL CONTRATANTE está obligado a informar por escrito a LA COMPAÑÍA acerca de cualquier cambio de dirección o domicilio, respecto a la establecida en el preámbulo del presente contrato. En caso de no cumplir con esta obligación EL CONTRATANTE exime a LA COMPAÑÍA de cualquier responsabilidad que existiere por el envío de correspondencia, comunicaciones y notificaciones al domicilio o dirección establecida en el preámbulo del presente contrato.

7.35 Anexos.

Las Partes declaran y hacen constar que forman parte integral del presente contrato los siguientes documentos:

- a. Solicitud de Afiliación firmado por El Asegurado y EL CONTRATANTE
- b. Contrato y Condiciones Generales firmada por EL CONTRATANTE y LA COMPAÑÍA.
- c. Las Condiciones Particulares incluyendo endosos y anexos correspondientes.
- d. Los exámenes médicos, pruebas de diagnóstico y/o las pruebas de laboratorio para la evaluación de ingresos, en los casos que aplique.
- e. Los demás documentos y comunicaciones que se originen en ocasión del contrato y las reclamaciones.

7.36 Modificaciones.

Todas las modificaciones o Endosos a esta póliza deberán ser firmados por un funcionario autorizado de La Compañía.

7.37 Rehabilitación.

Esta Póliza podrá rehabilitarse única y exclusivamente, cuando se haya cancelado por morosidad y se cumplan los siguientes requisitos:

- a. Cuando EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO Principal notifique por escrito su intención de rehabilitar la póliza a LA COMPAÑÍA dentro de un plazo no mayor a treinta (30) días a partir de la fecha de la realización de la cancelación de la misma.
- b. Cuando EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO paguen el total de las primas adeudadas a LA COMPAÑÍA.
- c. Cuando EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO remitan la solicitud de Rehabilitación debidamente completada y firmada a LA COMPAÑÍA dentro de un plazo máximo de noventa (90) días calendarios, contados a partir de la fecha de cancelación de la póliza.
- d. Cuando EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO paguen la prima que señale LA COMPAÑÍA para la reinstalación, si esta se diera.

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de aprobar o no la solicitud de rehabilitación. La rehabilitación de la Póliza se considerará solamente después de recibir prueba de buena salud de las personas aseguradas bajo la póliza original. LA COMPAÑÍA notificará su

aprobación o negación por escrito al CONTRATANTE y/o ASEGURADO. El CONTRATANTE y/o ASEGURADO y LA COMPAÑÍA tendrán los mismos derechos que existían antes de la fecha de cancelación por morosidad, sujeto a cualquier endoso que se adjunte a la póliza como resultado de tal reinstalación.

Artículo 8. Exclusiones.

Bajo las condiciones convenidas entre Las Partes en virtud del presente contrato, quedan establecidas las siguientes exclusiones a los servicios y coberturas indicados anteriormente:

1. El plan no cubrirá los gastos médicos relacionados con una enfermedad, condición o lesión existente al momento de la fecha de entrada en vigencia del (de la) Asegurado (a), tal como se establece en el Artículo de ‘Definiciones’ para enfermedades, condiciones y lesiones preexistentes, salvo los casos en que haya sido aprobada por escrito por LA COMPAÑÍA. Esta exclusión no aplica para los Asegurados que cumplan con lo establecido en el artículo de “Servicios y Coberturas”, acápites “Recién nacido con problemas” y “Enfermedades congénitas y hereditarias”.
2. Lesiones o enfermedades adquiridas a consecuencia de actos de guerra, terrorismo, revoluciones, energía atómica o nuclear, radiación ionizada, contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear (desecho, quema de combustible, entre otros), y fenómenos catastróficos de la naturaleza, así como las que resulten de la participación activa o sean producto de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, manifestaciones y actividades políticas, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, actos destinados a influir mediante el terrorismo o la violencia, desórdenes obrero-patronales, huelgas, alborotos populares, alteraciones del orden público o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado y todas las otras situaciones semejantes a las anteriormente descritas y todas las acciones dirigidas para evitarlas o contenerlas.
3. Tratamientos por lesiones o enfermedades durante la prestación del servicio militar.
4. Todo tratamiento y cirugía con fines estéticos, a no ser que hayan sido médicamente prescritos por el (la) prestadora de servicio de salud y/o médico especialista correspondiente, y previamente aprobados por LA COMPAÑÍA, excepto aquellos

servicios que sean requeridos como consecuencia de un accidente cubierto bajo el presente contrato póliza.

5. No se cubrirán gastos para la modificación de peso, o cualquier tratamiento o servicio de hospitalización, quirúrgico o ambulatorio (incluyendo la obesidad mórbida), incluyendo el anillo o cualquier tipo de cirugía bariátrica o como se le llame, incluyendo el bypass gástrico, bypass (desvío) intestinal, gastrosplastía con banda gástrica, *biliopancreatic diversion* (diversión bilio-pancreática), *swicht duodenal* o reducción de estómago o grapado, entre otras.
6. Enfermedades a consecuencia del uso o adicción a las drogas, estupefacientes o alcoholismo, así como las lesiones por accidentes que se produzcan en situación de embriaguez o bajo la influencia de las drogas.
7. Daños Intencionales. Ningún servicio estará cubierto cuando se derive de un intento de suicidio, o cuando se trate de daños autoinfligidos participación en actos ilegales, participación en reyertas, pleitos o ajuste de cuentas donde el Asegurado es el iniciador.
8. Enfermedad y Trastorno mental. Ningún beneficio o servicio incluyendo servicios psiquiátricos estarán cubiertos con respecto a enfermedades y trastornos mentales, excepto como se indica en el Artículo No.6 ‘Servicios y Coberturas’ y hasta el sublímite indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares.
9. Cualquier condición, anomalía o enfermedad congénita o hereditaria, excepto como se indica en el Artículo No.6 ‘Servicios y Coberturas’, y hasta el sublímite indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares.
10. No serán cubiertos los servicios relacionados a problemas de aprendizaje, desarrollo tardío, desórdenes de conducta, problemas de comportamiento y del déficit atencional.
11. Enfermedades de transmisión sexual, tales como Enfermedades venéreas, el Virus del Papiloma Humano (VPH), SIDA, enfermedades relacionadas con el SIDA, enfermedades relacionadas con los anticuerpos VIH (seropositivo). Para enfermedades relacionadas con el SIDA y VIH, solamente tendrán cobertura aquellos contratos que así lo indiquen en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares.

12. Ningún servicio será cubierto para el cuidado o tratamiento de la calvicie y la pérdida del cabello, incluyendo pelucas, trasplantes de cabello, o cualquier medicamento que haga crecer el cabello, sea prescrito o no por un médico.
13. Servicios y tratamientos relacionados con infertilidad masculina y femenina. Métodos anticonceptivos y control de la natalidad, incluyendo esterilización, reversión de una esterilización.
14. Tratamiento o cirugía para optar un cambio de sexo o tratamientos de disfunción sexual. En este último caso se exceptúan los tratamientos o cirugías para mejorar o para restaurar una función sexual, cuando dicho problema exista como consecuencia de una enfermedad orgánica o causada por un accidente, y en esa circunstancia se cubrirá únicamente el primer procedimiento o paso del tratamiento.
15. Tratamientos de crio-preservación o crio-genéticos, o de implantación o reimplantación de células vivas.
16. Tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido o aprobado para la condición indicada, o que sea considerado experimental para investigación, o no aprobado para uso general por la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos de América (FDA).
17. Aborto en República de Panamá y en los países en que su realización esté prohibida conforme la legislación vigente sobre los abortos provocados.
18. Gastos incurridos por servicios de custodia, cuidado de la salud en el hogar (incluyendo equipos), enfermera en el hogar, o servicios proporcionados por un centro o institución de convalecencia, centros de rehabilitación, hospicios, spas, hidro clínicas, asilos u hogar de ancianos, u otra institución similar, aun cuando el paciente requiera tal internamiento, o aun cuando un médico lo haya certificado como necesidad médica. Se exceptúan los gastos incurridos como se indica en el Artículo No.6 'Servicios y Coberturas' para el beneficio de 'Cuidados de Salud en el Hogar', y hasta el sublímite indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares.
19. Servicios prestados por un médico miembro de la familia del Asegurado o pariente cercano tal como se define en este contrato, o por el mismo Asegurado, así como cualquier otro tratamiento recibido en una entidad perteneciente a, o relacionada con cualquiera de las personas citadas.
20. Servicios médicos prestados por profesionales de la salud que no sean doctores en medicina, o que sean practicados por un paramédico, a menos que se determine lo contrario en este contrato; servicios o tratamientos relacionados con una condición médica que no le compete en la práctica de la especialidad médica del proveedor que brinda el servicio o atención médica. Se exceptúan el personal de enfermería o médicos pasantes debidamente licenciados, y los terapeutas en los casos medicamente necesario.
21. Medicamentos Ambulatorios. En los casos en que el plan no lo contemple no estarán cubiertos los medicamentos ambulatorios en República de Panamá. De ningún modo serán cubiertos los medicamentos no prescritos ni aquellos que excedan la cantidad razonable para el tratamiento. Tampoco se cubrirán los medicamentos no aprobados por la *U. S. Food and Drug Administration* (FDA). Medicamentos que pueden obtenerse sin receta o de venta libre.
22. Están excluidos los servicios electivos los primeros dos (2) meses calendario a partir de la fecha de entrada en vigencia del Asegurado.
23. Complicaciones. No se cubrirá ninguna complicación resultante de un tratamiento médico o cirugía relacionada con cualquier enfermedad, accidente, o condición que esté excluida en el plan seleccionado bajo el presente contrato, o que se haya producido a partir de un procedimiento que no haya sido cubierto por LA COMPAÑÍA.
24. Gastos incurridos por acompañantes de un Asegurado mientras éste se encuentre hospitalizado.
25. Queratotomía, y cualquier cirugía o suministro para corregir los defectos de refracción visual ni equipos auditivos. Suministro de anteojos y/o lentes, diagnóstico, seguimiento y tratamiento quirúrgico del queratocono, y exámenes especializados para el estudio de defectos de refracción visual, y complicaciones derivadas de la corrección de la miopía, la hipermetropía y astigmatismo, cirugía facorefractiva, ni la cirugía refractiva personalizada.
26. Servicios Dentales. Los servicios dentales no estarán cubiertos a menos que los mismos sean requeridos como consecuencia de un accidente cubierto por el plan seleccionado dentro de las coberturas definidas en el presente contrato.

Exceptuando las coberturas opcionales para tratamiento dental, que pudiera contratar EL CONTRATANTE y/o Asegurado.

27. Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena, y que sean declaradas por las autoridades locales de salud o por la Organización Mundial de Salud –OMS- como epidemias.
28. Tratamientos para los desórdenes del sueño, entendiéndose por estos: insomnio, narcolepsia, síndrome de las piernas inquietas, parasomnias y disomnias (exceptuando la apnea del sueño).
29. Trasplantes de órganos. No serán cubiertos los beneficios para cualquier tratamiento, procedimiento, cirugía, servicio o insumo:
 - a) Requerido para el tratamiento de, o como resultado de, cualquier forma relacionada a una condición preexistente.
 - b) Suministrado como resultado de, o de cualquier forma relacionado con un trasplante no específicamente listado como un trasplante cubierto; o que no haya sido aprobado previamente por LA COMPAÑÍA; o para el cual no se ha realizado la precertificación; o que no sea utilizada la red creada para estos fines.
 - c) Considerado experimental o investigativo.
 - d) Suministrado cuando existan tratamientos alternativos o procedimientos, igualmente efectivos, y disponibles para el paciente, para tal condición o enfermedad causante del trasplante efectuado.
 - e) Aquel en el cual el receptor es provisto de un trasplante con equipos artificiales o mecánicos, o artefactos designados para reemplazar órganos humanos; o en los cuales el donante es un donante animal.
 - f) Suministrado por un segundo procedimiento de trasplante que sigue a un trasplante inicial fallido, que fue efectuado con anterioridad a la fecha de Inicio de vigencia del Asegurado bajo este contrato.
 - g) Suministrado como el resultado de un tratamiento, procedimiento o servicio relacionado con un trasplante, si tal trasplante es requerido para el tratamiento de una condición congénita, incluyendo un desorden o defecto genético, excepto como se indica en el Artículo No.6 ‘Servicios y Coberturas’ para los casos congénitos de Asegurados que nacen con la cobertura automática, derivados de una maternidad que haya sido cubierta por LA COMPAÑÍA, y hasta el sublímite indicado en

el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares.

- h) Requerido como el resultado de una complicación que se manifieste después de que se haya realizado un procedimiento de trasplante o infusión de médula ósea cubierto LA COMPAÑÍA, a menos que LA COMPAÑÍA determine que tal complicación ha sido el resultado directo o inmediato del procedimiento de trasplante, y no ha sido causado por una enfermedad subyacente o condición del paciente.
30. Cualquier tipo de prótesis y dispositivo de corrección designados para sustituir la función de un órgano del cuerpo, que no sean quirúrgicamente necesarios.
31. Atención médica o tratamientos ocasionados exclusivamente con fines de diagnóstico, o por chequeo médicos generales o de rutina, a no ser que el médico certifique que el tratamiento o servicio es médicamente necesario. Esto incluye vacunas, inyecciones, emisión de certificados, exámenes médicos de aptitud para empleo, viaje o estudios, etc. Se exceptúan los servicios de rutina ofrecidos como ‘Chequeo Ejecutivo’ y que está relacionado con la medicina preventiva, indicado en el Artículo No.6 ‘Servicios y Coberturas’ y hasta el límite indicado en el Cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares del contrato. Exceptuando las consultas del recién nacido sano y las vacunas hasta los 7 años de edad en la República de Panamá.
32. No se pagará ningún servicio o beneficio que esté relacionado con una enfermedad, secuela, lesión o condición preexistente, tal como se describe en el Artículo ‘Definiciones’ de este contrato.
33. Deficiencia de los pies. No será cubierto ningún servicio quiropráctico, podiátrico y/o cirugía ortopédica por cuidado de los pies relacionados con callosidades, pies planos, arcos débiles, pies débiles, hallux valgus, verrugas plantares, fascitis plantar, dedo en martillo, neuroma de Morton, juanetes, pie zambo, aplicaciones de zapatos especiales o cualquier deficiencia similar. Se exceptúan los servicios por deficiencia de los pies, indicado en el Artículo No. 6 “Servicios y Coberturas” y hasta el límite indicado en el cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares del contrato.
34. Tratamientos de Mandíbula. Ningún servicio será cubierto con relación a tratamiento por cualquier método de problemas de acoplamiento mandibular, incluyendo Síndrome de

Acoplamiento Temporomandibular y Desórdenes Cráneo-mandibular, y cualquier otra condición de deficiencia mandibular relacionada con músculos, nervios y tejidos de la mandíbula.

35. Todos los gastos en general que no sean médicamente necesarios o recomendados por un médico para la recuperación de la salud del Asegurado en las condiciones establecidas en el presente contrato.
36. Tratamientos de acupuntura o tratamientos realizados por médicos naturistas u homeopáticos, y otros métodos de tratamientos alternativos.
37. Lesiones sufridas como consecuencia de la práctica profesional de cualquier tipo de deporte y deportes peligrosos, o aquellas lesiones sufridas como consecuencia de la práctica de cualquier deporte cuando se haga en representación oficial de alguna institución.
38. Accidentes que sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
39. Lesiones sufridas como consecuencia de la práctica de actividades y/o deportes por la irresponsabilidad, desconocimiento o por circunstancias agravantes que exponen la vida y la salud del Asegurado.
40. Lesiones a consecuencia de transporte por avión cuando las naves no están registradas ni autorizadas para el transporte de pasajeros, salvo que en este caso el Asegurado sea piloto, operador o miembro de la tripulación debidamente certificado por la autoridad competente, y que así lo haya notificado previamente a LA COMPAÑÍA para la valoración correcta del riesgo, y que haya sido aprobada por esta.
41. Cargos incurridos por servicios, cirugías, tratamientos o suplementos que son:
 - a) Experimentales o con fines de investigación.
 - b) Relacionados con medicina genética o pruebas genéticas, incluyendo la amniocentesis, investigación genética y el asesoramiento genético.
42. Gastos de aires acondicionados, humectantes, purificadores de aire, bolsas de agua, enemas, equipos de hospital, o equipos similares a estos para ser utilizados por fuera de una institución clínica u hospitalaria, exceptuando aquellos que han sido previamente aprobados por LA COMPAÑÍA para la cobertura de Cuidados de Salud en el Hogar y Equipo Médico Duradero,

incluidos en el Artículo No. 6 “Servicios y Coberturas” y hasta el límite indicado en el cuadro de Coberturas de las Condiciones Particulares del contrato.

43. Servicios prestados por el estado u otra organización o institución médico-asistencial que no exija pago alguno.
44. Tratamiento que exceda los gastos usuales, razonables y acostumbrados, o que no sea médicamente necesario, o tratamiento recibido bajo hospitalización que pudo recibirse de manera ambulatoria, o el cual no hubiese sido suministrado de no existir este contrato; o por el cual no se han hecho cargos o no han sido facturados y pagados; o por el que un Asegurado no está legalmente obligado a pagar.
45. Cualquier reclamo o gasto incurrido por tratamiento, servicio o suministro proporcionados en países o por, o para beneficio de personas y/o compañías, que estén sujetos a restricciones comerciales, sanciones económicas o políticas, y/o embargos impuestos por el gobierno de los Estados Unidos de América, o por cualquiera de sus agencias o dependencias
46. Llamadas de larga distancia, a teléfonos celulares, comidas extras, cualquier elemento de uso personal, tales como, pero sin limitar, toallas higiénicas, pañales, jabones, biberones, servicio de cafetería y demás servicios no amparados expresamente en internamiento.
47. El servicio de ambulancia siempre y cuando el mismo haya sido contratado de forma directa o privada, quedando excluido siempre el servicio de ambulancia marítima.

Artículo 9. Exclusiones Temporales

Bajo las condiciones convenidas entre Las Partes en virtud del presente contrato, quedan establecidas las siguientes exclusiones a los servicios y coberturas indicados anteriormente:

Cuatro (4) años continuos de vigencia bajo este contrato para ser diagnosticado de estar infectado con el Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH-, o el diagnóstico de Síndrome de Inmunodeficiencia Humana –SIDA-. En caso de que el diagnóstico se reciba antes del plazo de cuatro años, la cobertura quedará sin efecto tal y como se indica en el numeral 6.16 de este contrato.

EL CONTRATANTE después de haber completado los trámites y requisitos necesarios, por medio de este Contrato, consiente en afiliar a sus Afiliados o

Beneficiarios y sus Dependientes, como Beneficiarios de los Servicios incluidos en los Planes de LA COMPAÑÍA, conforme se establecen en las Condiciones Generales, Particulares y Anexos que forman parte integrante de este Contrato póliza. EL CONTRATANTE declara tener capacidad legal para

la suscripción del presente Contrato póliza, y haber leído y examinado el mismo y sus Anexos y, manifiesta su total aceptación y conformidad con su completo contenido por lo que, consiente en firmar y sellar conforme se hace constar a continuación.

**Por:
UniVivir Seguros, S.A.**

En constancia de lo antes escrito se firma en la República de Panamá, dos originales del presente Contrato, a los días del mes de _del año _.

ANEXO No. 1 SEGURO DE VIDA

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada en esta cobertura al (a los) beneficiario (s) designado(s), por el Asegurado, o a falta de esta designación, a sus herederos legales.

1. **Elegibilidad.** Serán elegibles para esta cobertura los Asegurados cuya edad mínima de ingreso sea dieciocho (18) años, edad máxima de ingreso sesenta y cinco (65), y edad máxima de permanencia al cumplir el Asegurado la edad de setenta y cinco (75) años, fecha en la que la cobertura terminará de forma automática.

2. **Disputabilidad.** Esta cobertura podrá ser disputable por omisión e inexacta declaración de los hechos que sirvieron de base para la expedición de la misma, para su rehabilitación, para la inclusión de un Asegurado o para otorgar un incremento en el límite contratado. La disputabilidad aplica durante los primeros dos (2) años de emisión del contrato, de su última rehabilitación, de la inclusión de un Asegurado, o del incremento del límite contratado.

La cobertura quedará automáticamente rescindida en caso de que LA COMPAÑÍA obtenga pruebas de omisión o inexacta declaración de los hechos que sirvieron de base para la expedición de la misma, para su rehabilitación, para la inclusión de un Asegurado o para el otorgamiento del incremento en el límite contratado, limitándose la responsabilidad de LA COMPAÑÍA a devolver la prima.

2.1 **Definición Disputabilidad.** Es la facultad que tiene LA COMPAÑÍA de rescindir de esta cobertura dentro de un plazo determinado, en caso que el Asegurado y/o EL CONTRATANTE incurra en omisiones e inexactas declaraciones con relación a los hechos que sirvieron de base para la apreciación del riesgo, en el momento de su evaluación.

3. **Exclusiones.** LA COMPAÑÍA no pagará la indemnización por fallecimiento en los siguientes casos:

- **Fallecimiento causado por enfermedad, lesión o condición pre-existente, tal como se define en este contrato, siempre que el fallecimiento**

ocurra dentro de los dos (2) primeros años de cobertura.

- **Suicidio provocado dentro de los dos (2) primeros años de cobertura para cada persona asegurada, su último aumento, inclusión de beneficios o de su última rehabilitación.**

4. **Seguro de Fallecimiento Accidental.**

Al ocurrir el fallecimiento accidental del Asegurado, LA COMPAÑÍA pagará la suma asegurada en esta cobertura al (a los) beneficiario (s) designado (s), o a falta de esta designación, a sus herederos legales. Serán elegibles para esta cobertura los Asegurados cuya edad mínima de ingreso sea dieciocho (18) años, edad máxima de ingreso sesenta y cinco (65), y edad máxima de permanencia al cumplir el Asegurado la edad de setenta y cinco (75) años, fecha en la que la cobertura terminará de forma automática.

4.1 **Disputabilidad.** Esta cobertura podrá ser disputable durante toda la duración del contrato por omisión e inexacta declaración de los hechos que sirvieron de base para la expedición de la misma, para su rehabilitación, para la inclusión de un Asegurado o para otorgar un incremento en el límite contratado. La cobertura quedará automáticamente rescindida en caso de que LA COMPAÑÍA obtenga pruebas de omisión o inexacta declaración de los hechos que sirvieron de base para la expedición de la misma, para su rehabilitación, para la inclusión de un Asegurado o para el otorgamiento del incremento en el límite contratado, limitándose la responsabilidad de LA COMPAÑÍA a devolver la prima.

4.2 **Exclusiones.** LA COMPAÑÍA no pagará la indemnización por fallecimiento accidental en los siguientes casos:

- a. Cuando el Asegurado fallezca accidentalmente a consecuencia de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, manifestaciones y actividades políticas, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, actos destinados a influir mediante el terrorismo o la violencia,

desórdenes obrero-patronales, huelgas, alborotos populares, alteraciones del orden público o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado y todas las otras situaciones semejantes a las anteriormente descritas y todas las acciones dirigidas para evitarlas o contenerlas.

- b. Las lesiones y accidentes causados o provocados intencionalmente por el Asegurado; el suicidio o intento de suicidio, aún esta se encuentre en estado de enajenación mental. Accidente que ocurra mientras el Asegurado se encuentre bajo el efecto del alcohol o cualquier droga.
- c. Cualquier tipo de actividad o deporte que practique el Asegurado como profesional o aficionado y que lo expongan a peligro o riesgo, inclusive pero no limitado a pruebas o carreras de velocidad, carreras de motocicleta, competencia, exhibición, prueba, pruebas de resistencia, tentativa de record, rally, u otros deportes motorizados, sin ser limitativo. Cuando el Asegurado se dedique o practique deportes submarinos, de invierno, fútbol, polo, o caza. Paracaidismo, alpinismo, cuando se necesite el uso de guías o cuerdas, o deportes invernales. Acciones o actividades militares o policiales, de seguridad o de bombero.
- d. Fallecimiento accidental causado por la fusión o fisión nuclear, reacciones nucleares, cualquier veneno, gas o vapor, ingerido o inhalado voluntaria o involuntariamente por el Asegurado. Mientras el Asegurado se encuentre manejando o prestando servicios en cualquier aparato público o vehículo aéreo, excepto como pasajero provisto de ticket en una nave aérea operada por una línea comercial regular.

5. Seguro de Incapacidad Total y Permanente

Al ocurrir la incapacidad total y permanente del Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente, durante la vigencia del presente contrato, LA COMPAÑÍA pagará al Asegurado en veinticuatro (24) mensualidades iguales el capital contratado para esta cobertura. Serán elegibles para esta cobertura los asegurados cuya edad mínima de ingreso sea dieciocho (18) años, edad máxima de ingreso cincuenta y nueve (59), y edad máxima de permanencia al cumplir el Asegurado la edad de sesenta (60) años, fecha en la que la cobertura terminará de forma automática.

Para que el Asegurado sea elegible para recibir el pago de esta cobertura, la incapacidad total y permanente debe ocurrir antes de que este cumpla la edad de sesenta (60) años. Al ser diagnosticada dicha incapacidad, la misma debe permanecer luego de haber transcurrido seis (6) meses consecutivos contados a partir de la fecha del diagnóstico. Cumplido este plazo y habiendo permanecido la incapacidad total y permanente, iniciará el pago al Asegurado de las mensualidades correspondientes. Si en el transcurso del pago de estas cuotas el Asegurado recupera su capacidad productiva y laboral, el pago de las mensualidades será suspendido automáticamente, luego de la revisión y evaluación del caso por parte del asesor médico de LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de requerir nuevas pruebas de evidencia de continuación de incapacidad total y permanente al Asegurado.

5.1 Disputabilidad. Esta cobertura podrá ser disputable durante toda la duración del contrato por omisión e inexacta declaración de los hechos que sirvieron de base para la expedición de la misma, para su rehabilitación, para la inclusión de un Asegurado o para otorgar un incremento en el límite contratado. La cobertura quedará automáticamente rescindida en caso de que LA COMPAÑÍA obtenga pruebas de omisión o inexacta declaración de los hechos que sirvieron de base para la expedición de la misma, para su rehabilitación, para la inclusión de un Asegurado o para el otorgamiento del incremento en el límite contratado, limitándose la responsabilidad de LA COMPAÑÍA a devolver la prima.

5.2 Exclusiones. LA COMPAÑÍA no pagará la indemnización por incapacidad total y permanente en los siguientes casos:

- a. Cuando el Asegurado se incapacite total y permanentemente a consecuencia de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, manifestaciones y actividades políticas, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, actos destinados a influir mediante el terrorismo o la violencia, desórdenes obrero-patronales, huelgas, alborotos populares, alteraciones del orden público o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado y todas las otras situaciones semejantes a las

- anteriormente descritas y todas las acciones dirigidas para evitarlas o contenerlas.
- b. Las lesiones y accidentes causados o provocados intencionalmente por el Asegurado; el suicidio o intento de suicidio, aún esta se encuentre en estado de enajenación mental. Accidente que ocurra mientras el Asegurado se encuentre bajo el efecto del alcohol o cualquier droga.
 - c. Cualquier tipo de actividad o deporte que practique el Asegurado como profesional o aficionado y que lo expongan a peligro o riesgo, inclusive pero no limitado a pruebas o carreras de velocidad, carreras de motocicleta, competencia, exhibición, prueba, pruebas de resistencia, tentativa de record, rally, u otros deportes motorizados, sin ser limitativo. Cuando el Asegurado se dedique o practique deportes submarinos, de invierno, fútbol, polo, o caza. Paracaidismo, alpinismo, cuando se necesite el uso de guías o cuerdas, o deportes invernales. Acciones o actividades militares o policiales, de seguridad o de bombero.
 - d. Lesiones o enfermedad causadas por la

fusión o fisión nuclear, reacciones nucleares, radiación, cualquier veneno, gas o vapor, ingerido o inhalado voluntaria o involuntariamente por el Asegurado. Mientras el Asegurado se encuentre manejando o prestando servicios en cualquier aparato público o vehículo aéreo, excepto como pasajero provisto de ticket en una nave aérea operada por una línea comercial regular.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, bajo Resolución N°DRL-037 de 03 de abril de 2025.

En fe de lo cual se expide la presente póliza en la República de Panamá, en la fecha señalada en las Condiciones Particulares.

Por:
UniVivir Seguros, S.A.
