

**SEGUROS LA FLORESTA
CONDICIONES GENERALES
PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD COLECTIVA**

La Floresta de Seguros y Vida, S.A., organizada de conformidad con las leyes de la República de Panamá, (de aquí en adelante llamada LA COMPAÑÍA) y el CONTRATANTE y / o ASEGURADO nombrado en las Condiciones Particulares de esta póliza, por el pago de la prima estipulada, se compromete, sujeto a las condiciones, términos, limitaciones, exclusiones y deducibles que en esta póliza o en sus endosos o anexos, si los hay, se estipulen, incluida la solicitud de seguro, a pagarle al CONTRATANTE y / o ASEGURADO, o al Proveedor de servicios, por y para el CONTRATANTE y / o ASEGURADO, según sea el caso, al recibir en su Oficina Principal prueba fehaciente de los gastos médicos elegibles por servicios de atención médica y hospitalaria que haya recibido un ASEGURADO y que estén cubiertos bajo alguna de las coberturas de seguro de la póliza, estos gastos o servicios médicos generados.

Esta póliza se emite en consideración a la Solicitud, cuya copia se incluye para formar parte integrante de esta póliza, y al pago de la prima, según se estipula en las Condiciones Particulares.

- I. CLÁUSULA DE TERMINACIÓN DEL SEGURO: Esta Póliza terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:**
- a) Si vencido el período de gracia, el ASEGURADO deja transcurrir diez (10) días calendario sin pagar la prima adeudada, contados a partir de la fecha del envío de la carta de notificación de mora al ASEGURADO.
 - b) La no aceptación de un cambio de tarifa por parte de EL CONTRATANTE.
 - c) Si LA COMPAÑÍA comprueba que EL ASEGURADO le ha omitido, declarando de manera inexacta y ocultado información relevante, para la apreciación del riesgo.
 - d) Cuando el ASEGURADO fallezca o sea declarado legalmente incompetente POR RAZÓN DE UNA CONDICIÓN MEDICA NO CUBIERTA EN LA PÓLIZA.
 - e) A solicitud del CONTRATANTE y / o ASEGURADO, en la fecha en que lo soliciten por escrito a LA COMPAÑÍA.
 - f) En el momento que el ASEGURADO o persona cubierta resida fuera de la República de Panamá.
 - g) Para el cónyuge del ASEGURADO, si es persona cubierta, al convertirse en final y firme una sentencia de divorcio o una separación final, en el caso de unión consensual de hecho.
 - h) Para el hijo del ASEGURADO, si es persona cubierta, en el próximo aniversario de la póliza después que cese de ser elegible, de acuerdo a su edad según se define en esta póliza.

En pólizas colectivas o de grupo serán causales de terminación del seguro individual, en adición a las anteriores, cualquiera de las siguientes:

- a) Cuando el ASEGURADO o persona cubierta deje de ser miembro permanente de la colectividad contratante del seguro por cualquier causa.
- b) En la fecha en que el ASEGURADO o persona cubierta cumpla setenta (70) años de edad.
- c) En la fecha en que termine la póliza o que la cobertura cese por o para el contratante.

d) Si vencido el período de gracia el contratante deja transcurrir diez (10) días calendario sin pagar la prima adeudada, contados a partir de la fecha del envío de la carta de notificación de mora al contratante, a la última dirección que aparezca registrada en los archivos de la compañía.

II. CLÁUSULA DE DEFINICIONES:

- **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino, fortuito y violento, causado por acción externa no deseada por el ASEGURADO o Persona Cubierta, que resulta en un daño o lesión corporal para él o ella. No se considerarán accidentes para efectos de esta póliza, las lesiones auto - inflingidas o la tentativa de suicidio. El homicidio doloso, el homicidio preterintencional, así como las lesiones que resulte, de tentativas de éstos y sus frustraciones, sólo se considerarán accidentes si se comprueba que el ASEGURADO o Persona Cubierta no provocó el incidente.
- **Ambulancia Aérea:** transporte aéreo de emergencia de acuerdo al área de cobertura indicada en la Tabla de Beneficios dentro de las Condiciones Particulares de la póliza, desde el aeropuerto adecuado más cercano al hospital donde el ASEGURADO o Persona Cubierta, herida o enferma se encuentre hospitalizada, hasta el aeropuerto adecuado más cercano al hospital donde se hospitalizará para recibir tratamiento.
- **Ambulancia Terrestre:** transporte terrestre de urgencia, limitado a viajes de traslado hacia un hospital cuando éstos sean necesarios para tratar una lesión accidental o una emergencia médica cubierta por esta póliza.
- **Año Póliza:** significa los doce (12) meses transcurridos desde la fecha y hora de expedición de la póliza o desde cualquier fecha de aniversario posterior.
- **Asegurado:** Cuando en esta póliza se utilice el término "Asegurado", sin indicar si se trata de un Asegurado titular o dependiente, se deberá entender que dicho término abarca y comprende tanto a un Asegurado titular como a un Asegurado dependiente.
- **Asegurado Titular:** es la persona que, cumpliendo con los requisitos de edad, aparece designada como Asegurado en las Condiciones Particulares, con exclusión de cualesquiera otras personas cubiertas por esta póliza.
- **Clase:** significa todos los Asegurados de todas las pólizas de un mismo tipo, incluyendo, pero no limitado a beneficios, deducciones, grupo de edades, área geográfica, planes, grupos de años o una combinación de éstos.
- **Coaseguro:** es el porcentaje de participación del Asegurado con relación al costo elegible de los servicios médicos prestados al Asegurado o Persona Cubierta que él mismo deberá pagar directamente al médico, clínica u hospital tratante, según se estipula en las Condiciones Particulares de la póliza.
- **Cobertura:** significa que se pagarán beneficios por gastos cubiertos, incurridos por cuidado médico y tratamiento del Asegurado o de cada Persona Cubierta a consecuencia de las enfermedades y condiciones no excluidas de coberturas, según se define en esta póliza.
- **Condición Preexistente:** significa cualquier enfermedad, de cualquier tipo, lesión, condición, síntoma, signo, dolencia ó alteración de la salud que se manifiesta ó aparece por primera vez o se trata medicamente antes de la fecha de efectividad de la póliza ó cobertura, en caso de adiciones posteriores, tanto en la persona del Asegurado como en la de las personas cubiertas, por la cual la persona cubierta tuvo advertencia médica, o consultó a un médico, o recibió tratamiento médico, servicios o suministros, o se ha hecho o se le recomendaron exámenes de diagnóstico, drogas o medicinas recetadas o recomendadas, o haya tenido presencia de síntomas los cuales provocarían o inducirían a una persona normalmente prudente, a procurar el diagnóstico, cuidado o tratamiento de un médico. Bajo este concepto también se entiende toda afección, sus causas, complicaciones, secuelas o sus efectos tardíos (aunque estos sólo se manifiesten con posterioridad a la fecha de efectividad de esta póliza o de la cobertura), que el Asegurado o persona cubierta tenga antes de esta fecha. Se consideran también

condiciones preexistentes las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tal enfermedad o lesión, aunque estos sólo se manifiesten después de la celebración del contrato. Dicha condición será rechazada cuando LA COMPAÑÍA, basada en cualquiera de los medios de prueba generalmente aceptados por la Ley (documento público o privado, testimonio, opinión médica, criterio médico-académico, o informe pericial, u otro de naturaleza análoga), tenga indicios de que en el Asegurado se había manifestado, o de que él tenía conocimiento de tal condición, enfermedad o síntoma, con anterioridad a la fecha de efectividad de la póliza.

- **Contratante:** Persona natural o jurídica que, como contraparte de **LA COMPAÑÍA**, contrata la Póliza y es responsable de hacer el pago de la prima convenida y actúa en nombre propio y de sus dependientes elegibles, cuando se trata de una póliza individual, o en representación de la colectividad que se asegura si se trata de una póliza colectiva, cuya solicitud sirve de base para emitir la póliza y quien es responsable por pagar la prima estipulada en las Condiciones Particulares de la póliza.
- **Co-Pago:** es el monto fijo de participación del Asegurado con relación a los gastos cubiertos que todo Asegurado debe pagar directamente al Proveedor de Servicios Médicos u Hospitalarios antes de recibir de éstos los servicios descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- **Deducible:** es la cantidad de los primeros gastos que está obligado a pagar cada Asegurado o Dependiente en cada año póliza ó calendario antes de que aplique el reembolso en Coaseguro, según así se establece en las Condiciones Particulares. Sólo aplica para el deducible las facturas por gastos médicos cubiertos, de acuerdo a las coberturas establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza, el cual no será reembolsado por la compañía de seguros. No aplica para estos efectos los co-pagos ni coaseguros con los que haya participado el Asegurado o Dependiente por gastos elegibles en los servicios médicos.
- **Dependientes:** son dependientes los hijos, hijastros o hijos legalmente adoptados, siempre que sean mayores de diez (10) días de nacidos y menores de diecinueve (19) años, siempre y cuando sean solteros, vivan en la misma residencia del Asegurado Principal y dependan económicamente de éste, así como los hijos solteros mayores de diecinueve (19) años que vivan con el Asegurado Principal, que dependan económicamente de él, y que se encuentren estudiando.
- **Dirección del Asegurado:** es la señalada en la póliza.
- **Enfermedad:** padecimiento, dolencia, malestar o desorden físico o mental que requiera tratamiento por un médico y que suceda por primera vez después de la fecha de efectividad de esta póliza.
- **Enfermedad Crítica Detallada:** son padecimientos aislados o conexos durante un evento, los cuales por su capacidad o potencial de poner en riesgo la vida del Asegurado son cubiertos exclusivamente en sala de emergencias; es también cualquier enfermedad ó condición de aparición súbita o imprevista que ponga en peligro la vida, la salud o las funciones vitales del Asegurado ó sus Dependientes elegibles y que requiera de una atención médica o quirúrgica inmediata a las 48 horas de haber surgido, las cuales se detallan a continuación:

Pérdida del conocimiento, obnubilación o desvanecimiento, cuerpo extraño en ojos, oídos y nariz, deshidratación severa por vómito y / o diarrea, crisis asmática, reacciones alérgicas severas agudas por picaduras de insectos ó reptiles, medicamentosas y alimentarias, heridas leves sin complicaciones, quemaduras severas, crisis hipertensivas, hipoglicemia e hiperglicemia, insuficiencia respiratoria severa aguda, cólico nefroureteral, cólico hepático, angina de pecho, infarto del miocardio, convulsiones, estados de shock y coma, retención aguda de orina, fracturas, luxaciones y esguinces, trauma craneoencefálico, apendicitis, trombosis, intoxicación aguda, accidente cerebro-vascular, hemorragias, crisis migrañosa, abdomen agudo, dolor agudo de cualquier tipo, sangrado digestivo alto y bajo, dolor agudo de origen dental y otitis.

- **Enfermedad grave y aguda:** es aquella que por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de LA COMPAÑÍA., se determina y establece como tal, previa evaluación del caso efectuado por estas personas.

- **Enfermedades Congénitas, Hereditarias ó Defectos Adquiridos:** significa enfermedad, desorden ó malformaciones adquiridas o desarrolladas durante la vida del embrión o durante el proceso de nacimiento o alumbramiento y cuya manifestación puede inclusive presentarse años después del nacimiento del Asegurado.
- **Exámenes Especiales:** son exámenes médicamente necesarios, que se efectúan para fines de diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas por esta póliza.
- **Fecha de Efectividad:** es la fecha del inicio de la vigencia de la póliza.
- **Gastos Elegibles:** son todos aquellos servicios y suministros descritos en esta póliza sujetos de cobertura. Estos tienen que ser médicamente necesarios para cualquier diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones accidentales cubiertas por esta póliza.
- **Hospital:** Todo establecimiento autorizado legalmente para el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, atendido permanentemente por un cuerpo colegiado de médicos. No se consideran hospitales, a efectos de esta póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo o de convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento o tratamiento de enfermedades crónicas, drogadictos o alcohólicos, o instituciones similares, ni los centros de atención exclusiva de cirugías estéticas, de cualquier tipo.
- **Hospital Participante:** es todo hospital ó institución hospitalaria que forma parte de la cadena de hospitales que participan en programas contractuales de cobertura para los Asegurados de la Compañía y forma parte del listado de Proveedores Participantes de ésta, la cual podrá ser consultada por EL CONTRATANTE y / o ASEGURADO, a través de la página web de LA COMPAÑÍA. LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de modificar, adicionar, sustituir, reemplazar o cancelar, de tiempo en tiempo, uno o varios de los hospitales participantes. LA COMPAÑÍA se compromete en mantener actualizada el listado de proveedores para el buen manejo de EL CONTRATANTE y / o ASEGURADO.
- **Límite Anual Renovable:** suma asegurada anualmente contratada con el CONTRATANTE y / o ASEGURADO utilizada para cubrir los siniestros ocurridos durante el año póliza, la cual constituye el límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑÍA para con el Asegurado de acuerdo con las Condiciones particulares. Una vez pasada la renovación se restituye la cobertura en un 100% sin requisitos de asegurabilidad, siempre y cuando el CONTRATANTE y / o ASEGURADO reponga la prima pactada por el límite anual renovable contratado.
- **Máximo Desembolso Anual (“Stop Loss”):** es el total máximo del gasto que asume el Asegurado por concepto de su participación (en coaseguro) en cualquier siniestro que afecte la póliza dentro del año, de acuerdo a lo estipulado en la Carátula de la póliza. LA COMPAÑÍA asumirá el 100% de todos los gastos incurridos durante el resto de ese año póliza. Bajo este beneficio no se incluye la porción de coaseguro por efecto de penalización o reducción de beneficios por tratamientos, procedimientos y/u hospitalizaciones no preautorizados y /o aprobadas por LA COMPAÑÍA, así como por la utilización de hospital, centro médico y/o médico no perteneciente a la Red de Proveedores de LA COMPAÑÍA.
- **Máximo Vitalicio:** es la Suma Asegurada acumulada total que tiene la póliza, pactada con el CONTRATANTE y / o ASEGURADO, para ser utilizada durante todo el tiempo de su vigencia, incluyendo las renovaciones para todas las coberturas en conjunto que utilizará LA COMPAÑÍA por cada Asegurado en la póliza, para pagar los beneficios contratados como resultado de recibir servicios médicos u hospitalarios elegibles cubiertos bajo la Póliza.
- **Médicamente Necesario:** significa el servicio, medicamento o suministro que es necesario y adecuado para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión, para la cual exista cobertura válida, fundamentado generalmente en la práctica médica actual aceptada y que no sea de naturaleza educacional o experimental. Que sea el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda ser proporcionado sin riesgo al Asegurado ó persona cubierta; y que, en el caso de la atención a un paciente internado en un hospital, no pueda administrarse a paciente externo sin incurrir en riesgo. Ningún servicio, medicamento o suministro se considerará médicamente necesario:

- a) Si se suministra únicamente porque conviene al Asegurado, a la Persona Cubierta o al proveedor del servicio médico ó;
- b) Si no es adecuado para el diagnóstico o los síntomas que presente el Asegurado o Persona Cubierta ó;
- c) Si no sobrepasa en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para brindar un diagnóstico o tratamiento seguros, satisfactorio y conveniente para el Asegurado o Persona Cubierta.

- **Medicamentos Elegibles:** son los medicamentos cuya venta y uso estén legalmente limitados a la orden de un médico y no incluye medicamentos que puedan comprarse sin receta médica y / o medicamentos que paguen el IBM, al ser considerados medicamentos cosméticos.
- **Médico o Doctor:** significa un doctor en medicina legalmente calificado, que no sea el CONTRATANTE y / o ASEGURADO o Persona Cubierta, dedicado a la práctica de la medicina dentro de los límites para los cuales lo autoriza su licencia respecto al diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones cubiertas por esta póliza. Se incluye dentro de este término personas licenciadas como Fisioterapeutas. Se excluyen Psicólogos, Optómetras y Podiatras.
- **Moneda:** todos los pagos relacionados con esta póliza serán hechos en la moneda de curso legal que se utiliza en la República de Panamá, a menos que se especifique de otra manera.
- **País de Residencia:** es el país donde el Asegurado reside con un mínimo de 6 meses al año. Este puede ser diferente del lugar legal de residencia del Asegurado. Para los efectos de la vigencia y validez de esta póliza, el país de residencia debe ser la República de Panamá, lugar en donde el Asegurado debe residir por un período mínimo de seis (6) meses, esto de manera ininterrumpida.
- **Periodo de Espera:** período de tiempo a partir de la fecha de inicio de cobertura para un Asegurado dado, y donde el seguro no cubre.
- **Preautorización:** proceso en el cual el **CONTRATANTE y / o Asegurado** solicita autorización a **LA COMPAÑÍA** para realizarse un tratamiento médico, y **LA COMPAÑÍA** le garantiza a **EL ASEGURADO** la manera en que los gastos serán cubiertos, de acuerdo a las Condiciones Particulares y se encarga de efectuar el pago correspondiente a su porción de los gastos elegibles a médicos, laboratorios, clínicas y hospitales, entre otros. Si un Asegurado decide ingresar a un Hospital sin antes comunicarse con **LA COMPAÑÍA**, sus beneficios serán reducidos, tal como se indica en las condiciones particulares.
- **Usual, Razonable y Acostumbrado:** cargo u honorario determinado por **LA COMPAÑÍA** sobre el monto que éste le pagará a un **proveedor** por un servicio médico específico.

III. **CLÁUSULA DE EFECTIVIDAD DEL SEGURO:** El seguro entrará en vigor, para un CONTRATANTE y / o ASEGURADO dado, a partir de la fecha de aceptación de la solicitud por parte de **LA COMPAÑÍA**. La fecha de inicio de cobertura aparecerá en el certificado póliza.

IV. **CLÁUSULA DE VIGENCIA:** es el plazo de duración de su contrato de seguro o póliza y señalado en las Condiciones Particulares. La vigencia de la póliza para un CONTRATANTE y / o ASEGURADO Titular y / o dependientes elegibles será igual a la frecuencia de pago de la prima acordada por el CONTRATANTE y / o ASEGURADO Principal en la "Solicitud de Seguros", pudiendo su póliza tener una vigencia, mensual, bimestral, trimestral, cuatrimestral, semestral o anual.

La fecha de inicio de la vigencia de la póliza para un CONTRATANTE y / o ASEGURADO dado, será aquella que se indique como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza y estará condicionada al pago de la prima correspondiente por adelantado, sin lo cual no se iniciará, y se renovará automáticamente por igual período cada vez que se pague en la fecha de renovación estipulada en el Certificado Póliza.

V. **CLÁUSULA DE ELEGIBILIDAD:** además del propio Asegurado, y siempre y cuando sea menor de sesenta y cinco años (65) de edad, los miembros de la familia del Asegurado calificarán para ser personas elegibles (cubiertas), siempre y cuando cumplan con los requisitos de edad establecidos en las Condiciones Particulares y encontrándose señalados como tales en las respectivas Condiciones Particulares de esta póliza, tengan y cumplan con cualquiera de las siguientes cualidades:

- a) El cónyuge legal, o en su defecto, la persona que viviendo en calidad de cónyuge permanente del Asegurado Principal, esté registrado como tal en la Compañía y que conviva con el Asegurado Principal en el mismo domicilio. El cónyuge debe tener menos de sesenta y cinco (65) años de edad en el momento de entrar en la Póliza;
- b) Los hijos, hijastros o hijos legalmente adoptados, siempre que sean mayores de diez (10) días de nacidos y menores de diecinueve (19) años. Para los propósitos de ser elegible cualquiera de los antes mencionados deben ser solteros, vivir en la misma residencia del Asegurado Principal y depender económicamente de éste;
- c) Los hijos solteros mayores de diecinueve (19) años que vivan con el Asegurado Principal, que dependan económicamente de él y que se encuentren estudiando. El Asegurado Principal debe presentar certificación a la Compañía de la calidad de estudiante de sus hijos. El amparo, en estos casos, se extiende hasta el cumplimiento de los veinticinco (25) años de edad;

En los casos de elegibilidad del contratante para pólizas colectivas o de grupo una persona podrá ser elegible para contratar una póliza colectiva o de grupo si en la fecha de la solicitud cumple con todos los siguientes requerimientos:

- Los empleados de una empresa privada o de una entidad gubernamental o autónoma del Estado, contratante de la póliza colectiva o de grupo:
 - Que cumplan con los requisitos de elegibilidad descritos en esta póliza y,
 - Que sean empleados permanente y que laboren a tiempo completo;
 - Que sean menores de sesenta y cinco (65) años de edad
 - Que reúnan los requisitos de asegurabilidad de la Compañía y
 - Que estén de acuerdo en pagar la contribución de la prima que sea requerida

- VI. **CLÁUSULA DE RESIDENCIA EN EL PAÍS:** Para tener derecho a la cobertura, el Asegurado (principal, cónyuge e hijos dependientes) deberán residir, como tiempo mínimo en la República de Panamá durante seis (6) meses de manera ininterrumpida dentro del año calendario de vigencia de la póliza. Si alguno de los Asegurados no cumple con este requisito, esto conllevará la pérdida de la cobertura.
- VII. **CLÁUSULA DE AVISO DE SINIESTRO: EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** deberá dar aviso previo a LA COMPAÑÍA en cada siniestro, tratándose de Pre-Autorizaciones para procedimientos, cirugías programadas, hospitalizaciones programadas, dentro de las 72 horas previas a su realización, y aviso inmediato dentro de las primeras 24 horas siguientes en caso de una hospitalización a consecuencia de un accidente o emergencia médica y remitir los documentos que sustentan la reclamación dentro de los noventa (90) días calendario después de haber ocurrido el siniestro o comenzado alguna pérdida o gasto cubierto.
- VIII. **CLÁUSULA DE DECLARACIÓN INCORRECTA DE EDAD:** queda establecido que si la edad de alguna Persona Cubierta no es notificada correctamente, las cantidades pagaderas bajo esta póliza serán aquellas que la prima pagada cubriría para la edad correcta de esta persona, según los estándares de la Compañía.
- IX. **CLÁUSULA DE AJUSTE DE PRIMA POR TERMINACIÓN DE UNA PERSONA CUBIERTA:** después de la terminación de cobertura de una Persona Cubierta, la prima de esta póliza será ajustada a la prima correcta para las restantes personas cubiertas.
- X. **CLÁUSULA DE DERECHO A CONVERSIÓN:** queda establecido que cuando se trate de pólizas colectivas, se le otorga al Contratante y/o Asegurado el derecho para que adquiera una póliza individual de salud, con beneficios similares o menores a los que tiene en la póliza colectiva, sin tener que dar evidencia de asegurabilidad pagando la prima correspondiente al plan al que aplique. Es elegible para este beneficio, todo Asegurado cubierto que deje de pertenecer al grupo asegurado bajo una póliza colectiva, sin tener que dar evidencia de asegurabilidad y que envíe el formulario de solicitud para una póliza individual a la Compañía dentro de los treinta (30) días calendarios, contados a partir de la fecha de separación del Asegurado cubierto en la póliza colectiva. Este beneficio también aplica para el hijo dependiente, si es persona cubierta, en el momento en que deja de ser elegible como tal en la póliza individual o certificado de

seguro (en colectivos) del Asegurado. En este caso deberá enviar el formulario de solicitud para una póliza individual a la Compañía dentro de los treinta (30) días calendarios, contados a partir de la fecha en que dejó de ser elegible como Persona Cubierta en la póliza o certificado del Asegurado, aplicando las mismas condiciones, exclusiones y períodos de espera de una póliza individual.

- XI. **CLÁUSULA DE PRESENTACIÓN DE GASTOS MÉDICOS:** para que sean tramitadas por LA COMPAÑÍA, todas las facturas en concepto de gastos médicos cubiertos dentro de las coberturas de la póliza deberán ser presentados en las Oficinas de la Compañía de Seguros, conjuntamente con el formulario de reclamos completado en su totalidad, y firmado tanto por el médico tratante como por el ASEGURADO, dentro de los noventa (90) días calendario contados a partir de la fecha de incurrencia.

Ninguna reclamación será denegada o reducida si se presenta prueba fehaciente de que la evidencia de tal reclamación no pudo razonablemente someterse durante el período establecido de noventa (90) días, disponiéndose que tal evidencia sea sometida en un tiempo razonable y en ningún caso, excepto por incapacidad legal, más allá de un (1) año desde que la evidencia era requerida bajo las disposiciones de esta póliza.

- XII. **CLÁUSULA DE PERÍODOS DE ESPERA:** queda establecido que durante el período de espera estipulado en las Condiciones Particulares de la póliza, no se cubrirá ningún gasto por tratamientos, consultas, servicios, suministros o cirugía proporcionados por, o en relación con las condiciones que se especifican a continuación; en esos casos, el período de espera será contado a partir de la fecha de comienzo de la póliza para los ASEGURADOS iniciales, y para los nuevos asegurados, a partir de la fecha de su inclusión:

- Amigdalotomía y/o Adenoidectomía,
- Hernia de cualquier clase y Eventraciones cualesquiera que sean sus causas (incluyendo hernia hiatal y hernia de disco intervertebral)
- Histerectomía y órganos de reproducción y anexos
- Cataratas
- Glaucoma o Pterigion
- Laparoscopia ginecológica (diagnóstica y quirúrgica)
- Endometriosis y/o dolor pélvico crónico
- Intervenciones quirúrgicas de vesícula y vías biliares
- Septumplastia
- Varicocelelectomía
- Lesiones pigmentarias de la piel conocidas, como lunares o nevus
- Condiciones preexistentes declaradas, no excluidas permanentemente.
- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)
- Hemorroides
- Cálculo de riñón
- Prostatitis

- XIII. **CLÁUSULA DE BENEFICIOS CUBIERTOS:** queda establecido que los beneficios cubiertos serán pagados luego de recibirse prueba satisfactoria de que un ASEGURADO ha incurrido en gastos cubiertos durante la vigencia de esta Póliza. Se entiende por beneficios cubiertos bajo esta póliza, aquellos listados dentro de la Tabla de Cobertura dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza, por los cuales el CONTRATANTE y / o ASEGURADO ha pagado la prima establecida por LA COMPAÑÍA, los cuales se pagarán conforme a los estipulados en dicha tabla, quedando sujetos a todas las condiciones exclusiones y limitaciones establecidas en este contrato.

LA COMPAÑÍA reconocerá para todos los beneficios los costos usuales, razonables y acostumbrados, siempre y cuando sean médicamente necesarios para la enfermedad o accidente cubierto por la Póliza y que tengan relación directa con el diagnóstico dictado por el médico tratante.

LA COMPAÑÍA pagará directamente al médico, hospital, proveedor de la salud y/o reembolsará al CONTRATANTE y / o ASEGURADO los siguientes servicios con base a lo estipulado dentro de la Tabla de Cobertura incluida en las Condiciones Particulares de la Póliza; estos servicios son los siguientes:

HOSPITALIZACIÓN:

- **Cuarto y Alimentación:** esta cobertura se brindará tomando en consideración los co-pagos, coaseguros, deducibles y / o limitaciones establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza hasta un máximo de 365 días ó hasta que se consuma el límite máximo anual contratado, lo que ocurra primero. Bajo este cargo se cubrirán los costos de habitación Privada dentro de la República de Panamá. Queda entendido que este beneficio no será pagado en los días en que el Asegurado se encuentre recluido en la Unidad de Cuidados Intensivos. Bajo esta cobertura no se cubrirán los gastos del acompañante.
- **Unidad de Cuidados Intensivos:** esta cobertura se brindará tomando en consideración los co-pagos, coaseguros, deducibles y / o limitaciones establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza hasta el máximo indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza ó hasta que se consuma el límite anual contratado, lo que ocurra primero. Posterior a esta fecha, LA COMPAÑÍA pagará de acuerdo a la Tabla de Cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, y hasta el porcentaje (%) allí establecido el costo de una habitación privada.
- **Gastos Misceláneos de Hospital:** bajo esta cobertura se incluyen los servicios o procedimientos médicos suministrados al Asegurado ó Persona Cubierta mientras se encuentre hospitalizado ó utilizando los servicios ambulatorios de hospital como los siguientes: uso de la sala de operaciones y sala de recuperación, uso de la sala de parto y labor de parto, sala de recién nacidos e incubadora, unidad de cuidados intensivos neonatal y pediátrico, para niños nacidos de una maternidad cubierta por esta póliza, uso de la sala de urgencias y de las facilidades para cirugía ambulatoria, atención de enfermeras provistas por el hospital, equipo de asistencia de corazón y riñón artificial, material médico quirúrgico, anestésicos y su administración, materiales de cura, vendajes, yeso, medicinas, soluciones intravenosas e inyecciones, oxígeno, respirador y ventilador, análisis de laboratorio, radiografías, exámenes patológicos y estudios especiales requeridos para diagnósticos, tratamientos de radioterapia, isótopos , cobalto y quimioterapia, tratamiento por insuficiencia renal incluyendo diálisis, transfusiones de sangre, plasma y sus derivados, prueba de sensibilidad de alergias y sus tratamientos de inmunización, terapia física y respiratoria, prótesis, equipos y aparatos especiales que se requieran por prescripción médica.
- **Honorarios del Cirujano:** este beneficio se pagará de acuerdo a la Tabla de Cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que se trate de médicos dentro de la red de proveedores. En caso de médicos no participantes en la red se pagará por esos servicios el 50% de los costos usuales, razonables y acostumbrados utilizados por nuestros médicos en red.

Si dos o más operaciones se ejecutan al mismo tiempo, y por la misma incisión, el reembolso total que debe hacer LA COMPAÑÍA para todas estas intervenciones quirúrgicas estará limitado al máximo fijado para aquella operación cuyo costo sea el más alto. Cuando sea necesario efectuar dos ó más operaciones quirúrgicas en la misma cesión operatoria, pero en diferentes campos operatorios se pagarán los honorarios correspondientes a cada procedimiento. Bajo este beneficio no se cubrirán cargos efectuados por dos o más médicos de la misma especialidad, ambos en calidad de cirujano principal; en consecuencia solo se pagará por un cirujano principal.

- **Honorarios del Anestesiólogo:** bajo este beneficio se pagará el 30% de los costos usuales, razonables y acostumbrados aprobados al médico cirujano y sólo aplicará en los casos en que un anestesiólogo administre personalmente la anestesia al paciente y permanezca en presencia constante durante todo el tiempo que dure la cirugía. Bajo este beneficio no se cubrirán cargos efectuados por dos o más médicos de la misma especialidad, ambos en calidad de anestesiólogo principal. En ningún caso el monto mínimo a pagar al anestesiólogo será menor de B/.100.00.
- **Honorarios del Cirujano Asistente:** previa autorización de LA COMPAÑÍA, y solo en los casos de cirugía de corazón abierto, columna vertebral, cabeza y reemplazo de cadera, bajo este beneficio pagará el 20% de los costos usuales, razonables y acostumbrados aprobados al médico cirujano. Bajo este beneficio no se cubrirán cargos efectuados por dos o más médicos asistentes de la misma especialidad.

- **Honorarios de Otros Médicos Tratantes:** para este beneficio LA COMPAÑÍA pagará de acuerdo a la Tabla de Beneficios indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que se trate de médicos participantes. En caso de médicos no participantes se indemnizará el 50% de los costos usuales, razonables y acostumbrados utilizados por nuestros médicos de red.
- **Visitas Intrahospitalarias:** queda establecido que el pago de este beneficio está limitado de la siguiente manera:
 - Dos (2) visitas diarias si el paciente se encuentra recluido en la Unidad de Cuidados Intensivos;
 - Una (1) visita diaria si el paciente se encuentra recluido en una habitación corriente. No se pagarán visitas relacionadas a un procedimiento quirúrgico.

En caso de médicos no participantes se indemnizará el 50% de los costos usuales, razonables y acostumbrados utilizados por nuestros médicos de red.

Llámesse visita intrahospitalaria a la visita de atención médica que realiza el doctor tratante o interconsultor al paciente asegurado estando hospitalizado.

CIRUGÍA AMBULATORIA

- **Gastos Misceláneos de Hospital:** de acuerdo a las coberturas estipuladas en la Tabla de Beneficios indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, cubre los costos del Salón de Operaciones, cuarto de recobro y demás servicios y suministros facturados por el hospital por cada cirugía ambulatoria.

En caso de que la cirugía se efectúe en un hospital o centro de cirugía ambulatoria con proveedores no participantes en la red, se pagará el 50% de los costos usuales, razonables y acostumbrados, pero nunca más que el valor acordado con los proveedores participantes en la red. Este beneficio aplica únicamente cuando el Asegurado o Persona Cubierta no se interne como paciente hospitalizado.

- **Gastos Misceláneos en Consultorio:** de acuerdo a las coberturas estipuladas en la Tabla de Beneficios indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, cubre los costos por suministros facturados por el médico, por cada cirugía ambulatoria ó procedimiento realizado dentro del consultorio del médico tratante.
- **Honorarios Médicos:** cubre los gastos médicos de acuerdo a las coberturas estipuladas en la Tabla de Beneficios indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza. En caso de médicos no participantes en la red, se pagará el 50% de los costos usuales, razonables y acostumbrados utilizados por nuestros médicos de red.

CUARTO DE URGENCIA:

- **Urgencias por Accidente:** bajo esta cobertura se pagan los cargos incurridos exclusivamente en el Cuarto de Urgencias debido a una lesión corporal sufrida por un Asegurado en un accidente, dentro las primeras 48 horas de haber ocurrido el mismo, y para lo cual exista cobertura válida.
- **Urgencias por Enfermedad Crítica Detallada:** bajo esta cobertura se pagan los cargos incurridos exclusivamente en el Cuarto de Urgencias debido a una enfermedad cubierta y sufrida por el Asegurado, dentro las primeras 48 horas siguientes a la aparición de los síntomas.

Bajo esta cobertura solamente se reconocerán, los gastos médicos que se originen por enfermedades que ocasionen trastornos y mal funcionamiento de órganos ó de funciones vitales tales como: pérdida del conocimiento, obnubilación o desvanecimiento, cuerpo extraño en ojos, oídos y nariz, deshidratación severa por vómito y / o diarrea, crisis asmática, reacciones alérgicas severas agudas por picaduras de insectos ó reptiles, medicamentosas y alimentarias, heridas leves sin complicaciones, quemaduras

severas, crisis hipertensivas, hipoglicemia e hiperglicemia, insuficiencia respiratoria severa aguda, cólico nefroureteral, cólico hepático, angina de pecho, infarto del miocardio, convulsiones, estados de shock y coma, retención aguda de orina, fracturas, luxaciones y esguinces, trauma craneoencefálico, apendicitis, trombosis, intoxicación aguda, accidente cerebro-vascular, hemorragias, crisis migrañosa, abdomen agudo, dolor agudo de cualquier tipo, sangrado digestivo alto y bajo, dolor agudo de origen dental y otitis.

- **Urgencias por Enfermedad No Crítico Detallada:** bajo esta cobertura se paga, de acuerdo a la cobertura estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza, por los cargos incurridos en el Cuarto de Urgencias debido a una enfermedad considerada no crítica detallada sufrida por el Asegurado.

MATERNIDAD:

Esta cobertura aplica para el Asegurado Titular, si es mujer o al cónyuge del Asegurado, si es Persona Cubierta. Incluye servicios y tratamientos por cuidados durante el período de gestación, luego del período de espera estipulada en la Tabla de Beneficios indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza. Se incluye bajo el término Embarazo el alumbramiento, abortos legales no provocados criminalmente, complicaciones del embarazo y servicios ambulatorios pre-natales. Esta cobertura es exclusiva para los gastos médicos incurridos por la madre. Los gastos del niño sano se cubrirán por separado de acuerdo al límite establecido dentro de la Tabla de Beneficios indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Las hijas o hijastras dependientes de un Asegurado Principal se encuentran excluidas de los beneficios de Maternidad bajo esta póliza.

Para los efectos de esta cobertura se tomará como fecha de inicio del embarazo, la fecha de la última menstruación de la madre. Todos los gastos médicos incurridos durante el período del embarazo se deducirán del límite por maternidad estipulado en la Tabla de Beneficios indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza, limitando dicha cobertura hasta dos eventos por año. En adición, para esta cobertura se entenderá que se cubrirán dos abortos por año.

RECIÉN NACIDO SANO:

Siempre y cuando el, o los recién nacidos del mismo parto nazcan de una maternidad cubierta por esta póliza, éstos estarán cubiertos dentro del límite establecido en la Tabla de Beneficios indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, sin que en ningún caso se supere este límite por parto. En caso de nacimientos múltiples, este límite de cobertura será distribuido proporcionalmente entre la cantidad de bebés nacidos bajo el mismo parto. Se incluye bajo esta cobertura los gastos del hospital, honorario médico del pediatra y tamizaje neonatal (básico) realizado dentro del hospital.

PREMATURIDAD Y CONDICIONES CONGÉNITAS Y / O HEREDITARIAS:

Bajo este beneficio se cubren las condiciones relacionadas a nacimientos prematuros y sus complicaciones, incluyendo afecciones hereditarias o enfermedades congénitas las cuales sean diagnosticadas y tratadas dentro del periodo de esta cobertura.

Esta cobertura es efectiva desde el momento del nacimiento y hasta el límite máximo de por vida establecido en la Tabla de Beneficios indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, sin embargo para hacer esta cobertura efectiva, EL CONTRATANTE y / o ASEGURADO, debe solicitarle por escrito a LA COMPAÑÍA y dentro de los diez (10) días calendarios siguientes del nacimiento, en el sentido de que el recién nacido sea incluido en la póliza, en cuyo momento se ajustaría la prima correspondiente y se procedería a otorgar cobertura. Si la solicitud de inclusión es recibida posterior a esta fecha, la misma estará sujeta a la aprobación de LA COMPAÑÍA, luego de recibir evidencia de asegurabilidad del recién nacido.

Todos los gastos incurridos en concepto de este Beneficio se pagarán bajo la cobertura de cada niño, dentro de los límites de coberturas que se encuentran dentro de la Tabla de Beneficios indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

TRASTORNOS MENTALES Y NERVIOSOS:

Bajo esta cobertura se cubren los gastos de consultas externas con un psiquiatra y las hospitalizaciones para tratamiento de psiquiatría por trastornos o nerviosos mentales no preexistentes, de acuerdo al límite establecido en la Tabla de Beneficios indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, y hasta el límite máximo de por vida.

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA:

Bajo esta cobertura se cubren los gastos de urgencias, gastos fuera de hospital y hospitalizaciones por las enfermedades y/o accidentes que tuvieran lugar con motivo de sufrir el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), de acuerdo a la Tabla de Beneficios indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza y hasta el límite máximo de por vida.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS:

Esta cobertura cubre los procedimientos quirúrgicos por trasplante de órganos o tejidos en el cuerpo de un ASEGURADO que provengan de un donante fallecido o vivo, de acuerdo a los costos usuales y acostumbrados en Panamá, siempre y cuando este beneficio se encuentre detallado dentro de la Tabla de Beneficios indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Bajo esta cobertura quedan cubiertos los gastos de materiales y servicios prestados al donante de un hospital o centro de trasplante en concepto de habitación privada, sala o pabellón, comidas, servicio general de enfermería, servicios regulares suministrados por el personal del hospital o centro de trasplante, pruebas de laboratorio y uso de equipo y otros servicios hospitalarios (excepto artículos de uso personal que no sean de índole médica) siempre que sean requeridos durante el proceso de remoción del órgano o tejido que se va a trasplantar.

Todo trasplante se deberá realizar en un centro hospitalario especializado, que sea reconocido y aceptado como centro especializado para efectuar dichos trasplantes por el consenso de las organizaciones profesionales que estén reconocidas por la comunidad médica internacional y el Ministerio de Salud de Panamá.

SERVICIO PRIVADO DE ENFERMERA:

Queda establecido que los servicios de enfermería que se requieran para un ASEGURADO hospitalizado deberán ser solicitados a LA COMPAÑÍA por el médico tratante, indicando las razones y necesidad del mismo. Previa autorización por parte de LA COMPAÑÍA, los servicios serán pagados siempre y cuando este beneficio esté detallado dentro de la Tabla de Beneficios indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cualquier servicio de enfermería que se utilice sin el consentimiento y aprobación de LA COMPAÑÍA, no será reconocido bajo esta póliza.

CÁMARA HIPERBÁRICA:

Esta cobertura pagará previa autorización por parte de LA COMPAÑÍA, y solo en los casos en que este beneficio esté detallado dentro de la Tabla de Beneficios indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, tratamientos a causa de embolismo gaseoso, enfermedad por descompresión, intoxicación por monóxido de carbono, gangrena gaseosa, osteomielitis crónicas refractarias, pie diabético en fase de cicatrización y necrosis por radioterapias.

AMBULANCIA TERRESTRE:

Esta cobertura cubre únicamente un (1) transporte terrestre de urgencia, dentro de la República de Panamá, limitado a viajes de traslado al hospital cuando éstos sean necesarios para tratar una lesión accidental o una emergencia médica cubierta por esta póliza, siempre y cuando estos beneficios estén

detallados en la Tabla de Beneficios indicado en las Condiciones Generales de la Póliza y hasta el límite establecido en la misma, la cual forma parte integral de esta póliza.

AMBULANCIA AÉREA:

Esta cobertura cubre únicamente un (1) transporte aéreo de urgencia, dentro de la República de Panamá, limitado a viajes de traslado al hospital cuando éstos sean necesarios para tratar una lesión accidental o una emergencia médica cubierta por esta póliza, siempre y cuando estos beneficios estén detallados en la Tabla de Beneficios indicado en las Condiciones Generales de la Póliza y hasta el límite establecido en la misma, la cual forma parte integral de esta póliza. Este beneficio es elegible si: (a) el Médico tratante certifica que el ASEGURADO requiere evacuación médica de emergencia para recibir el tratamiento requerido, y que dicho tratamiento no se encuentra disponible en el área donde se encuentra el ASEGURADO; y (b) la condición del ASEGURADO va a requerir un período de hospitalización.

SERVICIOS AMBULATORIOS:

Esta cobertura cubre los servicios por atenciones médicas en el consultorio y facturaciones por medicamentos, terapias físicas y de rehabilitación, acupuntura, quiropráctica, inhaloterapias o nebulizaciones, laboratorios, radiología, exámenes especiales o pruebas diagnósticas especializadas, hemodiálisis, quimioterapias y radioterapias que no requieran hospitalización, siempre y cuando hayan sido tratados, recetados o prescritos por un médico idóneo y se encuentren detalladas dentro de la Tabla de Beneficios incluida en las Condiciones Particulares de la póliza.

Siempre que el ASEGURADO necesite someterse a cualquiera de los exámenes especiales que se detallan a continuación, pero no limitados a éstos, se requerirán autorización previa de LA COMPAÑÍA, la cual será tramitada en el plazo establecido de 72 horas previo a la realización del procedimiento:

- Prueba de Thallium
- Electromiograma
- Tratamientos dentales por Accidente
- Pruebas Nucleares
- SEGD
- Endoscopias
- Laringoscopia
- Colonoscopías
- Procedimientos cardiovasculares no invasivos (Holter, Stress Test, etc.)
- SPECT
- "Topographic Brain Mapping"
- Electroencefalograma
- Procedimientos diagnósticos invasivos
- Cateterismo
- Angiografías cerebrales
- Mielograma
- Arteriografías
- Densitometría Ósea
- Estudio Vascular Periférico
- Ventriculografía
- Tomografía Computarizada (CAT SCAN)
- Todo tipo de ultrasonido
- Resonancia Magnética (MRI)
- Conducción Nerviosa
- Cardiac Color Flow Doppler
- Manometría de Esófago
- MIBI
- MUGA
- Fisioterapia
- Urodinámica completa
- Punción Lumbar
- Flebografías

- Polisomnografía
- Infiltraciones articulares
- Tratamientos del dolor incluyendo acupuntura y quiropraxia
- Cualquier otro examen, laboratorio o cúmulo de laboratorio por arriba de B/.150.00

TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:

Esta cobertura cubre el uso del cuarto de urgencia por las siguientes condiciones médicas, de acuerdo a la Tabla de Beneficios incluida dentro de las Condiciones Particulares de la póliza.

- Dolor dental
- Sangramiento post-extracción
- Fractura y pérdida de dientes
- Luxación mandibular

Adicionalmente esta cobertura cubre el 80% de los costos usuales y acostumbrados por LA COMPAÑÍA para estos casos, los siguientes tratamientos producto de un accidente cubierto por esta póliza, los cuales detallamos a continuación:

- Tratamiento para reponer o restaurar los dientes naturales o dañados perdidos en un accidente.
- Implantes dentales necesarios debido a un accidente hasta un máximo de B/.1,000.00 anuales.
- Reconstrucción de los incisivos, caninos y premolares sanos fracturados ó perdidos en un accidente, incluyendo la restauración (prótesis) sobre un implante dental.

Los tratamientos de ortodoncia no tendrán cobertura, aunque sea para corregir una mal posición dental a consecuencia de un accidente.

MEDICINA PREVENTIVA:

Esta cobertura Cubre los gastos relacionados con el control médico general (chequeo rutinario), exámenes, laboratorios y demás gastos médicos, de acuerdo a la Tabla de Beneficios incluida dentro de las Condiciones Particulares de la póliza.

XIV. CLÁUSULA DE EXCLUSIONES DE LA PÓLIZA: no se pagarán beneficios bajo esta Póliza por gastos incurridos por tratamientos, servicios o suministros, debidos o relacionados con, o en los casos a continuación listados:

1. Cualquier gasto por servicio o tratamiento médico en el que el ASEGURADO o Persona Cubierta incurra antes de la fecha de efectividad de la póliza.
2. Cualquier gasto por servicio o tratamiento médico dentro de los primeros doce (12) meses de la póliza por las siguientes condiciones: Amigdalotomía y/o Adenoidectomía, Hernia de cualquier clase y Eventraciones cualesquiera que sean sus causas (incluyendo hernia hialal y hernia de disco intervertebral), Histerectomía y órganos de reproducción y anexos, Cataratas, Glaucoma o Pterigion, Laparoscopia ginecológica (diagnóstica y quirúrgica), Endometriosis y/o dolor pélvico crónico, Intervenciones quirúrgicas de vesícula y vías biliares, Septumplastia, Varicoceleotomía, Lesiones pigmentarias de la piel conocidas, como lunares o nevus, Condiciones preexistentes declaradas, no excluidas permanentemente, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Hemorroides, Cálculo de riñón, Prostatitis. En el caso de pólizas colectivas, la Compañía podrá eliminar esta exclusión a su entera discreción, si el grupo a ser asegurado cuenta con una póliza de seguros de salud con otra compañía aseguradora, siempre que dicha póliza haya estado en vigor durante los últimos veinte y cuatro (24) meses inmediatamente anteriores a la fecha de efectividad de esta póliza.
3. Gastos médicos relacionados con una enfermedad o condición preexistente antes de la vigencia de la póliza. Esta exclusión cesará después de trescientos sesenta y cinco (365)

días de cobertura continua del ASEGURADO a partir de la fecha de su inclusión en la Póliza, para aquellas lesiones o enfermedades que hubiesen sido declaradas por el ASEGURADO en la solicitud individual, excepto para aquellas que la Compañía hubiese excluido de por vida o limitado.

4. **Cualquier tratamiento cosmético (incluye medicamentos cosméticos), Cirugías Cosméticas, plástica o reconstructiva, no relacionadas a un accidente o enfermedad elegible incurrido después del inicio de la vigencia de cobertura.**
5. **Tratamientos e intervenciones por infertilidad, inseminación, frigidez, disfunción eréctil y cambio de sexo. Esterilización y procedimientos o tratamientos anticonceptivos y sus consecuencias, así como los medicamentos relacionados directa o indirectamente para tratar estas condiciones, o cualquier servicio similar o procedimientos para causar el embarazo, o cualquier tratamiento (quirúrgico o no) para la infertilidad.**
6. **Cuidados de enfermeras especiales, salvo que esta cobertura se encuentre en la Tabla de Beneficios incluida dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza.**
7. **Tratamientos dentales y odontológicos, quirúrgicos o no, con excepción de aquellos listados dentro de las Condiciones Generales de la Póliza.**
8. **Refracciones visuales, suministro de anteojos, lentes de contactos, aparatos auditivos, queratotomía.**
9. **Aborto voluntarios o provocados criminalmente.**
10. **Anomalías congénitas, hereditarias o defectos adquiridos, excepto la de los recién nacidos cubiertos por la Póliza y sólo hasta el límite y condiciones estipuladas en la Tabla de Beneficios incluida dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza.**
11. **Cualquier condición, enfermedad o lesión que suceda a consecuencia de actos de guerra internacional declarada o no, acto de enemigo extranjero, guerra civil, insurrección, rebelión, revolución, actos destinados a influir mediante el terrorismo o la violencia, desórdenes públicos, desórdenes obrero-patronales y cualquier situación semejante a las anteriormente descritas, que rompa el orden público establecido y/o la convivencia pacífica y las actividades desplegadas para evitarlas o contenerlas o cualquier acto resultante de éstos.**
12. **Cualquier condición, enfermedad o lesión que resulte si el ASEGURADO o alguna Persona Cubierta participa en desórdenes públicos, motines, alborotos populares, desafío o riña, o mientras esté prestando servicios o sea miembro de cualquier institución policial, de custodia o de las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional.**
13. **Procedimientos médicos nuevos o investigativos, sean experimentales o no; para los cuales no se ha establecido un costo razonable. Cualquier tratamiento, procedimiento o medicamento que no esté científicamente o médicamente reconocido. Medicamentos de medicina alternativa.**
14. **Cualquier condición, enfermedad o lesión excluida de cobertura en esta Cláusula, o aquellas específicamente excluidas de cobertura que aparecen descritas en las Condiciones Particulares de la póliza o indicadas mediante endoso de exclusión adherido a esta póliza en cualquier momento durante su vigencia.**
15. **Cualquier condición, enfermedad o lesión recibida y/o ocasionada por, o a el ASEGURADO o Persona Cubierta mientras participe en deportes profesionales, competencias deportivas de las consideradas peligrosas que expongan, por irresponsabilidad, desconocimiento o por circunstancias agravantes, la vida o la salud del ASEGURADO o Persona Cubierta, tales como, pero no limitadas a, boxeo, lucha, paracaidismo, submarinismo, karate, alpinismo, automovilismo, motociclismo, salto de "bungee", vuelo sin motor y ultraligeros, rapel y**

cualquier otro tipo de práctica de salto de caída libre o cualquier otro deporte similar o en viajes en aeronaves privadas, helicópteros o submarinos.

16. Cirugía fetal, definida está como la intervención quirúrgica realizada en un infante aún no nacido.
17. El Costo de gastos médicos incurridos fuera de la República de Panamá que excedan los Costos Razonables y Acostumbrados en la República de Panamá o los gastos máximos por tratamientos estipulados en la Tabla de Beneficios incluido dentro de las Condiciones de la Póliza.
18. Prótesis, el uso de dispositivos de corrección, equipo ortopédico o artefactos médicos que hayan sido adquiridos por el ASEGURADO con anterioridad a la fecha del evento o bien que no sean quirúrgicamente requeridos, a no ser que sean necesarios a causa de un accidente, deformidad o enfermedad que se hayan manifestado mientras el ASEGURADO esté cubierto por esta póliza.
19. Tratamientos podiátricos, incluyendo pero no limitados a, el tratamiento de pies planos, callos, juanetes o uñas de pie; padecimientos sintomáticos de los pies; desórdenes congénitos de los pies; zapatos ortopédicos o cualquier otro equipo de soporte tal como soporte de arcos de pie; o cualquier otro servicio o suministro preventivo. Tratamientos de quiropodista, quiropráctico (salvo que esta cobertura se encuentre en la Tabla de Beneficios incluida dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza) o de pedicurista, incluyendo los relacionados con síntomas de molestias en los pies tales como callos, pie plano, pie o arco débil, plantillas especiales, tratamientos o cirugías por hallux, metatarsalgia o juanetes y cualquier tipo de pieza para insertar en los zapatos o cualquier zapato ortopédico o soporte
20. Cualquier condición, enfermedad o lesión recibida mientras el ASEGURADO o cualquier Persona Cubierta actúe como piloto o sea miembro de la tripulación de una aeronave, ya sea ésta comercial o privada.
21. Cualquier condición, enfermedad o lesión contraída por el ASEGURADO o cualquier Persona Cubierta a consecuencia de estar intoxicado o bajo la influencia de drogas, narcóticos o alucinógenos, a menos que éstas hayan sido administradas por prescripción de un médico. Enfermedades o tratamientos originados a consecuencia de alcoholismo; cualquier tratamiento, complicación o efecto secundario resultante de la ingestión de alcohol, de drogas o similares. Tratamientos por intoxicación medicamentosa.
22. Cualquier condición, enfermedad o lesión recibida y / o ocasionada por, o a el ASEGURADO o cualquier Persona Cubierta mientras esté cometiendo un asalto o esté participando en un acto criminal o en cualquier otro acto violatorio de la Ley.
23. Atención médica o tratamientos que tengan como objeto principal el chequeo médico general o control de salud (chequeo rutinario), con excepción de los estipulados en la Tabla de Beneficios incluidos dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza.
24. Embarazo, parto o complicaciones relacionadas con éstos, excepto si el embarazo comienza luego del período de espera estipulado en la Tabla de Beneficios dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza. No hay cobertura de maternidad para hijas dependientes del ASEGURADO aunque sean Personas Cubiertas.
25. Todo tipo de neurosis o desórdenes psico-neuróticos, desórdenes de personalidad, ansiedad, desórdenes sicosomáticos, psicosis, esquizofrenia, paranoia, depresión unipolar, depresión bipolar, dependencia del licor, adicción a drogas, retardo mental u otra condición o desorden mental sea ésta o no causada o agravada por cualquier otra enfermedad, accidente o trauma, excepto tratamiento por desórdenes mentales y nerviosos, con la limitación descrita en la Tabla de Beneficios incluida en las Condiciones Particulares de la Póliza.

26. Epidemias declaradas por las autoridades públicas.
27. Cualquier procedimiento que no sea médicamente necesario para el tratamiento de una condición, enfermedad o lesión cubierta por esta póliza y los cargos que surjan como consecuencia de un tratamiento por el cual el ASEGURADO o Persona Cubierta no se encuentre bajo el cuidado regular de, o que no esté recetado y autorizado por un médico idóneo.
28. Servicios no requeridos de acuerdo a las normas aceptadas en la práctica médica o servicios que se provean en exceso de los requeridos normalmente para el diagnóstico, prevención o tratamiento de una condición, enfermedad o lesión cubierta por esta póliza.
29. Cualquier gasto incurrido por el acompañante del ASEGURADO o Persona Cubierta, durante la hospitalización del mismo.
30. Servicios prestados por institutos o sanatorios no registrados ni autorizados como instituciones hospitalarias, donde se brinden servicios de cuidados de larga duración, tales como curas de reposo, geriatría o similares.
31. Cargos hechos por consultas telefónicas al médico o por no haber acudido a una cita médica, así como los gastos por cuadrícula médica requerida para la evaluación de un reclamo.
32. Cualquier tipo de trasplante de órgano y los gastos del donante, relacionados o no con dicho trasplante, aunque éste sea el ASEGURADO o Persona Cubierta, salvo que esta cobertura se encuentre incluida en la Tabla de Beneficios dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza.
33. Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, como son la ligadura o extirpación de trompas y la vasectomía, ni su restitución funcional.
34. Terapias recreacionales, educacionales u ocupacionales y patología del habla.
35. Tratamiento por deficiencia o sobreproducción de la hormona de crecimiento
36. Tratamiento alimenticio suplementario, salvo los indicados para el mantenimiento de la vida del enfermo grave.
37. Regímenes de ejercicio y dietéticos, inyecciones, medicamentos, cirugía o tratamientos relacionadas con el control del peso del paciente, ya sea por obesidad o por cualquier otro diagnóstico.
38. Cualquier complicación derivada de una enfermedad, tratamiento o intervención quirúrgica no amparada por esta póliza.
39. Cualquier tratamiento o procedimiento para tratar una deformidad nasal que no sea a consecuencia de una lesión accidental cubierta por esta póliza
40. Tratamientos o intervenciones en la región craneomandibular, incluyendo pero no limitado a el síndrome temporomandibular y otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura.
41. Gastos en exceso de los cargos usuales y acostumbrados vigentes dentro de la República de Panamá. Gastos en exceso de los límites y los sub-límites estipulados en las Condiciones Particulares y en las Condiciones Generales de esta póliza.
42. Controles periódicos o exámenes generales o rutinarios, vacunaciones, certificaciones médicas; exámenes de la vista y del oído, servicios optométricos, cirugía por refracción de

la visión, la compra de lentes regulares o intraoculares y de aparatos para mejorar la audición, implantes cocleares, así como sus pruebas de ajuste.

43. Tratamiento o cirugía por gigantomastia.
44. Cualquier gasto incurrido después de la fecha de terminación de esta póliza, incluyendo aquellos derivados de secuelas de accidentes o enfermedades conocidas o diagnosticadas durante la vigencia de la póliza.
45. Servicios recibidos en alguna institución del Estado o cualquier otro servicio médico por el cual no se exija pago o no medie una facturación o por el cual el CONTRATANTE y / o ASEGURADO o Persona Cubierta no esté legalmente obligado a pagar.
46. Síndrome de Fatiga Crónica a consecuencia del tabaquismo, alcoholismo, obesidad o a consecuencia de cualquiera enfermedad excluida en la póliza.
47. Cualquier gasto médico que sea por enfermedad o lesión sufrida por radiación, ionización, contaminación radioactiva o componente nuclear.
48. Tratamiento homeopático o de acupuntura; medicina deportiva, música terapia o medicina natural. Tratamientos o pruebas recetadas u ofrecidas por un naturópata, iridiólogo u optómetra, con excepción si se encuentra dentro de la Tabla de Beneficios incluida dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza.
49. Servicios prestados por familiares del CONTRATANTE y / o ASEGURADO, o por personas que vivan con él.
50. Honorarios para enfermeras especiales o privadas, con excepción si se encuentran incluidas dentro de la Tabla de Beneficios incluida dentro de las condiciones particulares de la póliza.
51. Gastos ocasionados por pagos que un CONTRATANTE y / o ASEGURADO o Persona Cubierta haga a un hospital, médico u otro proveedor participante, en exceso de los copagos o deducibles que correspondan al servicio médico recibido de acuerdo a las condiciones y estipulaciones de esta póliza.
52. Cualquier reclamo o gasto incurrido por tratamiento, servicios o suministros 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.
53. Cualquier lesión autoinflingida por el CONTRATANTE y / o ASEGURADO, o tentativa de suicidio, o el propio suicidio.
54. Por no residir el Asegurado en el país por menos de seis (6) meses de manera ininterrumpida durante el año de vigencia de la póliza.
55. Por incumplir el CONTRATANTE y / o ASEGURADO alguna de las condiciones establecidas en la póliza.
56. Por declaración errónea, falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas por el CONTRATANTE Y / O ASEGURADO, que hubieran podido influir en el otorgamiento de este seguro, o en los términos en que fue otorgado.
57. Por falta de pago de la prima acordada para cada período de pago de la póliza contratada, siempre y cuando LA COMPAÑÍA emita y remita al CONTRATANTE y / o ASEGURADO, en debida forma, el correspondiente aviso de cancelación de la póliza por falta de pago, el cual

será efectivo 10 días hábiles después de notificado, mediante el envío de dicha notificación a su dirección señalada en la póliza.

XV. **CLÁUSULA DE LÍMITES DE RESPONSABILIDAD:** El límite de responsabilidad de LA COMPAÑÍA no excederá el máximo de la suma asegurada anual renovable o el máximo vitalicio de la póliza y siempre en base a los costos usuales y acostumbrados de la República de Panamá, independientemente de dónde se incurrió el siniestro.

XVI. **CLÁUSULA DE PROCEDIMIENTO DE EL ASEGURADO AL PRESENTAR EL RECLAMO:** Al tener conocimiento de una pérdida EL CONTRATANTE y / o ASEGURADO deberá:

- a) Entregar el formulario de reclamo debidamente completado en todas sus partes y firmado tanto por el ASEGURADO como por el médico tratante a LA COMPAÑÍA o a alguno de sus agentes autorizados.
- b) Dicho formulario debe ir acompañado de los recibos originales de pago, órdenes médicas de laboratorios, Rayos X, exámenes especiales o medicamentos y sus respectivos resultados de exámenes o laboratorios practicados con su respectivo diagnóstico. En el caso de los recibos por medicamentos los mismos deben venir de forma detallada y de acuerdo a la receta otorgada por el médico tratante. En casos de otros seguros, el ASEGURADO debe presentar los originales de los recibos a la primera compañía contratada y a la segunda compañía presentar copia de los recibos con la hoja de liquidación para proceder a cubrir los gastos en exceso a los que tuviere derecho EL ASEGURADO.
- c) A solicitud de LA COMPAÑÍA, presentar prueba de la pérdida bajo juramento si fuere requerido, en los formularios suministrados por LA COMPAÑÍA.

XVII. **CLÁUSULA DE OTROS SEGUROS:** El CONTRATANTE y / o ASEGURADO no podrá beneficiarse de un doble pago por la misma factura / recibo o por un mismo servicio cubierto por este seguro y por otro seguro o plan de beneficios de salud o gastos médicos; en caso de existir otros seguros se procederá de la siguiente forma:

- a) La Póliza o programa de salud de mayor antigüedad será el primero en dar cobertura al reclamo, de acuerdo con los términos y condiciones acordados en dicha Póliza o programa de salud.
- b) En caso de que el primer seguro o programa de salud no cubra en su totalidad los gastos elegibles incurridos por el ASEGURADO, entonces y de conformidad con la ley, las pólizas o programas de salud adicionales deberán pagar, de acuerdo al orden cronológico de antigüedad de contratación, los gastos cubiertos por ellas, los cuales sumados a los pagos efectuados por los otros aseguradores o programas administrados de salud, en ningún momento podrán exceder el cien por ciento (100%) de los gastos cubiertos, incurridos por el ASEGURADO.
- c) En caso de que existan dos o más seguros o programas de salud contratados en la misma fecha y hora, la indemnización será proporcional a la responsabilidad asumida en cada Póliza o programa de salud.

LA COMPAÑÍA no será responsable bajo esta Póliza por una mayor proporción de tal pérdida que la que el límite de responsabilidad aplicable bajo esta Póliza guarde con relación al límite de responsabilidad aplicable de todos los Seguros válidos y cobrables contra tal pérdida.

XVIII. **CLÁUSULA DE ACCIÓN CONTRA LA COMPAÑÍA:** Ninguna acción podrá ejecutarse contra LA COMPAÑÍA a menos que, como condición previa, se cumpla totalmente, con las estipulaciones de esta Póliza; ni hasta treinta días después que se hubieren presentado a LA COMPAÑÍA las pruebas requeridas con respecto a la pérdida. Ninguna acción legal será instituida después de haber pasado un (1) año desde la fecha en que evidencia escrita de pérdida es requerida por esta póliza, contado a partir de la fecha en que se dio el gasto o surgió el derecho para el CONTRATANTE y / o ASEGURADO o para la Persona Cubierta a recibir el beneficio.

- XIX. **CLÁUSULA DE SUBROGACIÓN:** En caso de efectuarse cualquier pago bajo esta Póliza, **EL CONTRATANTE y / o ASEGURADO** subrogará a **LA COMPAÑÍA** en todos sus derechos de recuperación por concepto del pago, contra cualquiera persona u organización, quedando **EL CONTRATANTE y / o ASEGURADO** obligado a entregar todos los documentos relacionados con ese pago que se requieran y cooperará con **LA COMPAÑÍA** para garantizar a ésta sus derechos. **EL CONTRATANTE y / o ASEGURADO** no hará nada, después de la pérdida, en detrimento de tales derechos.
- XX. **CLÁUSULA DE CESIÓN:** El traspaso de interés bajo esta Póliza no comprometerá a **LA COMPAÑÍA** a menos que ésta haya endosado aquí su consentimiento.
- XXI. **CLÁUSULA DE PRIMAS:** las primas deberán ser pagadas en su totalidad y por adelantado a la fecha de vencimiento de la póliza, de acuerdo con el método de pago y periodicidad establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza. La prima a cargo de **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** vence el primer día de cada periodo de pago y su pago debe ser efectuado en las oficinas de **LA COMPAÑÍA**. Se entiende por periodo de pago los meses contados a partir de la fecha de inicio de efectividad indicada en la carátula de esta póliza.

Cuando no se reciba la prima de renovación de la póliza y haya vencido el periodo de gracia, a **EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO** se le notificará el incumplimiento del pago y se le concederán diez (10) días hábiles a partir de la fecha en que el aviso de terminación de póliza por mora en el pago de uno de los abonos a la prima convenida, sea puesto en la oficina de correos y telégrafos dirigido a la última dirección del **CONTRATANTE** registrada en la Póliza, o de que le sea entregado en su domicilio o bien al corredor de seguros si éste es designado en la póliza por **EL CONTRATANTE** para estos efectos.

La prima de renovación podrá ser ajustada una vez al año a la fecha de aniversario póliza, de acuerdo a la evolución de siniestros del plan y las edades de cada **ASEGURADO** vigente.

Queda convenido que la prima inicial pactada a favor de **LA COMPAÑÍA** como retribución por la (s) cobertura (s) contratada (s) aumentará conforme aumente la edad y/o expectativas de salud del **ASEGURADO**, así como el factor inflacionario en los insumos y/o prestaciones médicas del mercado, siempre y cuando sea técnicamente aprobado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá. El costo estimado inicial de la prima durante la vida del **ASEGURADO** se encuentra contemplado en cuadro anexo a este contrato, el cual el **CONTRATANTE y / o ASEGURADO** declara conocer y aceptar.

LA COMPAÑÍA notificará a **EL CONTRATANTE y / o ASEGURADO** cualquier cambio en el monto de la prima convenida por lo menos con treinta (30) días de anticipación a la fecha de la renovación de la póliza de acuerdo a la vigencia de la misma, excluyendo los aumentos de tarifa por cambio en el rango de edad los cuales se realizarán de forma automática. La no aceptación de **EL CONTRATANTE y / o ASEGURADO** del cambio propuesto acarreará la terminación automática de la Póliza al vencimiento de dicho plazo.

Se entenderá que **EL CONTRATANTE y / o ASEGURADO** ha aceptado el cambio en el monto de la prima si hace el pago de la misma dentro del plazo aquí estipulado.

Queda convenido que en caso de que **LA COMPAÑÍA** reciba el pago de una prima de personas que no tengan derecho a gozar de los beneficios de la Póliza por haber alcanzado la edad máxima de protección, **LA COMPAÑÍA** no estará obligada a indemnizar suma alguna y solamente deberá efectuar la devolución de las primas recibidas correspondientes a dichas personas.

- XXII. **CLÁUSULA DE PERÍODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMA:** **EL CONTRATANTE y / o ASEGURADO** dispone de un periodo de gracia de 30 días para el pago de la prima en cada periodo de pago de la póliza. Durante el período de gracia la póliza continuará en vigor. Si la compañía no recibe el pago de la prima antes de que el Período de Gracias expire, **LA COMPAÑÍA** notificará por escrito al **CONTRATANTE Y / O ASEGURADO** que se encuentra en mora. Si una vez notificada la morosidad ésta dejase de transcurrir diez (10) días sin pagar las sumas adeudadas directamente a **LA COMPAÑÍA**, la póliza quedará sin efecto.

XXIII. **CLÁUSULA DE CONTINUIDAD DE COBERTURA:** Los asegurados vigentes bajo esta póliza, siempre y cuando sean mayores de edad, podrán solicitar individualmente continuidad automática de cobertura a otro plan de **LA COMPAÑÍA**, siempre que cumplan las siguientes condiciones:

- a) **EL ASEGURADO** deberá solicitar la continuidad de cobertura por escrito a **LA COMPAÑÍA** con treinta (30) días de antelación.
- b) La continuidad de cobertura se otorgará siempre y cuando el plan sea igual o menor que el plan contratado inicialmente. En los casos en que la continuidad se solicite para planes mayores, **EL ASEGURADO** deberá pasar por requisitos de evaluación médica.
- c) **EL ASEGURADO** deberá pagar cualesquiera primas adeudadas por **EL CONTRATANTE** al momento de la solicitud si existiesen.
- d) **EL ASEGURADO** deberá pagar la nueva prima que sea establecida por **LA COMPAÑÍA** según la tabla de primas mensuales, vigentes en la fecha de la solicitud de continuidad, para esta Póliza, y que se basará en la edad cumplida por **EL ASEGURADO** al momento de la solicitud de acuerdo a los términos y condiciones de dicho plan y el historial de reclamos de el **ASEGURADO**.

XXIV. **CLÁUSULA DE REQUERIMIENTO DE PREAUTORIZACIONES:** Los beneficios de esta póliza se ofrecen principalmente a través de los proveedores participantes. Este requisito aplica para las hospitalizaciones, cirugías ambulatorias, exámenes especiales, tratamientos, procedimientos, compra de medicamentos directos en farmacia u otros beneficios establecidos en la Tabla de Beneficios incluido dentro de las Condiciones Particulares de la Póliza.

Toda preautorización deberá ser solicitada a **LA COMPAÑÍA** en un período no menor de tres (3) días antes de realizarse los procedimientos y/o tratamientos indicados en el párrafo anterior que requieran preautorización, con excepción de las hospitalizaciones y / o procedimientos de emergencia.

La misma deberá ser solicitada mediante el formulario de preautorización establecido por **LA COMPAÑÍA** para este propósito, el cual deberá ser completado y firmado por el **MEDICO** tratante. Una vez que este formulario sea recibido a satisfacción de la **Compañía**, se procederá con la evaluación y aprobación y / o declinación de la misma. **LA COMPAÑÍA** podrá solicitar información adicional que estime conveniente, así como la evaluación de Segunda Opinión Médica en los casos en que sea requerido, durante el proceso de su evaluación.

EL ASEGURADO es responsable de someter todos los procedimientos y/o tratamientos que requieren preautorización, según lo indicado y confirmar la aprobación o declinación de los mismos antes de su realización.

Se establece que si el **ASEGURADO** requiera ser atendido fuera de la República de Panamá y dicha atención ha sido aprobada por **LA COMPAÑÍA**, el **ASEGURADO** deberá cancelar la totalidad de los gastos que genere esta atención y presentar toda la documentación requerida por **LA COMPAÑÍA**, la cual reembolsará al **ASEGURADO** en base a los costos usuales, razonables y acostumbrados en la República de Panamá.

El no cumplimiento con este requisito reducirá los beneficios en un 50% de los costos pactados para dichos procedimientos y / o tratamientos con nuestros proveedores en Panamá.

XXV. **CLÁUSULA DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA:** **LA COMPAÑÍA** se reserva el derecho de enviar al **ASEGURADO** a una Segunda Opinión Médica en los casos que estime conveniente, la cual será pagada en un 100% por **LA COMPAÑÍA**. Si esta Segunda Opinión no es afirmativa, **LA COMPAÑÍA** pagará el 100% de una tercera opinión médica. Si la segunda o tercera opinión médica es afirmativa, la cirugía se cubrirá de acuerdo a los parámetros establecidos en la póliza. Sin embargo si esta segunda o tercera opinión médica determinan que la cirugía no se debe efectuar y el **ASEGURADO** se somete a dicha intervención la Póliza no cubrirá los beneficios por esta cirugía.

- XXVI. **CLÁUSULA DE INDISPUTABILIDAD:** Después de que esta póliza haya estado en vigor por un término de cinco (5) años durante la vida del asegurado, ninguna reclamación será reducida o denegada bajo la base de que una enfermedad o condición física, no excluida de la cobertura, hubiese existido con anterioridad la fecha de la efectividad de esta póliza.
- XXVII. **CLÁUSULA DE RENOVACIÓN:** a opción de la Compañía, esta Póliza será renovada automáticamente en cada aniversario de la Póliza, siempre que los pagos de las primas se encuentren al día.
- XXVIII. **CLÁUSULA DE MODIFICACIONES Y COMUNICACIONES:** Las estipulaciones consignadas en estas condiciones generales sólo se pueden modificar por acuerdo de **LA COMPAÑÍA** y **EL CONTRATANTE**, **previa autorización de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, la cual** deberá constar por escrito mediante endoso ó cláusulas adicionales. Toda clase de avisos notificados e informaciones que se relacionen con el presente contrato, deberán ser enviados directamente al domicilio de **LA COMPAÑÍA**.
- Cualquier notificación o aviso que desee dar la Compañía del **CONTRATANTE** y / o **ASEGURADO** podrá ser entregado personalmente o enviado por correo certificado a la última dirección del **CONTRATANTE** y / o **ASEGURADO** que aparezca en las Condiciones Particulares o a la dirección del corredor de la Póliza.
- XXIX. **CLÁUSULA DE MONEDA:** Se conviene que todos los pagos que **EL CONTRATANTE y/o Asegurado** deba hacer a **LA COMPAÑÍA** ó los que ésta haga por cualquier concepto con motivo de este Contrato, se deberán efectuar en la moneda detallada en la carátula de la póliza.
- XXX. **CLÁUSULA DE LEY APLICABLE:** Se conviene que los tribunales de la Ciudad de Panamá serán los únicos competentes y que para tal efecto **EL CONTRATANTE** y los asegurados renuncian expresamente al foro de sus domicilios.
- XXXI. **CLÁUSULA DE PRESCRIPCIÓN:** Las acciones derivadas del presente Contrato de Seguro prescribirán en el plazo de un (1) año de conformidad con lo dispuesto en el Código de Comercio de la República de Panamá.
- XXXII. **CLÁUSULA DE TÉRMINO:** El término de esta póliza comienza a las 12:01 a.m. del día de efectividad o vigencia indicada en las Condiciones Particulares de la misma. Dicha póliza termina a las 12:00 a.m. en la siguiente fecha de renovación.
- XXXIII. **CLÁUSULA DE FECHA DE INICIO DE COBERTURA:** Fecha en que comienza la cobertura bajo la póliza y que aparece en el Certificado de Cobertura. En ningún caso el inicio de los beneficios comienza en la fecha en que se solicitó el seguro.
- XXXIV. **CLÁUSULA DE 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.

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° 560 de fecha 17 de noviembre de 2010.



Representante Autorizado
SEGUROS LA FLORESTA

CONTRATANTE y / o ASEGURADO