

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

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) A solicitud del CONTRATANTE y / o ASEGURADO, en la fecha en que lo soliciten por escrito a LA COMPAÑÍA.**
- e) 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 termine la póliza o que la cobertura cese por o para el contratante.**
- c) 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 - infligidas 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.

- **Emergencia:** Alteración de la Salud del Asegurado de aparición súbita, acompañada de signos y síntomas que requieran atención Médico - asistencial inmediata y que de no hacerse, compromete la vida, la función o su integridad corporal
- **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.
- **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.
- **Deducible:** es la cantidad de los primeros gastos que está obligado a pagar cada Asegurado o Dependiente en cada año póliza ó calendario, 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.
- **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.
- **Medicamento 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 Dólares de los Estados Unidos de Norteamérica, a menos que se especifique de otra manera en el condicionado Particular.
- **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.

- **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 setenta años (70) 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 (60) 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 setenta (70) 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 el País de Residencia 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 sesenta (60) 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 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.
- X. **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 sesenta (60) días calendario contados a partir de la fecha de ocurrencia.

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 sesenta (60) 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.

- XI. **CLÁUSULA DE PERÍODOS DE ESPERA:**
 Estos plazos comenzaran a contarse a partir de la fecha efectiva de comienzo de la póliza, inclusión de asegurados, contratación de coberturas, aumento de suma asegurada o cambio de Plan según sea el caso, y se establecen según lo siguiente:
 Tendrán cobertura inmediata los accidentes ocurridos posterior a la fecha de inicio de la póliza, Cualquier Emergencia y las siguientes enfermedades agudas: Apendicitis, meningoencefalitis, dengue hemorrágico, fiebre reumática, neumonía, gastroenteritis y pielonefritis.

El asegurado tendrá derecho a los beneficios garantizados por esta póliza cuando la enfermedad, que pueda dar origen a hospitalización, intervención quirúrgica ó tratamiento médico se contraiga u origine después de diez (10) meses contados desde la fecha de inclusión del asegurado en la póliza, aumento de suma asegurada ó cambio de plan

XII. **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. 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 contra reembolso 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 los costos usuales, razonables y acostumbrados aprobados 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.
- **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 los costos usuales, razonables y acostumbrados. 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 los costos usuales, razonables y acostumbrados utilizados por nuestros médicos de red.

Llámesese 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 pagarán 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 pagarán 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.

CONDICIONES CONGÉNITAS Y / O HEREDITARIAS:

Esta póliza no cubrirá ninguna enfermedad pre-existente ni congénita, salvo que se establezca lo contrario bajo anexo especial.

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.

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.

TRATAMIENTO DENTAL DE EMERGENCIA:

Adicionalmente esta cobertura cubre el 100% 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.
- Reconstrucción de los incisivos, caninos y premolares sanos fracturados ó perdidos en un accidente, incluyendo la restauración (prótesis) sobre un implante dental.

XIII. 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 tratamiento, lesión, enfermedad o cargos resultantes de cualquier servicio o suministro que:
No sea médicamente necesario; o Para un Asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico o profesional legalmente calificado; o que no sea autorizado o recetado por un médico o profesional legalmente calificado; o Cuidados de custodia u hospicio. Cualquier atención o tratamiento por enfermedades o lesiones auto-infringidas, estando el Asegurado en su juicio o no, abuso de alcohol, uso o abuso de drogas, uso de sustancias ilegales o el uso ilegal de sustancias controladas. Exámenes de rutina de la vista y oídos, dispositivos auditivos, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial y/u otros procedimientos para corregir desórdenes de refracción visual.
2. Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte del examen físico de rutina, tratamientos profilácticos incluyendo vacunas, exámenes y emisión de certificados médicos con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado para trabajar o viajar. Cirugía electiva o cosmética o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea necesario debido a una lesión, deformidad o enfermedad ocurrida por primera vez estando el Asegurado cubierto por esta póliza. Esto también excluye cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no haya sido consecuencia de un accidente o trauma, excepto como se provee en esta póliza.

3. Cualquier cargo relacionado con condiciones preexistentes conocida o no. Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científicamente o médicamente reconocido para el tratamiento indicado o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos.
4. Cualquier tratamiento o gasto en una institución gubernamental o privada en la que el Asegurado tenga derecho a cuidados gratuitos, o servicios y tratamientos por los cuales no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro. Esto incluye los costos por procedimientos que se efectúen en instituciones que reciban fondos gubernamentales o privados relacionados con un proyecto de investigación para ese procedimiento en cuestión.
5. Procedimientos para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades mentales y/o psiquiátricas, desórdenes de la conducta o del desarrollo, síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño y cualquier otro desorden del sueño.
6. Cualquier gasto o porción que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por servicios o suministros en relación al área geográfica.
7. Cualquier gasto por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, cambio o transformación de sexo, control de la natalidad, tratamiento por infertilidad, inseminación artificial, tratamiento o prótesis para mejorar o restablecer la función sexual, disfunción o inadecuación sexual, desórdenes relacionados con el virus del papiloma humano (VPH) y/o enfermedades transmisibles sexualmente. Cualquier gasto, servicio, o tratamiento para la obesidad, control de peso o cualquier forma de suplemento alimenticio, incluyendo cirugía bariátrica o de "by-pass" gástrico, sus complicaciones y tratamientos. Además de cualquier tipo de procedimiento quirúrgico destinado a la pérdida de peso. Cuidado para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo pero no limitado a callosidades, hallux valgus, dedo en martillo, Neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles, pies débiles u otros trastornos sintomáticos de los pies, incluyendo pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma. Salvo a consecuencias de accidentes.
8. Cualquier tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento independientemente del motivo por el cual ha sido indicado y tratamiento con estimulador o estimulación del crecimiento óseo.
9. Todo tratamiento a una madre o a un recién nacido relacionado con una maternidad.
10. Cualquier tratamiento dental, o de ortodoncia vinculados o no a un problema mandibular y/o maxilar no relacionado con un accidente cubierto por esta póliza. Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneomandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula conectando el hueso de la mandíbula con el cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación. Tratamiento de lesiones sufridas mientras el Asegurado se encuentra prestando servicios como miembro de la policía o de una unidad militar o mientras participa en una guerra, motín, conmoción civil o cualquier actividad ilegal incluyendo el encarcelamiento resultante.
11. Cualquier tratamiento médico o quirúrgico proporcionado por personal paramédico, médico o enfermera que tenga parentesco con El Asegurado, dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad. Enfermeras privadas para la atención personalizada o para el cuidado del paciente fuera y dentro del centro clínico u hospitalario.
12. Equipo de riñón artificial personal para uso residencial y todos los gastos relacionados.
13. Cualquier gasto relacionado con la adquisición o implantación de corazón artificial, dispositivo mono o biventricular, otros órganos artificiales o de animales y todos los gastos relacionados con la criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.
14. Lesiones o enfermedades causadas por o relacionadas con radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la combustión de combustible nuclear o artefactos nucleares.

15. Cualquier gasto relacionado con terapia recreativa o educacional.
 16. Cualquier gasto relacionado con la custodia en caso de senilidad o deterioro cerebral.
 17. Cualquier atención de custodia, domiciliaria y de salud doméstica incluyendo pero no limitada a cuidados de manutención o terapia para condiciones crónicas.
 18. Tratamientos, servicios, y suministros brindados por instituciones que son sanatorios, instituciones de descanso, centros de tratamiento para atención geriátrica, instalaciones de atención prolongada, balnearios y las hidroclínicas.
 19. Cualquier lesión, accidente o enfermedad sufrida a consecuencia de la práctica o participación profesional directa en competencias deportivas o actividades peligrosas de alto Riesgo.
- XIV. **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 según la zona geográfica donde se incurrió el siniestro.
- XV. **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**.
- XVI. **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.

- XVII. **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.
- XVIII. **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.
- XIX. **CLÁUSULA DE CESIÓN:** El traspaso de interés bajo esta Póliza no comprometerá a **LA COMPAÑÍA** a menos que ésta haya endosado aquí su consentimiento.
- XX. **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.

- XXI. **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.
- XXII. **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**.
- XXIII. **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.
- XXIV. **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.
- XXV. **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.
- XXVI. **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.

- XXVII. **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.
- XXVIII. **CLÁUSULA DE LEY APLICABLE:** Las partes se someterán a la Jurisdicción de los tribunales de la República de Panamá
- XXIX. **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.
- XXX. **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.
- XXXI. **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.
- XXXII. **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.

Representante Autorizado
SEGUROS LA FLORESTA

CONTRATANTE y / o ASEGURADO