



PÓLIZA DE SEGURO PARA GASTOS POR SERVICIOS
DE ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALARIA

MAPFRE

 **MAPFRE**

Cuidamos lo que te importa

www.mapfre.com.pa

PÓLIZA DE SEGURO PARA GASTOS POR SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Y HOSPITALARIA

CONDICIONES GENERALES	4
CLÁUSULA PRIMERA	4
1. CONTRATO	4
CLÁUSULA SEGUNDA	4
1. DE LA COBERTURA DE SU PÓLIZA EN GENERAL	4
1.1. MÁXIMO VITALICIO	4
1.2. RESIDENCIA EN EL PAÍS	5
1.3. FORMA DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN	5
1.4. REQUISITO DE PRE-AUTORIZACIÓN	5
1.5. VIGENCIA	6
1.5.1. <i>Cuándo comienza la Vigencia de su Póliza de Seguro</i>	6
1.5.2. <i>Cuándo Termina la Vigencia de su Póliza de Seguro</i>	6
1.6. DE LA INCLUSIÓN AUTOMÁTICA DE RECIÉN NACIDOS	7
2. TIPOS DE COBERTURAS	8
2.1. TIPO DE COBERTURA BÁSICA	8
2.2. TIPO DE COBERTURA BAJO MÉDICO MAYOR O COMPRENSIVA.....	8
2.3. TIPO DE COBERTURA SUPLEMENTARIA	8
2.4. TIPO DE COBERTURA DE PAGOS ESPECÍFICOS EN EFECTIVO	9
3. DE LAS COBERTURAS DE SU PÓLIZA EN PARTICULAR	9
3.1. COBERTURA PARA GASTOS POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE	9
3.2. COBERTURA DE RENTA DIARIA PARA GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN	10
3.3. COBERTURA PARA GASTOS POR MATERNIDAD	11
3.4. COBERTURA ESPECIAL PARA GASTOS POR ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO.....	12
3.5. COBERTURA ESPECIAL PARA GASTOS POR ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO PREMATURO	13
3.6. COBERTURA ESPECIAL PARA GASTOS POR PADECIMIENTOS O ENFERMEDADES CONGÉNITAS	14
3.7. COBERTURA PARA GASTOS POR ATENCIÓN DE DESÓRDENES MENTALES O NERVIOSOS	15
3.8. COBERTURA PARA GASTOS POR ATENCIÓN DE ENFERMEDADES Y COMPLICACIONES DE LA SALUD POR SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (S.I.D.A.), O DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANO (V.I.H.)	16
3.9. COBERTURA PARA GASTOS POR ATENCIÓN POR TRASPLANTE DE ÓRGANOS	17
3.9.1. <i>Órganos o padecimientos para que el trasplante pueda estar cubierto bajo esta cobertura</i>	18
3.9.2. <i>Exclusiones específicas de esta cobertura</i>	18
3.10. COBERTURA PARA GASTOS POR DONANTE DE ÓRGANO	19
3.11. COBERTURA PARA GASTOS DE ATENCIÓN POR ENFERMEDADES MUY GRAVES	20
4. SERVICIOS CUBIERTOS EN GENERAL	20
4.1. SERVICIO POR RECLUSIÓN HOSPITALARIA.....	21
4.2. SERVICIO POR FACILIDAD AMBULATORIA QUIRÚRGICA.....	21
4.2.1. <i>Cirugías y Procedimientos Obligatoriamente Ambulatorios</i>	22
4.3. HONORARIOS POR SERVICIOS MÉDICOS INTRAHOSPITALARIOS O EN FACILIDAD AMBULATORIA	22
4.4. SERVICIO POR ATENCIÓN EN CASO DE URGENCIAS	23
4.5. SERVICIO DE EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS, TRATAMIENTOS ESPECIALES Y SUMINISTRO DE EQUIPOS ESPECIALES	25
4.6. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, MEDICAMENTOS Y OTROS MEDIOS DIAGNÓSTICOS CON PRESCRIPCIÓN MÉDICA	26
4.7. SERVICIOS PRESTADOS POR ENFERMERAS	26
4.8. SERVICIOS DE AMBULANCIA TERRESTRE O AÉREA.....	27
4.9. SERVICIOS DE CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA (INTERCONSULTA)	27
4.10. SERVICIO DE TERAPIA FÍSICO-MIONEURO-RESTAURATIVA Y ACUPUNTURA	27

4.11 SERVICIOS DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	28
4.12. SERVICIOS DENTALES POR EL TRATAMIENTO DE UNA LESIÓN ACCIDENTAL	29
CLÁUSULA TERCERA.....	30
1. TÉRMINOS Y CONDICIONES	30
1.1.SOLICITUDES.....	30
1.1.1. <i>Declaración Errónea de la Edad</i>	30
1.2.REINSTALACIÓN DE LA PÓLIZA	30
1.3.EXTENSIÓN DE COBERTURA DE LA PÓLIZA	31
1.4. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN DE PÓLIZA.....	31
1.4.1. <i>Excepciones y limitaciones del Privilegio de Conversión de Póliza</i>	31
1.5.CONTINUIDAD TEMPORAL DE COBERTURA DE LA PÓLIZA PARA EL CÓNYUGE ASEGURADO Y SUS HIJOS ELEGIBLES	31
1.6.CIRUGÍAS EN PERÍODO DE ESPERA.....	32
1.7.ASIGNACIÓN O CESIÓN DEL PRODUCTO DE LA COBERTURA	32
1.8.COORDINACIÓN DE COBERTURAS	33
1.9.DERECHO DE SUBROGACIÓN.....	34
1.10. PRIMAS	35
1.10.1. <i>Cálculo de Primas</i>	35
1.10.2. <i>Cambios en las Tasas de las Primas</i>	35
1.10.3. <i>Pago de Prima Inicial y de Prima de Renovación</i>	35
1.11. PROCEDIMIENTOS A SEGUIR POR EL ASEGURADO EN CASO DE REQUERIR COBERTURA PARA GASTOS POR SERVICIOS DE RECLUSIÓN HOSPITALARIA O ATENCIÓN AMBULATORIA.....	36
1.11.1. <i>Para Gastos por Servicios de Consulta Externa</i>	36
1.11.2. <i>Para Gastos por Servicios de Reclusión Hospitalaria, Honorarios Médicos, Servicios Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria; Exámenes, Procedimientos, Tratamientos y Suministro de Equipos Especiales; Maternidad, y cualesquiera otros gastos elegibles por servicios cubiertos</i>	36
1.11.3. <i>Requisitos de Segunda y Tercera Opinión</i>	36
1.11.4. <i>Requisitos para Presentación de Reclamos y Prueba del Siniestro</i>	37
1.11.5. <i>Procedimiento de revisión en caso de Reclusión Hospitalaria</i>	38
1.12. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES	38
1.13.DISPOSICIONES PARTICULARES.....	42
1.13.1. <i>Renovación Automática</i>	42
1.13.2. <i>Cambios en el Contrato de Seguro o Póliza</i>	42
1.13.3. <i>Agravación del Riesgo</i>	43
1.13.4. <i>Tercera Opinión por Condición Pre-Existente</i>	43
1.13.5. <i>Exámenes Físicos y Autopsia</i>	43
1.13.6. <i>Solución de Controversias</i>	43
1.13.7. <i>Acciones Legales</i>	43
1.13.8. <i>Concordancia con las Leyes Locales</i>	44
1.13.9. <i>Avisos y Notificaciones</i>	44
CLAUSULA CUARTA.....	44
1. DEFINICIONES	44

CONDICIONES GENERALES

MAPFRE PANAMÁ, S.A., sociedad anónima panameña, inscrita en el Registro Público a ficha 103707, rollo 597, e imagen 46 de la Sección de Micropelículas (Mercantil), con oficinas ubicadas en Costa del Este, diagonal al Business Park, Ciudad de Panamá, República de Panamá, en adelante LA COMPAÑIA, en consideración al pago por adelantado de la prima convenida asume el riesgo de pérdida económica (gastos) en que durante la vigencia de la Póliza incurra el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, por gastos elegibles por servicios de atención médica y hospitalaria que haya recibido un Asegurado y solo si están cubiertos bajo alguna de las coberturas del plan de seguro que se enuncia y para el que se ha establecido una prima en las Condiciones Particulares de la Póliza, sujeto a los Deducibles, Exclusiones y Limitaciones, Máximo Vitalicio y demás estipulaciones y condiciones para esa cobertura contenidas en dichas Condiciones Particulares y en estas Condiciones Generales, prevaleciendo las primeras sobre las segundas.

CLÁUSULA PRIMERA

1. CONTRATO

La Solicitud de Seguro para cualquier Asegurado y las declaraciones contenidas en ella, y las manifestaciones que se hicieron o se hagan al médico examinador, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las excepciones o exclusiones que se hagan en ella, los Anexos, Aditamentos y Endosos que se le adhieran, constituyen el Contrato de Seguro - en adelante Póliza o Contrato- entre el Contratante y LA COMPAÑIA y a el Contrato estarán sujetas las partes y los dependientes asegurados.

Por lo anterior, cualquier equivocación, omisión, inexactitud, falsedad o reticencia en las manifestaciones hechas por el (los) asegurado(s), eximirán a LA COMPAÑIA de toda obligación con relación a esta Póliza.

CLÁUSULA SEGUNDA

1. DE LA COBERTURA DE SU PÓLIZA EN GENERAL

En consideración al pago por adelantado de la prima convenida, LA COMPAÑIA asume el riesgo de pérdida económica (gastos) en que durante la vigencia de Póliza incurra el Asegurado, o el Contratante en caso de ser persona distinta de aquél, por gastos elegibles por servicios de atención médica y hospitalaria que haya recibido un Asegurado y que estén cubiertos bajo alguna de las coberturas de seguro que se enuncian y para las que se ha establecido una prima en las Condiciones Particulares de la Póliza, sujeto a los Deducibles, Coaseguros, Copagos,

Exclusiones y Limitaciones, Máximo Vitalicio y demás estipulaciones y condiciones para las coberturas contenidas en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares vigentes en la fecha en que se incurre en dicha pérdida económica o gasto y de acuerdo a lo que se estipula para el área geográfica de incurrencia del gasto en las mismas Condiciones Generales y Particulares, prevaleciendo las Condiciones Particulares sobre las Generales.

Toda condición preexistente declarada en la solicitud de seguros de la cual este contrato forma parte tiene cobertura, de acuerdo a lo estipulado en las condiciones particulares, a partir de décimo tercer mes de vigencia de la póliza o a partir de la fecha de efectividad de una asegurado dado, al menos que se indique lo contrario mediante exclusión específica en la caratula, en las condiciones particulares del contrato, o específicamente en estas condiciones generales.

Se exceptúan de lo anterior los casos de Enfermedades Muy Graves, según la definición de este contrato, y cualquier condición preexistente que no haya sido declarada en la solicitud de seguros antes mencionada. Para estas condiciones la póliza no ofrece cobertura en ningún momento, al menos que se estipule lo contrario mediante endoso especial.

1.1. Máximo Vitalicio

Es la Suma Asegurada acumulada total que tiene la póliza durante todo el tiempo de su vigencia incluyendo las renovaciones, ya sea globalmente para todas las coberturas en conjunto o bien en particular para alguna cobertura específica o para algún servicio o rubro de servicio asociado a una o varias coberturas según se estipule en las Condiciones Particulares de la póliza, que correrá a cargo de LA COMPAÑIA por cada asegurado o en conjunto por el grupo asegurado en la póliza según se estipule en las Condiciones Particulares de la misma, como resultado de recibir servicios médicos u hospitalarios elegibles cubiertos bajo la Póliza, siempre y cuando, los servicios se reciban en el área geográfica de cobertura indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cuando las Condiciones Particulares indiquen una suma asegurada anual reinstalable, se define la misma como el monto total que será elegible para gastos cubiertos por asegurado para un año calendario dado y que será re-instalable al inicio de cada año calendario de manera automática, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente en sus pagos.

La suma asegurada anual reinstalable no aplica para coberturas y beneficios que tengan límites o sub-límites vitalicios, o bien algún tipo de limitación que opere por un número de veces o bien a través de un

monto fijo único durante toda la vigencia máxima de la póliza y que se encuentren así estipulados en las condiciones particulares de la misma.

1.2. Residencia en el País

Para tener derecho a la cobertura el Asegurado (principal, cónyuge e hijos dependientes) deberá residir en la República de Panamá durante diez (10) meses dentro del año calendario, a menos que sea dispuesto de otra forma en las Condiciones Particulares de la Póliza.

1.3. Forma de Pago de la Indemnización

La indemnización producto de la cobertura de seguros será pagada directamente al o a los Proveedores Preferidos de Servicios Médicos u Hospitalarios asignados al plan de seguro para gastos por servicios de atención médica u hospitalaria a la que corresponda su póliza, consignados en las Condiciones Particulares de la Póliza. Cuando no haya proveedores de servicios asignados al plan de seguro, la indemnización será pagada directamente al Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, mediante reembolso de gastos, de conformidad y de acuerdo con los porcentajes, cantidades y limitaciones estipuladas en las Condiciones Particulares de la Póliza y usando como referencia los costos y precios usuales y acostumbrados de la plaza de acuerdo con las estadísticas que lleve LA COMPAÑIA por razón de su experiencia.

En caso de que el plan de seguro indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza consigne la utilización de alguna Red de Proveedores Preferidos para la cobertura total de la póliza o bien para alguna cobertura específica o servicio específico cubierto, LA COMPAÑIA facilitará los listados actualizados de proveedores y tendrá a disposición de los asegurados la información de dichos proveedores cuando el asegurado así lo solicite, incluyendo la fecha en que un proveedor dado haya salido de la Red de Proveedores Preferidos.

Estos proveedores podrán cambiar en cualquier momento sin perjuicio de las pre-autorizaciones extendidas antes de la fecha de salida de la Red de un proveedor dado. Toda solicitud de pre-autorización que se presente durante los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de salida de un proveedor de la Red será atendida de conformidad con los términos y condiciones de la Póliza como si dicho proveedor aún formara parte de la misma.

En el evento de que el cambio de proveedor se refiera a una Institución Hospitalaria, el mismo será efectivo transcurridos treinta (30) días calendarios contados a partir de la fecha en que sea notificado al Asegurado de conformidad con lo establecido en la cláusula tercera, numeral 1, sección 13.9, Avisos y Notificaciones.

Es importante que antes de recibir cualquier servicio que pudiera estar cubierto bajo esta póliza, el Asegurado que

posee un plan de seguro en el que se consigne la utilización de alguna Red de Proveedores Preferidos, se comuniquen con LA COMPAÑIA y verifique si el proveedor del servicio pertenece o no a dicha Red.

Cuando no se utilicen los proveedores preferidos señalados para el Plan de Seguros que posee la Póliza, LA COMPAÑIA sólo reembolsará al Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, el porcentaje (%) establecido para estos casos en las Condiciones Particulares de la Póliza para los gastos elegibles, que será calculado sobre la base del precio pactado con los proveedores preferidos asignados al Plan de Seguros por el servicio cubierto y sin exceder el límite máximo de cualquier cobertura que se haya contratado en la Póliza.

En ningún caso LA COMPAÑIA será responsable por daños y perjuicios originados por las opiniones de los médicos profesionales consultados y por los servicios prestados por las instituciones médico- hospitalarias o proveedores de una red de Proveedores Preferidos.

1.4. Requisito de Pre-Autorización

La pre-autorización es requisito indispensable y obligatorio para recibir cualquier servicio derivado de coberturas de esta Póliza, a menos que sea especificado de otra forma para una cobertura específica o servicio específico en las Condiciones Particulares de la Póliza, y deberá ser solicitada por el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, con por lo menos tres (3) días calendarios de anticipación, y en los casos en que otro médico hubiese referido al asegurado al médico tratante actual deberá solicitarla con por lo menos cinco (5) días calendarios de anticipación; en todos los casos en que así lo indique la cobertura de la Póliza bajo la que se podría tener derecho a que se cubra el servicio. La Pre-Autorización deberá ser cursada a LA COMPAÑIA mediante el formulario designado para estos efectos, el cual estará a disposición del asegurado cuando él así lo solicite. El formulario de Pre-Autorización deberá acompañarse de cualquier documentación que sea requerida por LA COMPAÑIA para la evaluación de dicha solicitud.

En aquellos servicios y suministros que de otra manera hubiesen sido cubiertos de haberse solicitado la pre-autorización requerida dentro de los plazos establecidos en la póliza, LA COMPAÑIA aplicará una penalización como un porcentaje sobre el valor usual y acostumbrado del servicio o suministro recibido. El % de penalización por falta de preautorización será estipulado en las condiciones particulares del Plan.

1.5. Vigencia

Es el plazo de duración de su contrato de seguro o Póliza y durante el cual LA COMPAÑIA asume el riesgo de

pérdida económica (gastos) en que durante dicho plazo incurra el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, por gastos elegibles por servicios de atención médica y hospitalaria que haya recibido un Asegurado y sólo si están cubiertos bajo alguna de las coberturas de seguro que se enuncian y para las que se ha establecido una prima en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La vigencia de la Póliza para un Asegurado Principal, Cónyuge Elegible y Hijo(s) Elegible(s) será igual a la frecuencia de pago de la prima acordada por el Asegurado Principal en la "Solicitud de Seguro", pudiendo su Póliza tener una vigencia bisemanal, mensual, trimestral, cuatrimestral, semestral o anual.

La fecha del inicio de la vigencia de la Póliza para un 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 de Póliza. Para el(los) hijo(s) recién nacido(s) del Asegurado Principal se aplicará lo establecido en la **Cláusula Segunda, Numeral 1, Sección 1.6. "De la Inclusión Automática de Recién Nacidos"**.

1.5.1. Cuando comienza la Vigencia de su Póliza de Seguro

Para el Asegurado Principal, Cónyuge Elegible y el(los) Hijo(s) Elegible(s), en la fecha en que cada uno haya cumplido con todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. Que hayan completado correcta, honestamente y por escrito, el formulario de "Solicitud de Seguro" diseñado y aprobado por LA COMPAÑIA habiendo cumplido con los requerimientos que en el se le hayan indicado; y
- b. Que se haya(n) pagado por adelantado y en las oficinas de LA COMPAÑIA la(s) prima(s) que esta última haya requerido; y
- c. Que LA COMPAÑIA haya aprobado la(s) solicitud(es) de seguro, emitido las Condiciones Particulares correspondientes y entregado dicha(s) Condiciones Particulares al Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel.

1.5.2. Cuando Termina la Vigencia de su Póliza de Seguro

La Vigencia de su Póliza de Seguro terminará automáticamente a la media noche de:

- a. **Para todos los asegurados, el último día de su vigencia conforme al Certificado de Póliza;**
- b. **Para todos los asegurados, el día que la prima vence y no es pagada en la renovación;**

c. **Para todos los asegurados, el día escogido por el Asegurado Principal, previa notificación por escrito y entregada en las oficinas de LA COMPAÑIA;**

d. **En el momento en que el Asegurado Principal agote su Máximo Vitalicio, o se agote el Máximo Vitalicio Conjunto - si existe - del Asegurado Principal con todos sus dependientes elegibles en póliza según se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza, o bien en el momento en que para algún asegurado se agote su Máximo Vitalicio Especifico si hubiere alguno establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, lo que ocurra primero;**

e. **El día anterior a la fecha en que el Asegurado ingrese al servicio activo de fuerzas armadas, de policía, ejércitos o instituciones de seguridad pública o privada, de cualquier organización o agrupación, Estado o Nación;**

f. **El momento en que el Asegurado deja de ser Cónyuge Elegible o Hijo Elegible;**

g. **El día siguiente a aquel en que el Asegurado haya totalizado sesenta (60) días calendarios acumulados sean continuos o no, fuera de la República de Panamá durante un año calendario, a menos que se haya emitido algún aditamento o endoso que deje sin efecto esta causal.**

h. **El día en que LA COMPAÑIA tenga conocimiento de declaraciones falsas, fraudulentas, equivocadas u omisiones de información en la solicitud del Asegurado Principal, Cónyuge o Hijo Elegible, corroboradas por un Médico o Institución Hospitalaria, o Clínica Privada; sin importar que dichas declaraciones u omisiones provengan del Asegurado Principal, Cónyuge o Hijo Elegible, la póliza terminará para todos los asegurados al amparo de la misma a partir de la fecha en que LA COMPAÑIA tenga conocimiento de ese hecho. LA COMPAÑIA informará al Asegurado mediante un aviso de terminación según lo establecido en la Cláusula Tercera, Numeral 1, Sección 1.13.9. "Avisos y Notificaciones" de esta póliza;**

i. **El día en que LA COMPAÑIA tenga conocimiento de la falsificación o adulteración de informes médicos, facturas, cuentas, recetas, reportes y demás documentos presentados para la sustentación de un reclamo. Sin perjuicio a lo anterior, LA COMPAÑIA informará al Asegurado mediante un aviso de terminación según lo establecido en la Cláusula Tercera, Numeral 1, Sección 1.13.9. "Avisos y Notificaciones" de esta póliza;**

j. **El último día del plazo de treinta (30) días calendarios establecido por LA COMPAÑIA por el cual se notifica al Asegurado una modificación o cambio en el contrato de seguro o cambios en las Tasas de las primas y el Asegurado no acepta dicha modificación.**

k. **El día en que el Asegurado cambie de profesión o actividad, agravando el riesgo, de manera que LA COMPAÑIA hubiese denegado o limitado la emisión de**

la Póliza en esa condición según sus políticas de suscripción. LA COMPAÑIA informará el hecho al Asegurado mediante comunicación escrita según lo establecido en la Cláusula Cuarta, Numeral 1, Sección 1.13.9. “Avisos y Notificaciones” de esta póliza.

I. En aquellos casos en que mediante Endoso a la Póliza se haya convenido con el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, el pago de la prima convenida para un plazo de vigencia dado mediante abonos parciales, el décimo (10º) día hábil contado 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 Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, registrada en la Póliza, o de que le sea entregado personalmente, o bien al agente de seguros si éste es designado en la póliza por el Contratante para estos efectos.

Cualquier suma de dinero que con posterioridad a las fechas arriba indicadas sea recibida por LA COMPAÑIA, o que habiéndose entregado al Corredor de Seguro de la Póliza con antelación a las fechas arriba indicadas para supuestamente amparar una cobertura por un periodo posterior a las mismas por razón de esta póliza y dicho Corredor no la haya remitido a LA COMPAÑIA dentro del plazo establecido por la Ley, ÚNICAMENTE dará derecho al Asegurado Principal (o a la persona por causa de la cual se recibió el dinero) a la devolución de dicha suma de dinero.

1.6. De la Inclusión Automática de Recién Nacidos

En caso de que en las Condiciones Particulares de la Póliza se otorgue la cobertura de maternidad, sujeto a que la póliza se encuentre vigente al tiempo del alumbramiento, a las limitaciones y excepciones y demás parámetros de operación de esta Póliza, y a que la madre esté cubierta bajo el beneficio de maternidad para dicho embarazo, el o los hijos recién nacidos quedarán automáticamente incluidos como Asegurados bajo la Póliza siempre y cuando el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, solicite su inclusión como tales durante los primeros nueve (9) días de vida del o de los recién nacidos y, la prima de acuerdo a la frecuencia y forma de pago por la cobertura en la Póliza de cada recién nacido sea pagada por adelantado al momento de la solicitud de inclusión en la Póliza. Hecho esto, la inclusión del recién nacido a la póliza será efectiva a partir del décimo (10º) día de vida. Inscripciones posteriores al noveno (9º) día de nacido estarán sujetas a que previamente se complete un formulario de solicitud de seguro para el recién nacido (declaración médica), y a la evaluación y aprobación de la misma por parte de LA COMPAÑIA.

2. TIPOS DE COBERTURAS

La cobertura de su Póliza puede ser Básica, bajo Médico Mayor o Comprensiva, Suplementaria, Pagos Específicos en Efectivo, o una combinación de dos o más de ellas.

2.1. Tipo de Cobertura Básica

Es la forma en que LA COMPAÑIA asume el riesgo de pérdida económica (gasto elegible) en que durante la vigencia de la Póliza sufra o incurra el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, por servicios de atención médica u hospitalaria que haya recibido el Asegurado, y le indemniza por la misma reembolsándole en dinero por dicha pérdida o gasto, o haciéndose cargo del valor de dichos servicios cuando mantenga convenios con Proveedores de Servicios médicos u hospitalarios para ser utilizados por los asegurados, haciéndose cargo del 100% de los gastos elegibles por servicios cubiertos bajo la Póliza, sin exceder los límites en monto y tiempo señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza y que, salvo que en éstas se indique otra cosa, no están sujetos ni a co-aseguro ni a deducible.

2.2. Tipo de Cobertura Bajo Médico Mayor o Comprensiva

Es otra forma en que LA COMPAÑIA asume el riesgo de pérdida económica (gasto elegible) en que durante la vigencia de la Póliza sufra o incurra el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, por servicios de atención médica u hospitalaria que haya recibido el Asegurado, y le indemniza por la misma reembolsándole en dinero por dicha pérdida o gasto, o haciéndose cargo del valor de dichos servicios cuando mantenga convenios con Proveedores de Servicios médicos u hospitalarios para ser utilizados por los asegurados, haciéndose cargo de un porcentaje preestablecido de los gastos elegibles por servicios cubiertos bajo la Póliza y corriendo la diferencia en coaseguro a cargo del Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, hasta el Máximo Desembolso por año calendario o año póliza según sea el caso (si así se ha estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza).

Luego de cubierto el Máximo Desembolso LA COMPAÑIA dará cobertura al 100% de los gastos elegibles por servicios cubiertos bajo la Póliza sin exceder el Máximo Vitalicio o cualquier máximo ya sea en monto o en tiempo estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza durante ese año calendario o año póliza. Para dar esta cobertura el asegurado deberá primero haber completado o cubierto el deducible de acuerdo a su modalidad y para la cobertura o coberturas en cuestión de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2.3. Tipo de Cobertura Suplementaria

Forma en que LA COMPAÑIA asume el riesgo de pérdida económica (gasto elegible) en que durante la vigencia de la Póliza sufra o incurra el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, por servicios de atención médica u hospitalaria que haya recibido el Asegurado, y le indemniza por la misma reembolsándole en dinero por dicha pérdida o gasto, o haciéndose cargo del valor de dichos servicios cuando mantenga convenios con Proveedores de Servicios médicos u hospitalarios para ser utilizados por los asegurados, haciéndose cargo del 100% de los gastos elegibles por servicios cubiertos bajo la Póliza, hasta los límites ya sea en monto o tiempo señalados en las Condiciones Particulares de la Póliza y que, salvo que en éstas se indique otra cosa, no están sujetos a coaseguro, ni a deducible ni a copago.

Luego de cubiertos esos límites y una vez cubiertos el deducible, coaseguros o copagos si se establece, LA COMPAÑIA dará cobertura de seguro por la cantidad o el tiempo en exceso de los mismos haciéndose cargo de un porcentaje (%) preestablecido de los gastos elegibles por servicios cubiertos según se estipula en las Condiciones Particulares de la Póliza y corriendo la diferencia a cargo del Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, hasta el Máximo Desembolso por año calendario o año póliza según sea el caso (si así se ha estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza).

Finalmente, cubierto el Máximo Desembolso, LA COMPAÑIA dará cobertura al 100% de los gastos elegibles por servicios cubiertos bajo la Póliza sin exceder el Máximo Vitalicio o cualquier máximo ya sea en monto o en tiempo de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza

2.4. Tipo de Cobertura de Pagos Específicos en Efectivo

Es la forma en que LA COMPAÑIA asume el riesgo (o parte de él) de pérdida económica que durante la vigencia de la Póliza pueda sufrir o incurrir el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, a consecuencia de la aparición de una o más condiciones médicas o enfermedades o por haber recibido atenciones o servicios médicos u hospitalarios, en ambos casos preestablecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza siempre y cuando sean médicamente necesarios y que haya recibido o deba recibir el Asegurado por este tipo de cobertura en la póliza. LA COMPAÑIA indemniza a razón de este tipo de cobertura con un pago único en efectivo por determinado servicio o atención médica u hospitalaria, o mediante el pago de una renta por determinado tiempo, todo de acuerdo a los parámetros de operación estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3. DE LAS COBERTURAS DE SU PÓLIZA EN PARTICULAR

Aquellas coberturas que se listan a continuación y que se encuentren como incluidas en su plan de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria serán utilizadas para indemnizar al Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, únicamente por los gastos elegibles en que haya incurrido por los servicios cubiertos asociados a la cobertura que corresponda y que se encuentren listados en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, “Servicios Cubiertos en General”** de estas Condiciones Generales.

Las Coberturas en Particular que en adelante se detallan son excluyentes las unas de las otras, es decir, que si los gastos por servicios elegibles deben ser cubiertos específicamente bajo los parámetros de operación establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza para una de estas coberturas no lo serán entonces bajo los parámetros de operación establecidos en las mismas Condiciones Particulares de ninguna otra cobertura.

3.1. Cobertura para Gastos por Enfermedad y Accidente

Esta cobertura será utilizada para indemnizar al Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, únicamente por los gastos elegibles y médicamente necesarios en que se haya incurrido por la atención médica u hospitalaria a causa de una lesión accidental o enfermedad sufrida por un Asegurado cubierto bajo esta Póliza siempre y cuando se cumpla con todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. La póliza se encuentre vigente; y
- b. Que su plan de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza; y
- c. El o los servicios y sus rubros, según lo indicado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, “Servicios Cubiertos en General”** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza; y
- d. El gasto incurrido elegible no sea a causa de las enfermedades descritas en la definición de “Enfermedades Muy Graves” de la **Cláusula Cuarta, Numeral 1**; y
- e. Que sólo en el caso de enfermedad y de acuerdo a lo estipulado en la definición de la misma, ésta se manifieste por primera vez por lo menos cuatro (4) meses después de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza para algún Asegurado Principal o Dependiente elegible, o de la fecha de adición o de ingreso de algún dependiente elegible a la misma; y
- f. Después que el copago, el coaseguro, y el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya

sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura en la fecha de incurrir del gasto; y

g. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), tanto máximos de responsabilidad como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de esta cobertura en particular, o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura en la fecha de incurrir del gasto.

En el caso de que bajo esta cobertura se cubran gastos por tratamientos o cirugías a consecuencia de un accidente o tumor y se generen adicionalmente y al mismo tiempo gastos de cirugía reconstructiva a consecuencia de dicho accidente o tumor, dichos gastos se pagarán de acuerdo a los parámetros de operación de esta Cobertura para Gastos por Accidente o Enfermedad.

LA COMPAÑIA reembolsará o pagará directamente al proveedor de servicios, el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para el mismo hasta el Máximo Vitalicio por cada persona asegurada o por el grupo asegurado en la póliza, todo lo anterior según lo estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de incurrir del gasto.

El requerimiento de Pre-Autorización por parte de LA COMPAÑIA para la utilización de esta cobertura dependerá del tipo de servicio que este asociado bajo la misma de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3.2. Cobertura de Renta Diaria para Gastos por Hospitalización

Esta cobertura será utilizada para indemnizar al Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, mediante el pago directo a él en **cada hospitalización** y por cada día en exceso que el asegurado se encuentre recluido en el hospital a la cantidad de días estipulada como deducible y hasta el máximo de días (de existir uno o ambos) según lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. La indemnización se hará mediante el pago en efectivo de una Renta Diaria por el monto que se indique en las Condiciones Particulares de la Póliza. La Renta diaria se otorgará desde el primer día de hospitalización en exceso a la cantidad de días estipulada como deducible y hasta un máximo acumulado en días de hospitalización según lo estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza sin rebasar el parámetro de máximo acumulado de días por

todos los periodos de hospitalización a causa de una misma o varias lesiones accidentales o enfermedades dentro de un año calendario de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza, todo lo anterior sujeto al área geográfica de cobertura en la fecha en que incurre la hospitalización y condicionado a que se cumplan los siguientes requisitos:

- a. La póliza se encuentre vigente; y
- b. Que su plan de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza; y
- c. Que la hospitalización del Asegurado sea médicamente necesaria y sea ordenada por un médico; y
- d. El periodo de hospitalización sea consistente con el diagnóstico por el cual se ordenó la reclusión, de acuerdo a lo que establezca LA COMPAÑIA sobre la base de la opinión del médico tratante y de sus médicos asesores; y
- e. Que sólo en el caso de enfermedad y de acuerdo a lo estipulado en la definición de la misma, ésta se manifieste por primera vez por lo menos cuatro (4) meses después de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza para algún Asegurado Principal o Dependiente elegible, o de la fecha de adición o de ingreso de algún dependiente elegible a la misma; y
- f. Después que el copago, el coaseguro, y el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza; y
- g. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado en particular), tanto máximos de responsabilidad como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares.

Si un Asegurado bajo esta Cobertura tuviera que ser hospitalizado otra vez por razón de lesiones por accidente o enfermedades por las cuales ya se pagó Cobertura de Renta Diaria para Gastos por Hospitalización según lo mencionado anteriormente, esa hospitalización será considerada continuación de la anterior para efectos de agotar el plazo máximo de hospitalización por una misma lesión por accidente o enfermedad según lo indicado anteriormente y, siempre y cuando, la nueva hospitalización ocurra en un intervalo no mayor a veinte (20) días calendarios contados a partir del término de aquella hospitalización anterior por la cual se haya pagado Cobertura de Renta Diaria para Gastos por Hospitalización.

Una vez que el Asegurado haya alcanzado la edad de sesenta y cinco (65) años, la Renta Diaria durante los diez

(10) primeros días de una hospitalización, en exceso a la cantidad de días estipulada como deducible en las Condiciones Particulares de la Póliza, será reducida en un cincuenta por ciento (50%) sobre la indicada en las mismas Condiciones. A partir del décimo primero (11°) día de hospitalización la Renta Diaria se otorgará completa, todo de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Esta cobertura será independiente de la existencia de cualquier otra póliza o cobertura, excepto cuando se haya contratado una cobertura de este mismo tipo con LA COMPAÑIA, en cuyo caso se pagará la Renta Diaria mayor, salvo que sean iguales sólo se pagará una de las dos. En ningún caso habrá derecho a devolución de la prima pagada por alguna cobertura en exceso.

3.3. Cobertura para Gastos por Maternidad

Para cualquiera de los servicios asociados con esta cobertura siempre se requerirá de Pre-Autorización por escrito por parte de LA COMPAÑIA.

Esta cobertura será utilizada únicamente para indemnizar al Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, solamente por los gastos elegibles y médicamente necesarios en que se haya incurrido por la atención médica u hospitalaria por el estado de embarazo de una asegurada principal o cónyuge elegible bajo esta Póliza o por el alumbramiento del producto de dicho embarazo bajo esta Póliza y siempre y cuando el embarazo por razón del cual se han recibido los servicios cuya cobertura se reclama, se haya iniciado después de que la asegurada principal o cónyuge elegible haya estado incluida como tal en la Póliza durante por lo menos el número de meses consecutivos de vigencia que estipulan las Condiciones Particulares de la Póliza para tener derecho a esta cobertura.

La cobertura será reconocida únicamente cuando el gasto incurra y de acuerdo a las Condiciones Particulares de la Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en la fecha de incurrencia de dicho gasto y por razón de embarazo de la persona del sexo femenino que figure como Asegurado Principal o como Cónyuge elegible del Asegurado Principal bajo la póliza y en la misma se podrán incluir uno o más de los gastos incurridos en concepto de:

- a. Atención prenatal- en la que se podrá incluir el costo de los gastos por: Exámenes de laboratorio, ultrasonidos obstétricos, monitoreo fetal, honorarios por consulta médico-ginecológica prenatal, y los gastos por hospitalización u honorarios médicos por razón de embarazo, complicaciones del embarazo, amenaza de parto prematuro, embarazo extra uterino y pérdida o aborto legal;
- b. Atención durante el Alumbramiento en la que se podrá incluir el costo de: hospitalización, honorarios del

médico ginecólogo-obstetra, médico pediatra (sólo en los casos en que el plan de seguros lo contemple), anesthesiólogo (sólo en los casos de cesáreas médicamente necesarias), cuidados rutinarios del recién nacido y los gastos por hospitalización u honorarios médicos de cualquier complicación que surja a la madre durante o después del alumbramiento, siempre y cuando, dicha complicación sea derivada directamente del parto o cesárea.

La Cobertura para Gastos por Maternidad se otorgará si además de lo antes establecido se cumplen todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a. La póliza se encuentra vigente durante el embarazo y el alumbramiento; y
- b. Que su plan de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza; y
- c. El o los servicios y sus rubros, según lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, "Servicios Cubiertos en General"** de estas Condiciones Generales asociadas a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza; y
- d. Después que el copago, el coaseguro, y el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza; y
- e. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), tanto máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza.

LA COMPAÑIA reembolsará, o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para cada uno de ellos, los cuales combinados no excederán la suma máxima de Cobertura para Gastos por Maternidad ni el límite máximo vitalicio ya sea por el asegurado o por el grupo asegurado, todo lo anterior según lo estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

En ningún caso LA COMPAÑIA reconocerá la cobertura para gastos por maternidad por el estado de embarazo o complicaciones o secuelas derivadas de dicho estado de embarazo, de las hijas naturales, hijastras o

hijas adoptadas que sean dependientes elegibles del Asegurado Principal.

LA COMPAÑIA tampoco reconocerá esta cobertura, aún cuando se trate del embarazo de la Asegurada Principal o de la cónyuge del Asegurado Principal, cuando la concepción (embarazo) sea lograda utilizando procedimientos no cubiertos por esta Póliza como por ejemplo, la fertilización asistida.

3.4. Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido

Para cualquiera de los servicios asociados con esta cobertura siempre se requerirá de Pre-Autorización por escrito por parte de LA COMPAÑIA.

Esta cobertura será utilizada únicamente para indemnizar al Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, solamente por los gastos elegibles y médicamente necesarios en que se haya incurrido por los servicios de atención médica u hospitalaria sólo durante los primeros nueve (9) días de vida del Recién Nacido y, siempre y cuando, se cumplan todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. Que la madre esté cubierta bajo la Cobertura para Gastos por Maternidad por el embarazo que dio como resultando el alumbramiento del Recién Nacido; y
- b. Que la póliza se encuentra vigente durante el embarazo y el alumbramiento; y
- c. Que su plan de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza; y
- d. El o los servicios y sus rubros, según lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, “Servicios Cubiertos en General”** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza; y
- e. Que el Recién Nacido haya sido inscrito como Asegurado en la Póliza -ya sea de la madre o bien del padre, siempre y cuando, éste último posea el mismo plan de seguros con las mismas coberturas de la madre- por el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, dentro de los primeros nueve (9) días de su vida; y
- f. Después de que el copago, el coaseguro, y el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza; y
- g. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), tanto máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio

específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza.

LA COMPAÑIA reembolsará o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para cada uno de ellos, los cuales combinados no excederán la suma máxima de Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido ni el límite máximo vitalicio ya sea por el asegurado o por el grupo asegurado, todo lo anterior según lo estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

3.5. Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido Prematuro

Para cualquiera de los servicios asociados con esta cobertura siempre se requerirá de Pre-Autorización por escrito por parte de LA COMPAÑIA.

Esta cobertura será utilizada únicamente para indemnizar al Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, solamente por los gastos elegibles y médicamente necesarios en que se haya incurrido por los servicios de atención médica u hospitalaria a partir del décimo (10°) día de vida del Recién Nacido, siempre y cuando, se cumplan todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. Que la madre esté cubierta bajo la Cobertura para Gastos por Maternidad por el embarazo que dio como resultando el alumbramiento del Recién Nacido; y
- b. La póliza se encuentre vigente durante el embarazo y el alumbramiento; y
- c. Que su plan de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza; y
- d. El o los servicios y sus rubros, según lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, “Servicios Cubiertos en General”** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza; y
- e. Que el Recién Nacido haya nacido antes de que la madre cumpliera treinta y siete (37) semanas de embarazo y se le considere médicamente prematuro; y
- f. Que el Recién Nacido haya sido inscrito como Asegurado en la Póliza - ya sea de la madre o bien del padre siempre y cuando éste último posea el mismo plan de seguros con las mismas coberturas de la madre - por el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, dentro de los primeros nueve (9) días de su vida; y
- g. Que antes de aplicar por esta cobertura se haya otorgado primeramente la Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido; y

h. Los gastos no sean incurridos a consecuencia de un Padecimiento o una Enfermedad o Lesión Congénita del Recién Nacido; y

i. Después que el copago, el coaseguro, y el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza; y

j. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un Asegurado particular), tanto máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza.

LA COMPAÑIA reembolsará o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para cada uno de ellos, los cuales combinados no excederán la suma máxima de Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido Prematuro ni el límite máximo vitalicio ya sea por el Asegurado o por el grupo asegurado, todo lo anterior según lo estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

En el caso de que el Recién Nacido cumpla todos los requisitos para recibir al mismo tiempo la Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido Prematuro y la Cobertura Especial para Gastos por Padecimientos o Enfermedades Congénitas que se detalla más adelante, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado cubierto según el límite de cobertura para cada uno de ellos combinados, no podrá exceder:

a. La Suma Máxima de Cobertura Conjunta la cual se calcula como el Mayor Valor entre suma máxima para la Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido Prematuro y la suma máxima de la Cobertura Especial para Gastos por Padecimientos o Enfermedades Congénitas; ni

b. El límite máximo vitalicio ya sea por el asegurado o por el grupo asegurado.

3.6. Cobertura Especial para Gastos por Padecimientos o Enfermedades Congénitas

Para cualquiera de los servicios asociados con esta cobertura siempre se requerirá de Pre-Autorización por escrito por parte de LA COMPAÑIA.

Esta cobertura será utilizada únicamente para indemnizar al Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser

persona distinta de aquel, solamente por los gastos elegibles y médicamente necesarios en que se haya incurrido a partir del décimo (10º) día de vida del Recién Nacido producto de un alumbramiento de un asegurado elegible y por los servicios de atención médica u hospitalaria, consultas médicas externa, exámenes de laboratorio, exámenes especiales, radiografías, medicamentos y otros que se desarrollen en el futuro que no sean de naturaleza experimental que se le hayan prestados por la atención de Padecimientos o Enfermedades Congénitas al Recién Nacido y siempre y cuando se cumplan todos y cada uno de los siguientes requisitos:

a. Que la madre esté cubierta bajo la Cobertura para Gastos por Maternidad para el embarazo que dio como resultando el alumbramiento del Recién Nacido; y

b. La póliza se encuentre vigente durante el embarazo y el alumbramiento; y

c. Que su plan de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza; y

d. El o los servicios y sus rubros, según lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, “Servicios Cubiertos en General”** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza; y

e. Que el Recién Nacido haya sido inscrito como Asegurado en la Póliza - ya sea de la madre o bien del padre, siempre y cuando, éste último posea el mismo plan de seguros con las mismas coberturas de la madre - por el Asegurado-Contratante dentro de los primeros nueve (9) días de su vida; y

f. Los gastos sean incurridos como consecuencia de un Padecimiento o Enfermedad Congénita de ese asegurado dependiente, el Recién Nacido, a partir del décimo día de su vida; y

g. Después que el copago, el coaseguro, y el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza; y

h. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), tanto máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza.

LA COMPAÑIA reembolsará o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para cada uno de ellos, los cuales

combinados no excederán la suma máxima de Cobertura Especial para Gastos por Padecimientos o Enfermedades Congénitas ni el límite máximo vitalicio ya sea por el asegurado o por el grupo asegurado, todo lo anterior según lo estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

En el caso de que el Recién Nacido cumpla todos los requisitos para recibir al mismo tiempo la Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido Prematuro y la Cobertura Especial para Gastos por Padecimientos o Enfermedades Congénitas, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para cada uno de ellos combinados, no podrá exceder La *Suma Máxima entre ambas Coberturas*, la cual se determina como el Mayor Valor entre la suma máxima para la Cobertura Especial para Gastos por Atención del Recién Nacido Prematuro y la suma máxima de la Cobertura Especial para Gastos por Padecimientos o Enfermedades Congénitas.

3.7. Cobertura para Gastos por Atención de Desórdenes Mentales o Nerviosos

Para cualquiera de los servicios asociados con esta cobertura siempre se requerirá de Pre-Autorización por escrito por parte de LA COMPAÑIA.

Esta cobertura será utilizada para indemnizar al Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, únicamente por los gastos elegibles y médicamente necesarios en que se haya incurrido por la atención médica u hospitalaria de Desórdenes Mentales o Nerviosos como se define en la **Cláusula Cuarta, Numeral 1 “Definiciones”, bajo “Desórdenes Mentales o Nerviosos”** brindada a un asegurado cubierto bajo esta Póliza, siempre y cuando, se cumplan todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. La póliza se encuentre vigente; y
- b. Que su plan de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza; y
- c. El o los servicios y sus rubros, según lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, “Servicios Cubiertos en General”** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza; y
- d. Que cualquier gasto por Desórdenes Mentales o Nerviosos, se manifieste por primera vez por lo menos cuatro (4) meses después de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza - excepto si estos desórdenes mentales o nerviosos son a consecuencia de politraumatismo cubierto bajo los términos de ésta Póliza según lo descrito en la **Cláusula Segunda, Numeral 3, Sección 3.1. “Cobertura para Gastos por Enfermedad y Accidente”** o en la **Cláusula Segunda, Numeral 3,**

Sección 3.11. “Cobertura para Gastos por Enfermedades muy Graves” de estas Condiciones Generales - para algún Asegurado Principal o Dependiente elegible, o de la fecha de adición o de ingreso de algún dependiente elegible a la misma; y

e. Después de que el copago, el coaseguro, y el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza; y

f. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), tanto máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza.

LA COMPAÑIA reembolsará o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para cada uno de ellos, los cuales combinados no excederán la suma máxima de Cobertura para gastos por Desórdenes Mentales o Nerviosos ni el límite máximo vitalicio ya sea por el asegurado o por el grupo asegurado, todo lo anterior según lo estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

3.8. Cobertura para Gastos por Atención de Enfermedades y Complicaciones de la Salud por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) o del Virus de Inmunodeficiencia Humano (V.I.H.)

Para cualquiera de los servicios asociados con esta cobertura siempre se requerirá de Pre-Autorización por escrito por parte de LA COMPAÑIA.

Esta cobertura será utilizada para indemnizar al Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, únicamente por los gastos elegibles y médicamente necesarios en que se haya incurrido por la atención médica u hospitalaria del Asegurado debido a infecciones oportunistas, neoplasma maligno y complicaciones de salud sufridas a consecuencia directa o indirecta de que el Asegurado se encuentre padeciendo S.I.D.A. o V.I.H.

Para los propósitos de esta cobertura:

- S.I.D.A. tendrá las definiciones asignadas por la Organización Mundial de la Salud.
- Infecciones oportunistas incluirá pero no se limitará a: neumonía, neumocistis carinii, organismo de enteritis crónica, infección micótica diseminada, y cualquier otro tipo de infección.

- Un neoplasma maligno se incluirá pero no se limitará: sarcoma de Kaposi, linfoma del sistema nervioso central y otras afecciones malignas ya conocidas o que pueden conocerse como causas inmediatas de muerte en la presencia de inmunodeficiencia adquirida.

Solo se tendrá derecho a esta cobertura cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- a. Que póliza se encuentre vigente; y
- b. Que su plan de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza; y
- c. El o los servicios y sus rubros, según lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, “Servicios Cubiertos en General”** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza; y
- d. Que el Asegurado notifique por escrito a LA COMPAÑIA que ha sido afectado de S.I.D.A. o V.I.H. o el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, notifique por escrito a LA COMPAÑIA que el Asegurado ha sido afectado de S.I.D.A. o V.I.H., en un plazo no mayor de diez (10) días calendarios siguientes a la fecha en que tuvo conocimiento del hecho.; y
- e. Que el S.I.D.A. o el V.I.H. se inicie luego de transcurridos veinticuatro (24) meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza para algún Asegurado Principal o Dependiente elegible, o de la fecha de adición o de ingreso de algún dependiente elegible a la misma, hecho que LA COMPAÑIA comprobará por cualesquiera de los medios de prueba permitidos por la Ley. En consecuencia, si el S.I.D.A. o V.I.H. se inicia antes de transcurrido dicho plazo, no se tendrá derecho a esta cobertura; y
- f. Los gastos sean incurridos a consecuencia directa o indirecta del S.I.D.A. o V.I.H. del Asegurado afectado y si siempre que se haya contratado esta cobertura; y
- g. Después que el copago, el coaseguro, y el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza; y
- h. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), tanto máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza.

LA COMPAÑIA reembolsará o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite

de cobertura para cada uno de ellos, los cuales combinados no excederán la suma máxima de Cobertura para Gastos por Atención de Enfermedades y Complicaciones por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) o del Virus de Inmunodeficiencia Humano (V.I.H.) ni el límite máximo vitalicio ya sea por el asegurado o por el grupo asegurado, todo lo anterior según lo estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

Si dentro del plazo arriba indicado no se ha notificado a LA COMPAÑIA del padecimiento del S.I.D.A. o V.I.H. por un Asegurado, no se tendrá derecho a ninguno de los servicios asociados a esta cobertura o bien asociados a cualquier contrato suplementario, endoso o enmienda adherida a la Póliza. Tampoco se tendrá derecho a ninguno de los servicios asociados bajo esta cobertura o bien asociados a través de cualquier contrato suplementario, endoso o enmienda adherida a la Póliza si al momento de la muerte, incapacidad, intento de suicidio (o suicidio) se encuentre presente en el Asegurado el S.I.D.A. o el V.I.H. y LA COMPAÑIA hubiese incurrido o incurra en gastos, o bien se reciban o se hubiese recibido cualquier servicio amparado bajo la póliza.

Sin perjuicio de lo anterior, a falta de dicha notificación LA COMPAÑIA tendrá derecho exigir del Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, y del Asegurado que padece la enfermedad, solidariamente, el reembolso de lo que haya pagado indebidamente fuera de la cobertura. LA COMPAÑIA tendrá, además, derecho al pago de los daños y perjuicios que dicha omisión le haya causado, cuando el Asegurado que padece la enfermedad y el Asegurado Principal, o el Contratante si es persona distinta a éste último, cualquiera de ellos, haya tenido conocimiento previo a la notificación o a la fecha en que LA COMPAÑIA tiene conocimiento, de que el asegurado afectado padecía dicha enfermedad.

3.9. Cobertura para Gastos por Atención por Trasplante de Órganos

Siempre se requerirá pre-autorización por escrito de LA COMPAÑIA, la cual debe ser solicitada por el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, por lo menos, con siete (7) días calendarios de anticipación para trasplante programado, o en el menor tiempo posible cuando se trate de trasplantes no programados por la aparición intempestiva del órgano o donante, a la fecha de admisión al Hospital o Centro de Trasplante en el que se vaya practicar el procedimiento. De no cumplirse con este requisito, LA COMPAÑIA no cubrirá ningún gasto por servicios relacionados con el trasplante ni bajo ésta ni bajo ninguna otra cobertura de la Póliza.

Esta cobertura será utilizada para indemnizar al Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, únicamente por los gastos elegibles en que haya

incurrido por servicios cubiertos por la atención médica y hospitalaria necesaria para que un Asegurado reciba un trasplante de un órgano humano de los que se indican más adelante en este inciso y para atender las complicaciones o secuelas en el estado de la salud a consecuencia directa del procedimiento de trasplante y condicionado a que se cumplan todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. Que La póliza se encuentre vigente; y
- b. Que su plan de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza; y
- c. El o los servicios y sus rubros, según lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, “Servicios Cubiertos en General”** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza; y
- d. Que el inicio del padecimiento por razón del cual se hace necesario el trasplante de órgano cuya cobertura se reclama, comience el primer día luego de transcurridos doce (12) meses contados desde la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza para el Asegurado Principal o Dependiente elegible- según sea el caso; o de la fecha de adición o de ingreso de algún dependiente elegible a la misma, cuando sea adicionado con posterioridad a la fecha inicial de vigencia de la Póliza, salvo que sea necesario a consecuencia de un Accidente ocurrido durante la vigencia de la cobertura del asegurado respectivo que haya causado directa e inmediatamente la pérdida del órgano que se requiere sustituir mediante trasplante;
- e. Que los gastos sean incurridos a consecuencia directa del procedimiento médico de trasplante de órgano humano a que se ha sometido el Asegurado y si se ha contratado esta cobertura; y
- f. Después que el copago, el coaseguro, y el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza; y
- g. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), tanto máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza.

LA COMPAÑIA reembolsará o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para cada uno de ellos, los cuales combinados no excederán la suma máxima de Cobertura para Gastos por Atención para Trasplante de Organos ni el límite máximo vitalicio ya sea por el asegurado o por el

grupo asegurado, todo lo anterior según lo estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

3.9.1. Organos y padecimientos para que el trasplante pueda estar cubierto bajo esta cobertura.

Sólo estarán cubiertos bajo esta Póliza en general y bajo esta cobertura en particular, los servicios para trasplante de los órganos y tratamiento para el padecimiento del mismo, que se indican a continuación:

- a. Corazón, pulmón, páncreas, córnea, riñón e hígado, o alguna combinación de éstos siempre que sea médicamente necesario.
- b. Médula ósea autóloga para:
 - Linfoma de no-Hodking, Estado III A o B, o Estado IV A o B.
 - Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso.
 - Leucemia no linfocítica aguda después del primer o segundo relapso.
 - Tumores de célula germen (gameto).
- c. Médula ósea alogénica para:
 - Anemia aplástica.
 - Leucemia aguda
 - Inmunodeficiencia combinada severa
 - Síndrome de Wiskott-Aldrich.
 - Osteopetrosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg u Osteopetrosis generalizada).
 - Leucemia mielógena crónica
 - Neuroblastoma Estado III o IV en niños mayores de un año.
 - Beta talasemia homocigote (talasemia mayor).
 - Linfoma de no-Hodking, Estado III o Estado IV.
 - Linfoma de Hodking, Estado III A o B, o Estado IV A o B.

3.9.2. Exclusiones específicas de esta cobertura

No están cubiertos bajo esta cobertura los gastos incurridos por servicios médicos u hospitalarios por trasplante que se originen:

- a. **Cuando un tratamiento alternativo o procedimiento igualmente disponible para el paciente, no se haya tomado en consideración para tratar la condición o enfermedad que sea principalmente responsable de la realización del trasplante**
- b. **Como resultado de un procedimiento por el cual al receptor se le proporciona equipo artificial o mecánico diseñado para reemplazar un órgano humano.**
- c. **Cuando el donante es de especie animal.**
- d. **Cuando el asegurado se encuentre en cuidado de custodia, con ocasión de senilidad o deterioro cerebral, entre otras causas.**

e. Cuando el trasplante se origine por un padecimiento no cubierto en el plan consignado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3.10. Cobertura para Gastos por Donante de Órgano

Siempre se requerirá pre-autorización por escrito de LA COMPAÑIA, la cual deberá ser solicitada por el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, por lo menos, con siete (7) días calendarios de anticipación para el trasplante programado, o en el mayor tiempo posible cuando se trate de trasplantes no programados por la aparición intempestiva del órgano o donante, a la fecha de admisión al Hospital o Centro de Trasplante en el que se vaya practicar el procedimiento. De no cumplirse con este requisito, LA COMPAÑIA no cubrirá ningún gasto por servicios relacionados con el trasplante ni bajo ésta ni bajo ninguna otra cobertura de la Póliza.

Esta cobertura será utilizada para indemnizar Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, únicamente por los gastos elegibles en que haya incurrido por servicios cubiertos en la atención médica y hospitalaria necesaria durante el procedimiento quirúrgico de remoción, preservación y transporte del órgano o tejido previamente seleccionado de un donante vivo o fallecido para transplantarlo a un Asegurado hasta el Límite Máximo de Responsabilidad que para esta cobertura se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza. La cantidad de gastos que se reconozca como cubierta bajo esta cobertura será descontada del Límite Máximo de Responsabilidad establecida por LA COMPAÑIA en la Cobertura para Gastos por Atención para Trasplante de Órgano. Esta cobertura incluye los servicios y materiales suministrados para el proceso de almacenamiento y serología de la médula ósea del donante seleccionado para un trasplante. Lo anterior estará condicionado al cumplimiento de todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. Que la póliza se encuentre vigente; y
- b. Que su plan de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza; y
- c. El o los servicios y sus rubros, según lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, "Servicios Cubiertos en General"** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza; y
- d. Que un médico recomienda el trasplante para el tratamiento, cura o atención de una enfermedad, o lesión por accidente, sufrida por un Asegurado y que esté cubierta por la Póliza; y
- e. Que el Asegurado que vaya a recibir el órgano por trasplante tenga derecho bajo esta Póliza a la Cobertura para Gastos por Atención por Trasplante de Órganos; y

f. Sujeto a la aprobación, condiciones, recomendaciones y procedimientos que indiquen los médicos asesores de LA COMPAÑIA; y

g. Que esos gastos sean incurridos a consecuencia directa del procedimiento quirúrgico de remoción, preservación y transporte del órgano o tejido obtenido de un donante, para el trasplante de órgano a que será sometido el Asegurado y siempre que se haya contratado esta cobertura; y

h. Después que el co-pago, el coaseguro, y el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza; y

i. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), tanto máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza.

LA COMPAÑIA reembolsará o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para cada uno de ellos, los cuales combinados no excederán Límite Máximo de Responsabilidad para Gastos por Donante de Organo ni el límite máximo vitalicio ya sea por el asegurado o por el grupo asegurado, todo lo anterior según lo estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

3.11. Cobertura Para Gastos de Atención por Enfermedades Muy Graves

Siempre se requerirá pre-autorización por escrito de LA COMPAÑIA, la cual deberá ser solicitada por el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, por lo menos, con siete (7) días calendarios de anticipación, o en el menor tiempo posible después de ocurrido el hecho cuando se trate de Trauma Mayor o por la aparición intempestiva de una Enfermedad Muy Grave en una atención en cuarto de urgencia.

Esta cobertura será utilizada para indemnizar al Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, únicamente por los gastos elegibles en que haya incurrido por servicios cubiertos por la atención médica y hospitalaria necesaria para el tratamiento de Enfermedades Muy Graves según lo definido en la **Cláusula Cuarta Numeral 1** y condicionado a que se cumplan todos y cada uno de los siguientes requisitos:

- a. La póliza se encuentre vigente; y

b. Que su plan de seguro para gastos por servicios de atención médica y hospitalaria incluya esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza; y

c. El o los servicios y sus rubros, según lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, "Servicios Cubiertos en General"** de estas Condiciones Generales asociados a esta cobertura, se encuentren descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza; y

d. Que el inicio del padecimiento por razón del cual se hace necesaria esta cobertura, comience el primer día luego de transcurridos doce (12) meses contados desde la fecha de vigencia de la Póliza para el Asegurado Principal o Dependiente elegible- según sea el caso, o de la fecha de adición o de ingreso de algún dependiente elegible a la misma cuando sea adicionado con posterioridad a la fecha inicial de vigencia de la Póliza; y

e. Que los gastos sean incurridos a consecuencia directa del procedimiento médico a que se ha sometido el Asegurado para el tratamiento de la Enfermedad Muy Grave y si se ha contratado esta cobertura; y

f. Después que el copago, el coaseguro, o el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para esta cobertura o específicamente para alguno de los servicios cubiertos asociados a esta cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza; y

g. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), tanto máximos de responsabilidad de la cobertura como vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de esta cobertura en particular o bien de cualquier servicio específico en particular asociado a la cobertura y de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza.

LA COMPAÑIA reembolsará o pagará directamente al proveedor de servicios, el monto o el porcentaje de los gastos indicados en cada servicio asociado según el límite de cobertura para cada uno de ellos, los cuales combinados no excederán la suma máxima de Cobertura para Gastos de Atención por Enfermedades Muy Graves ni el límite máximo vitalicio ya sea por el asegurado o por el grupo asegurado, todo lo anterior según lo estipulado para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

4. SERVICIOS CUBIERTOS EN GENERAL

Bajo las coberturas que de manera general a manera específica se enuncian bajo los **Numerales 1, 2, y 3 de la Cláusula Segunda** de esta Póliza, solo se dará cobertura para indemnizar al Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, por gastos elegibles

por los servicios y sus rubros tal y como se describen a continuación, sujeto a las Condiciones Particulares de la Póliza, y serán pagados en la cantidad, el porcentaje o el tiempo o la combinación de éstos, según sea el caso que allí se indique y sujeto a la satisfacción de los copagos, coaseguros y el deducibles por parte del Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, y a las Exclusiones y Limitaciones, Máximo Vitalicio y demás estipulaciones y condiciones que se encuentren en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en la fecha en que se incurre en el gasto elegible por los Servicios Cubiertos.

En caso de que el plan de seguro indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza consigne la utilización de alguna Red de Proveedores Preferidos para algún servicio específico cubierto y estos no sean utilizados LA COMPAÑIA sólo reembolsará al Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, el porcentaje (%) establecido para estos casos en las Condiciones Particulares de la Póliza para los gastos elegibles, mismo que será calculado sobre la base del precio pactado con los proveedores preferidos asignados al Plan de Seguros por el servicio cubierto y sin exceder el límite máximo de cualquier cobertura que se haya contratado en la Póliza.

En ningún caso LA COMPAÑIA será responsable por daños y perjuicios originados por las opiniones de los médicos profesionales consultados y por los servicios prestados por las instituciones médico- hospitalarias o proveedores de una red de Proveedores Preferidos.

4.1. Servicio por Reclusión Hospitalaria

Siempre requiere pre-autorización por escrito por parte de LA COMPAÑIA. El Servicio por Reclusión Hospitalaria incluirá los siguientes rubros:

a. Cuarto Diario Regular y Alimentación - en el hospital durante la reclusión de acuerdo a la modalidad ya sea privado, semi-privado, múltiple o de acuerdo a cualquier otra clasificación según lo estipulado en las Condiciones Particulares y Generales de la Póliza.

b. Cuarto con Facilidades para Cuidados Intensivos y Coronarios - en el hospital durante la reclusión (incluye todas las facilidades como monitor y ventilador, entre otros). Siempre se pagará sólo uno de los dos, cuarto diario regular o cuarto con facilidades para cuidados intensivos, nunca ambos.

c. Cargos Misceláneos: Corresponden a los cargos regulares, usuales y acostumbrados que hace el hospital, tales como sala de operaciones, recobro, material de cirugía, anestésicos, exámenes de laboratorio, radiografías, medicamentos, transfusiones, oxígeno y todos los demás servicios que preste de acuerdo con el padecimiento.

Este servicio y sus rubros se brindará tomando en consideración los copagos, coaseguros, y deducibles, limitaciones y condiciones considerados de acuerdo al área geográfica, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga este servicio o bien para este servicio y sus rubros en particular en las Condiciones Particulares y Generales de la Póliza vigentes al momento en que el gasto elegible incurre.

No se cubren como servicio de reclusión hospitalaria los Exámenes y Tratamientos Especiales descritos en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, Sección 4.5. “Servicio de Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales”**, cuando el asegurado se haya recluido especialmente para practicarse algún Examen y Tratamiento Especial, en cuyo caso se cubrirá este beneficio como se estipula en las Condiciones Particulares de la Póliza y de acuerdo a **Cláusula Segunda, Numeral 4, Sección 4.5. “Servicio de Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales”**.

4.2.Servicio Por Facilidad Ambulatoria Quirúrgica

Siempre requiere pre-autorización por escrito de LA COMPAÑIA. Son servicios y suministros prestados por una Instalación con Licencia Autorizada para Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios. El Servicio por Facilidad Ambulatoria Quirúrgica incluirá los siguientes rubros:

a. Cargos Misceláneos: Corresponden a los cargos regulares, usuales y acostumbrados que hace una Instalación para Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios, tales como sala de operaciones, recobro, material de cirugía, anestésicos, exámenes de laboratorio, radiografías, medicamentos, transfusiones, oxígeno y todos los demás servicios que presta dicha facilidad de acuerdo con el padecimiento.

El servicio y sus rubros están limitados a aquellos Asegurados sujetos a una cirugía que no requiera reclusión hospitalaria y de acuerdo a los copagos, coaseguros, y deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga este servicio o bien para este servicio y sus rubros en particular en las Condiciones Particulares y Generales del Certificado Póliza vigentes para el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

4.2.1.Cirugías y Procedimientos Obligatoriamente Ambulatorios

Para efectos de la Póliza, ya sea que se someta a ellas en Panamá o en otra región geográfica distinta (si su plan de seguros tiene cobertura nacional e internacional), las siguientes son cirugías y procedimientos que obligadamente deberán realizarse en una facilidad ambulatoria (a menos que para el caso particular y que después de realizar el procedimiento quirúrgico y pasado

el plazo de observación que el mismo requiere, el médico considere que es médicamente necesario el servicio de reclusión hospitalaria, para lo cual notificará y pedirá la Pre-Autorización respectiva a LA COMPAÑIA, cambiando este servicio a la modalidad de Servicio de Reclusión Hospitalaria para lo cual se aplicarán todos los parámetros de operación de la misma) y se les tratará como tales:

1. Artroscopías
2. Biopsia de Mama
3. Broncoscopia (con o sin biopsia)
4. Cauterización Cervical
5. Cirugías Oftalmologías, incluye más no se limita a Cataratas, Pterigion, colocación de medicamentos intraoculares, tratamientos de Retina y Fotocoagulación
6. Circuncisión
7. Citoscopías
8. Conización del Cervix
9. Endoscopia y Colonoscopia con o sin Polipectomía
10. Dilatación y Curetaje
11. Hemorroidectomía
12. Herniorrafia Umbilical e Inguinal
13. Incisión y Drenaje de Quiste cutáneos, Bartholino
14. Laringoscopia
15. Onicectomía
16. Reducción de luxaciones y fracturas
17. Resección de Tumores Superficiales
18. Tenorrafia
19. Túnel del Carpo
20. Varicocelectomía

Los gastos por servicios de Exámenes y Tratamientos Especiales descritos en la **Cláusula Segunda, Numeral 4., Sección 4.5. “Servicio de Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales”**, no se cubren como incluidos dentro de los servicios por Facilidad Ambulatoria Quirúrgica, si los mismos se realizan al mismo tiempo de una cirugía ambulatoria cubierta bajo este servicio debido a que son médicamente necesarios, los mismos serán cubiertos de acuerdo a lo descrito en la **Cláusula Segunda, Numeral 4., Sección 4.5. “Servicio de Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales”**.

4.3.Honorarios por Servicios Médicos Intrahospitalarios o en Facilidad Ambulatoria

Siempre requiere pre-autorización por escrito de LA COMPAÑIA. Son servicios prestados por Médicos, dentro de una Instalación Hospitalaria o bien con Licencia Autorizada de Facilidad para Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios, en la realización de Procedimientos Quirúrgicos o bien atención médica requerida. El Servicio por Honorarios por Servicios Médicos Intrahospitalarios o en Facilidad Ambulatoria incluye solamente los siguientes rubros:

a. Servicios por Cirugía, los cuales pueden comprender:

a.1 Honorarios de un cirujano con base a los honorarios usuales y acostumbrados establecidos por LA COMPAÑIA, como resultado de una intervención quirúrgica necesaria por una lesión accidental o enfermedad o por la reparación de una dislocación o fractura;

a.2 Administración de anestesia por un anestesista que se cubre como un porcentaje (%) de los gastos elegibles pagados por LA COMPAÑIA por los honorarios del cirujano principal estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza. No cubre los recargos que hacen los hospitales por uso de anesthesiólogos que no son de su organización, pertenezcan o no a una Red de Proveedores Preferidos de LA COMPAÑIA;

a.3 Sólo en los casos previamente autorizados por LA COMPAÑIA serán cubiertos los servicios de un cirujano asistente. Este servicio se cubre como un porcentaje (%) de gastos elegibles pagados por LA COMPAÑIA por los honorarios del cirujano principal estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Los honorarios por visitas médicas post-operatorias intrahospitalarias de cualquier médico que haya sido autorizado por LA COMPAÑIA y que haya participado en una cirugía están incluidos dentro los gastos elegibles pagados al médico por LA COMPAÑIA por razón de los honorarios cargados por la cirugía realizada, por lo tanto, LA COMPAÑIA no pagará ninguna cantidad adicional con relación a este servicio.

Si durante el curso de una misma intervención se efectúan dos (2) o más procedimientos quirúrgicos a través de la misma incisión, se reembolsará el honorario quirúrgico establecido para el plan de acuerdo con los límites y forma de pago definidos en las Condiciones Particulares de la Póliza y según los porcentajes de cobertura anotados en la siguiente tabla:

Primer procedimiento quirúrgico (el de mayor costo)	100%
Segundo procedimiento quirúrgico	50%
Tercer procedimiento quirúrgico, en adelante	25%

Cuando sea necesario efectuar dos (2) o más operaciones quirúrgicas en la misma sesión operatoria, pero en diferentes campos operatorios, se pagarán los honorarios correspondientes a cada procedimiento, de acuerdo con los honorarios quirúrgicos establecidos para el plan. Bajo este beneficio no se reembolsarán cargos efectuados por dos o más cirujanos (o médicos) de la misma especialidad, incluyendo a los anesthesiólogos.

b. Servicios Por Enfermedad, los cuales comprenden:

b.1 Atención Facultativa y Tratamiento por un Médico Tratante: La atención estará disponible mientras el Asegurado esté recluido en el hospital a causa de un accidente o enfermedad. Se cubrirá honorarios del médico tratante por la atención o tratamiento con base a los

honorarios usuales y acostumbrados establecidos por LA COMPAÑIA y **estará limitada a una visita diaria.**

b.2 Consultores Médicos: Sólo en los casos previamente autorizados por LA COMPAÑIA y en los que la misma, de acuerdo con la opinión de sus médicos asesores, considere necesarios los servicios de un médico adicional para la atención de una condición distinta. Este servicio estará **limitado a una visita diaria.**

Este servicio y sus rubros estarán sujetos a los copagos, coaseguros, y deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga este servicio o bien para este servicio y sus rubros en particular en las Condiciones Particulares y Generales del Certificado Póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el de la incurrencia del gasto.

4.4. Servicio por Atención en caso de Urgencias

Este servicio no requiere Pre-Autorización por escrito por parte de LA COMPAÑIA a menos que otra cosa sea dispuesta en las Condiciones Particulares de la Póliza. LA COMPAÑIA cubrirá los gastos elegibles por los servicios de atención recibidos en un cuarto de urgencias de un hospital o clínica de atención de urgencia o de algún programa de atención médica domiciliaria que contemple esta póliza a través de algún proveedor autorizado por LA COMPAÑIA y sólo si están relacionados con un Accidente o una Enfermedad Crítico Detallada según se define en la **Cláusula Cuarta, Numeral 1. "Definiciones"**, bajo **"Urgencia"**. Se cubrirán como gastos elegibles por Atención en Cuarto de Urgencia solamente los necesarios para la estabilización del paciente en el mismo limitado a: Uso de Cuarto de Urgencia, materiales, insumos, equipos médicos básicos y medicamentos básicos. Adicionalmente se cubre la atención por el Médico y Enfermera de planta durante turno en esta facilidad y sólo según lo dispuesto en la **Cláusula Cuarta, Numeral 1. "Definiciones"** bajo **"Urgencia"**, todo lo anterior siempre sujeto a los copagos, coaseguros, y deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga este servicio o bien para este servicio en particular en las Condiciones Particulares y Generales del Certificado Póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto. En cuanto a que algún programa de atención médica domiciliaria - que contemple esta póliza a través de algún proveedor autorizado por LA COMPAÑIA - brinde el servicio de Atención de Urgencias, se entenderá para efectos de la definición de un Cuarto de Urgencias que el mismo es el Domicilio del asegurado que solicita dicho servicio; quedando las demás estipulaciones referentes al funcionamiento de este servicio invariantes.

En caso de que el plan de seguros indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza aplique únicamente con cobertura nacional y siempre y cuando en las

Condiciones Particulares de la Póliza se otorgue cobertura para las urgencias incurridas fuera de la República de Panamá, el beneficio se reembolsará de acuerdo a los costos usuales, razonables y acostumbrados establecidos en Panamá. Adicionalmente a lo anterior este beneficio de urgencia se cubrirá siempre y cuando la atención incurra durante viajes de negocios o placer y mientras el asegurado continúe residiendo en el país por lo menos diez (10) meses al año.

En caso de que el Asegurado requiera ser hospitalizado como consecuencia de una Urgencia o bien requiera de algún servicio en una Instalación con Licencia autorizada de Facilidad Ambulatoria, deberá comunicarse con LA COMPAÑIA y notificar del hecho dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la reclusión hospitalaria o bien dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes de haber recibido el servicio en una facilidad ambulatoria o a la primera hora laboral del día hábil siguiente en casos de fines de semana o días feriados, enviando adicionalmente a LA COMPAÑIA su historial médico y cualquier otra documentación e información que se le requiera para la evaluación del reclamo. En este caso todos aquellos servicios que hayan sido brindados o que se brinden fuera del cuarto de urgencia, sean Médicos u hospitalarios, serán cubiertos de acuerdo a lo estipulado en la **Cláusula Segunda, Numeral 4. “Servicios Cubiertos en General”, Sección 4.1, 4.2. y 4.3.** de estas Condiciones Generales y de acuerdo a lo dispuesto para los mismos en cuanto a copagos, coaseguros, y deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga estos servicios (los descritos en las Secciones **4.1, 4.2. y 4.3.**) o bien para uno de los servicios en particular (los descritos en las Secciones **4.1., 4.2. y 4.3.**) en las Condiciones Particulares de la Póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

Si la póliza incluye y otorga de acuerdo a las Condiciones Particulares de la Póliza el Servicio por Atención en caso de Urgencia y el Asegurado solicitara los servicios de atención en cuarto de urgencia por **“Enfermedad No Crítica Detallada”** según se define en la **Cláusula Cuarta, Numeral 1. “Definiciones”**, el Asegurado deberá asumir por cuenta propia el 100% de los gastos, no procediendo reembolso alguno por parte de LA COMPAÑIA o según el porcentaje que esté estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza, si es el caso.

Si la póliza incluye y otorga de acuerdo a las Condiciones Particulares de la Póliza el Servicio por Atención en caso de Urgencia y el Asegurado solicitara los servicios de atención en cuarto de urgencia por **“Enfermedad Crítica Detallada”** según se define en la **Cláusula Cuarta, Numeral 1. “Definiciones”**; el Asegurado deberá asumir por cuenta propia el 100% de los gastos en exceso al alcance y limitaciones de la cobertura por dicho servicio, no

procediendo reembolso alguno por dicho excedente por parte de LA COMPAÑIA.

En el evento en que el Asegurado ingrese al servicio de atención de urgencias de un hospital o clínica de atención de urgencias, acompañado de su médico especialista o que el asegurado o su acompañante solicite la intervención de cualquier otro médico especialista para la atención médica del caso, sin el consentimiento y aprobación del Médico de atención en el cuarto de urgencias del hospital o clínica de atención de urgencias no cumpliendo en adición los protocolos médicos que para este servicio han sido estipulados por LA COMPAÑIA dentro del cuarto de urgencia del hospital o clínica de atención de urgencias, se procederá de la siguiente forma:

- a. De comprobar LA COMPAÑIA que la atención especializada era médicamente necesaria, será su responsabilidad reembolsar al asegurado los honorarios de dicho especialista que brindó el servicio adicional en el cuarto de urgencias de acuerdo a la forma, el alcance y limitaciones establecidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- b. En cualquier otro caso será responsabilidad del asegurado cancelar el 100% del costo por los servicios médicos recibidos por dicho especialista sin reembolso alguno por parte de LA COMPAÑIA.

4.5. Servicio de Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales

Los mismos deberán ser médicamente necesarios y deberán estar prescritos por un médico. Adicionalmente siempre requerirán de pre-autorización por escrito de LA COMPAÑIA sin la cual los costos por estos servicios no estarán cubiertos bajo ninguna cobertura de la Póliza.

Este es un listado enunciativo, más no limitativo, de exámenes, procedimientos, tratamientos y suministro de equipos que LA COMPAÑIA a la fecha de la emisión de su Póliza considera como “Especiales”. LA COMPAÑIA se reserva el derecho de añadir a este listado otros exámenes, procedimientos, tratamientos o equipos de acuerdo a las características de la tecnología médica utilizada, sin embargo, el asegurado tendrá acceso a la información actualizada cuando él así lo solicite. Así el Servicio de Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales que incluyen solamente los siguientes rubros:

a. Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales de Tipo General:

Arteriografías, MIBI, Resonancia Magnética (MRI), Ecocardiografía, Cateterismo cardíaco, Prueba de Thallium, Procedimientos Endoscópicos, Prueba de esfuerzo, Tomografías axial computarizada (CAT),

Estudios Patológicos, Infusiones; Oxígeno y el alquiler de equipo para su administración, Radium, Isótopos radio-activos. Yesos, ferúlas, tablillas, bragueros y muletas.

b. Equipos Especiales de Tipo Específico:

Marcapasos (un sólo equipo), Vendajes quirúrgicos (un sólo equipo), Equipo mecánico requerido para el tratamiento de parálisis respiratoria (sólo un equipo por este concepto), Alquiler de una cama tipo hospital para el cuidado de un paciente (un solo equipo y hasta su valor de compra) y silla de ruedas de tipo normal, estándar, no eléctricas (un solo equipo). Cada uno de estos equipos tendrá el mismo límite vitalicio que se estipule para este acápite en las Condiciones Particulares de la Póliza.

c. Procedimientos y Tratamientos Oncológicos:

Incluyen quimioterapias, radioterapias, otros.

d. Procedimientos y Tratamientos por insuficiencia Renal:

Incluyen diálisis, entre otros

e. Prótesis:

Miembros, ojos o arterias artificiales para reemplazar miembros y ojos naturales perdidos mientras que la persona se encuentre asegurada bajo esta provisión considerando que los respectivos costos y por consiguiente pagos por parte de LA COMPAÑÍA incluyen las respectivas terapias de rehabilitación para el uso y manejo de los mismos. En lo que se refiere a este acápite se cubrirá UNA sola prótesis por cada miembro perdido de acuerdo al pago máximo por miembro (que incluye las terapias de rehabilitación para el uso y manejo del mismo), al pago máximo por evento y al pago máximo vitalicio en conjunto para este servicio tal y como se describe en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La Prótesis deberá ser requerida por prescripción médica. La prótesis y cada uno sus componentes o partes tendrán por objeto básico el que estéticamente se disminuya en algún grado y a primera vista la impresión frente a terceros, ciudadanos comunes, de que se ha perdido el miembro, y siempre teniendo en cuenta el mejor precio en la plaza. Cuando así se haya convenido en las Condiciones Particulares de la póliza y se haya pagado la extra prima correspondiente en cada periodo de cobertura de la póliza, la prótesis y cada uno de sus componentes o partes tendrá como objeto adicional el disminuir, en algún grado, la incapacidad funcional del Asegurado resultante de la pérdida del miembro. En ningún caso el criterio para la selección de la prótesis y cualesquiera de sus

componentes o partes tomará en cuenta como ingrediente o variable adicional para la decisión final el aliviar el dolor o daño emocional que sufra el asegurado por la pérdida del miembro natural.

Y cualesquiera otros no descritos que a consideración de LA COMPAÑÍA sean Exámenes, Procedimientos y Tratamientos Especiales de acuerdo a lo dispuesto anteriormente y según la clasificación anterior.

Este servicio y sus rubros estarán sujetos a los copagos, coaseguros, y deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga este servicio o bien para este servicio en particular en las Condiciones Particulares y Generales del Certificado Póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

4.6. Servicio de Consulta Externa, Medicamentos y Otros Medios Diagnósticos con Prescripción Médica

Siempre se requerirá de pre-autorización por escrito de LA COMPAÑÍA a menos que otra cosa sea dispuesta en las Condiciones Particulares de la Póliza. El Servicio de Consulta Externa, Medicamentos y Otros Medios Diagnósticos con Prescripción Médica incluirán sólo los siguientes rubros:

a. Honorarios por atención médica en el consultorio de consulta ya sea con médico general o especialista, respetando el criterio de honorarios razonables, usuales y acostumbrados estipulados por LA COMPAÑÍA.

b. Equipo necesario para el suministro de medicamentos (jeringuillas, bolsas para colostomía, entre otros) que requieran una receta escrita por un médico, anestésicos y su equipo de administración.

c. Medicamentos médicamente necesarios para el tratamiento de un padecimiento y siempre y cuando sean prescritos por un médico.

d. Rayos X, exámenes de laboratorio para diagnóstico - médicamente ordenados- y otros medios diagnósticos que no estén listados como exámenes, procedimientos, tratamientos especiales y suministro de equipos especiales en la **Cláusula Segunda, Numeral 4., Sección 4.5. "Servicio de Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales"**.

Todo lo anterior siempre sujeto adicionalmente a los copagos, coaseguros, y deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga este servicio o bien para este servicio en particular en las Condiciones Particulares y Generales del Certificado Póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto.

4.7. Servicios Prestados por Enfermeras

Siempre requerirán pre-autorización por escrito de LA COMPAÑIA. Son servicios privados especiales de enfermería prestados a un Asegurado por un(a) profesional graduado(a) en Enfermería y debidamente registrado(a) como tal. LA COMPAÑIA dará cobertura a los gastos por estos servicios siempre sujeto a los copagos, coaseguros, y deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga este servicio o bien para este servicio en particular en las Condiciones Particulares y Generales del Certificado Póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto y condicionado en adición a los requisitos de la cobertura a la cual se asocie a que se cumplan todos y cada uno de los siguientes puntos:

- a. Que el(la) enfermero(a) no sea miembro de la familia y que no resida con el Asegurado; y
- b. Que haya sido ordenado por el médico tratante; y
- c. Que se considere médicamente necesario para el tratamiento de la enfermedad o la lesión por accidente; y
- d. Que sean autorizados previamente por los asesores médicos de LA COMPAÑIA; y
- e. Que se apliquen niveles de atención debidamente comprobados: tiempo completo (honorarios por hora), tiempo parcial (honorarios por hora), intermitente (honorarios por visita).

Los servicios de enfermería no incluyen aquellos requeridos para la comodidad del paciente o de los miembros de su familia como son bañar, alimentar, ejercitar, mover al paciente, darle medicinas por vía oral o actuar como su acompañante, supervisor o para proveerle atención en o de la casa, aún cuando se considera médicamente necesario. Todos estos servicios se consideran Cuidados de Custodia y por lo tanto no serán cubiertos por esta Póliza. LA COMPAÑIA considerará las necesidades médicas globales y no llegará a ninguna determinación sobre la base de diagnóstico solamente. Este servicio está limitado y se pagará de acuerdo con lo establecido en la Condiciones Particulares de la Póliza.

4.8. Servicios de Ambulancia Terrestre o Aérea

LA COMPAÑIA cubrirá los gastos por este servicio considerando el área geográfica donde el gasto es incurrido por el servicio de ambulancia para la debida atención médica del asegurado. Estarán limitados a un (1) viaje de traslado al hospital o clínica por una emergencia médica y en caso de requerir el servicio para transporte intra-hospitalario por causa de una emergencia médica, se limita a un (1) viaje entre instituciones hospitalarias. Este servicio incluye solamente los siguientes rubros:

- a. Ambulancia Terrestre; y
- b. Ambulancia Aérea.

Todo lo anterior siempre sujeto a los copagos, coaseguros, y deducibles, limitaciones y condiciones, que se establezcan globalmente o para una cobertura específica que contenga este servicio o bien para este servicio y sus rubros en particular en las Condiciones Particulares y Generales del Certificado Póliza vigentes en el área geográfica de cobertura y en el momento de la incurrencia del gasto y condicionado en adición a los requisitos de la cobertura a la cual se asocie y a que se cumplan todos y cada uno de los siguientes puntos:

- a. El Asegurado muestre síntomas de incapacidad o enfermedad cubiertas bajo la Póliza; y
- b. El tratamiento no esté disponible donde el Asegurado esté hospitalizado.

En caso de que el plan consignado en las Condiciones Particulares de la Póliza indique que el rubro de ambulancia aérea esté asociado, se requerirá además:

- c. Pre-autorización por escrito de LA COMPAÑIA y la coordinación entre LA COMPAÑIA y el médico tratante del Asegurado para los arreglos correspondientes para el transporte en una nave privada, la cual deberá llevar personal y equipos adecuados; y
- d. Que la condición médica del Asegurado no le permita viajar en una aerolínea regular de pasajeros; y
- e. Que LA COMPAÑIA haya aprobado el uso de la ambulancia aérea antes del inicio del vuelo.

4.9. Servicios de Consulta Médica Especializada (Interconsulta)

Mientras esté disponible, LA COMPAÑIA le ofrecerá el servicio de interconsulta médica especializada, por medio del cual el Asegurado recibirá una opinión médica profesional generada por especialistas a nivel nacional o internacional, sobre la condición o enfermedad consultada.

Este servicio permite al Asegurado y a su médico acceder a información médica avanzada para resolver casos de alta complejidad en una forma simple, eficiente y económica. Con esto se evitan exámenes adicionales, complicaciones y tratamientos innecesarios. Es un conjunto de servicios personalizados que LA COMPAÑIA ofrece al Asegurado para obtener opinión médica especializada para la atención de enfermedades.

LA COMPAÑIA referirá el expediente médico del Asegurado con los mejores médicos y hospitales ya sea dentro del país o fuera del mismo de acuerdo con el padecimiento del asegurado, suministrando al asegurado y al médico tratante los resultados y conclusiones de dicha interconsulta con su debida justificación.

En ningún caso LA COMPAÑIA será responsable por daños y perjuicios originados por las opiniones de los médicos profesionales consultados y por los servicios

prestados por las instituciones médico- hospitalarias o proveedores de la red referidos.

Este servicio está condicionado a que se cumplan todos y cada uno de los requisitos descritos en la cobertura a la cual se encuentra asociado el mismo en el momento en que el gasto incurre.

4.10 Servicio de Terapia Físico-Mioneuro-Restaurativa y Acupuntura

Siempre requiere pre-autorización por escrito de LA COMPAÑIA. Este servicio cubre los gastos elegibles en que se haya incurrido por servicios cubiertos de Terapia Físico-Mioneuro-Restaurativa y Acupuntura médicamente necesarios para que un asegurado, con o sin apoyo psicológico o psiquiátrico, recupere o mantenga, si es posible, el estado de salud en que se encontraba antes del padecimiento de una enfermedad o lesión por un accidente, cubierta por esta Póliza y a consecuencia del cual dicho estado se ha deteriorado. Los rubros de procedimientos terapéuticos que estarán cubiertos bajo este servicio son los que se indican a continuación:

- a. Terapia de Acupuntura, sólo ambulatoria
- b. Terapia ocupacional y terapia de lenguaje;
- c. Terapia física para tratamiento Mio Neuro Restaurativo incluyendo la Columna Vertebral
- d. Psicoterapia si ha sido solicitada por el médico especialista tratante y con previa preautorización por parte de LA COMPAÑIA.

Este servicio y sus rubros están condicionados a que se cumplan todos y cada uno de los requisitos descritos en la cobertura a la cual se encuentra asociado el mismo y al cumplimiento adicional de todos y cada uno de los siguientes puntos:

- a. Que los gastos elegibles en que haya incurrido por servicios y rubros cubiertos de Terapia Físico-Mioneuro-Restaurativa debido a enfermedades o padecimientos manifestados por primera vez por lo menos cuatro (4) meses después de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza, excepto en el caso en que dichos gastos se generen por causa de un accidente, para algún Asegurado Principal o Dependiente elegible, o de la fecha de adición o de ingreso de algún dependiente elegible a la misma.
- b. Que el servicio sea médicamente necesario, no experimental y recomendado por un médico; para el tratamiento, cura o atención de una enfermedad, o lesión por accidente, sufrida por un Asegurado y que esté cubierta bajo esta póliza en alguna de sus coberturas incluidas en las Condiciones Particulares; y
- c. Que exista un programa previamente definido y por escrito, bien documentado, y de duración específica y preestablecida apoyado por un informe posterior a la prestación del servicio elaborado por el profesional que brinda la atención y presentado a LA COMPAÑIA; y

d. Que el psicoterapeuta, el terapeuta físico o de lenguaje, o el médico acupunturista, que brinda el servicio sean profesionales idóneos y no sea familiar del Asegurado; y

e. Que los servicios del psicoterapeuta, o el terapeuta físico o de lenguaje, estén bajo la dirección y seguimiento de un médico; y

f. Sujeto a la aprobación, condiciones, recomendaciones y procedimientos que indiquen los médicos asesores de LA COMPAÑIA; y

g. Después que el copago, el coaseguro, y el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para alguna cobertura que contenga este servicio como incluido o específicamente para este servicio y sus rubros cubiertos el cual debe estar asociado a una cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza.

4.11 Servicios de Cirugía Reconstructiva.

Siempre requiere pre-autorización por escrito de LA COMPAÑIA. Este servicio cubre los gastos elegibles por servicios cubiertos por la atención médica y hospitalaria de Cirugía Reconstructiva, de acuerdo a lo definido en la **Cláusula Cuarta, Numeral 1. "Definiciones", bajo "Cirugía Reconstructiva"**, prestados a un asegurado y está condicionado a que se cumplan todos y cada uno de los requisitos descritos en la cobertura a la cual se encuentra asociado el mismo en el momento en que el gasto incurre y al cumplimiento adicional de todos y cada uno de los siguientes puntos:

a. Que se requiera a consecuencia de:

a.1. Las lesiones sufridas por el Asegurado producto de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza y que ésta se encontraba vigente al momento de sufrir dichas lesiones por el accidente y los gastos de las mismas a consecuencia del accidente hayan sido pagada por la Póliza de acuerdo a la Cláusula Segunda, Numeral 3, Sección 3.1. "Coberturas para Gastos por Enfermedad y Accidente" o a la Cláusula Segunda, Numeral 3, Sección 3.11. "Coberturas para Gastos por Enfermedades Muy Graves"; o

a.2. Una cirugía por diagnóstico de tumor maligno ocurrida durante la vigencia de la Póliza y que ésta se encontraba vigente al momento de sufrir dicha cirugía y que los gastos de la misma hayan sido pagados por la Póliza de acuerdo a la **Cláusula Segunda, Numeral 3, Sección 3.11 "Coberturas para Gastos por Enfermedades Muy Graves"**; y

b. Siempre y cuando se demuestre que era médicamente necesario que cualquier gasto por cirugía de reconstrucción debía llevarse a cabo con posterioridad al tratamiento o cirugía primaria por accidente o tumor maligno del cual se derivó, esto es, que la cirugía de reconstrucción no podía médicamente realizarse en el mismo momento que se realizó el tratamiento o cirugía primaria a consecuencia del accidente o del tumor maligno; y

c. Después que el copago, el coaseguro, y el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para alguna cobertura que contenga este servicio como incluido o específicamente para este servicio cubierto el cual debe estar asociado a una cobertura) hayan sido satisfechos, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza; y

d. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), tanto máximos de responsabilidad de alguna cobertura en particular en la cual se encuentre este servicio asociado, como límites máximos vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de alguna cobertura en particular que tenga este servicio como incluido o bien de este servicio específico en particular cubierto de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza; y

4.12. Servicios Dentales por el Tratamiento de una Lesión Accidental

Siempre requiere pre-autorización por escrito de LA COMPAÑIA. Este servicio cubre los gastos elegibles en que haya incurrido el asegurado por la atención médica y hospitalaria prestada en el tratamiento de una lesión en diente natural ocurrida por accidente y solo en lo referente a la atención de ese diente natural lesionado por el accidente, incluyendo su reemplazo por pérdida total. Condicionado a que se cumplan todos y cada uno de los requisitos descritos en la cobertura a la cual se encuentra asociado el mismo en el momento en que el gasto incurre para el área geográfica de cobertura y en la fecha en que se incurre en el gasto elegible y al cumplimiento adicional de todos y cada uno de los siguientes puntos:

a. Que los servicios se requieran a consecuencia de lesiones sufridas por el Asegurado producto de un **accidente** ocurrido durante la vigencia de la Póliza y que ésta se encontraba vigente al momento de sufrir dichas lesiones y que los gastos a consecuencia del accidente hayan sido pagados por la Póliza de acuerdo a la **Cláusula Segunda, Numeral 3, Sección 3.1. "Coberturas para Gastos por Enfermedad y Accidente"** o a la **Cláusula Segunda, Numeral 3, Sección 3.11. "Coberturas para Gastos por Enfermedades Muy Graves"**; y

b. Que estos servicios sean prestados por un Odontólogo idóneo en el área geográfica donde se brinda la atención; y

c. Que el tratamiento que se brinda mediante estos servicios comience y transcurra dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente que resulta en la lesión del diente natural siempre sujeto a las estipulaciones y condiciones para la cobertura en la cual está incluido este servicio o bien para este servicio en específico, contenidos en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la Póliza; y

d. Que el plan de tratamiento que se brinda mediante estos servicios, acompañado del detalle de las posibles complicaciones que puedan ocurrir dentro de los doce (12) meses siguientes al inicio del tratamiento, de las radiografías que debe tomarse antes del inicio del mismo y del costo estimado, hayan sido entregado a LA COMPAÑIA por escrito por el odontólogo tratante antes de iniciar los servicios y tratamientos dentales que no correspondan al tratamiento inicial de urgencia; y

e. Los servicios se brinden sólo durante el término del tratamiento establecido por el odontólogo tratante y aprobado por LA COMPAÑIA; y

f. Después que el copago, el coaseguro, y el deducible (ya sea global o bien para un asegurado en particular; ya sea en conjunto para alguna cobertura que contenga este servicio como incluido o específicamente para este servicio cubierto el cual debe estar asociado a una cobertura) hayan sido satisfecho, si los hay, de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza; y

g. Sujeto a la comprobación de la necesidad médica, a los límites (globales o para un asegurado particular), tanto máximos de responsabilidad de alguna cobertura en particular en la cual se encuentre este servicio como incluido como límites máximos vitalicios y a las limitaciones y exclusiones de esta Póliza o de alguna cobertura en particular que tenga este servicio como incluido o bien de este servicio específico en particular cubierto de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza.

CLÁUSULA TERCERA

1. TÉRMINOS Y CONDICIONES

1.1. Solicitudes

Previo a su admisión como Asegurado bajo esta póliza, todo solicitante a Asegurado Principal, Cónyuge Elegible o Hijo Elegible está obligado a completar correcta y honestamente su solicitud de seguro en los formularios suministrados a tal fin por LA COMPAÑIA y a cumplir con los requerimientos que en el contrato se indiquen.

Toda declaración falsa, fraudulenta o equivocada, u omisión de información en la solicitud de un Asegurado Principal, Cónyuge Elegible o Hijo Elegible corroborada por un Médico, o Institución Hospitalaria, o Clínica Privada, o bien por 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), le dará derecho a LA COMPAÑIA a negar cualquier reclamo presentado y acarreará la terminación de la póliza a partir de la fecha en que LA COMPAÑIA tenga conocimiento de ese hecho, sin tener derecho a devolución de primas o cobertura de ningún tipo. Cuando dichas declaraciones u omisiones provengan del Asegurado Principal la póliza

terminará para todos los Asegurados bajo la misma a partir de la fecha en que LA COMPAÑIA tenga conocimiento de ese hecho.

1.1.1. Declaración Errónea de la Edad

Si la edad de un Asegurado declarada en la solicitud no fuese la correcta y sólo cuando la diferencia de edad no constituya un elemento que hubiese podido influir de modo directo en la existencia o condiciones de esta póliza, LA COMPAÑIA podrá ajustar el monto de prima para dicho Asegurado conforme a la edad verdadera y a su clasificación acorde con sus manuales de suscripción vigentes a la fecha de su admisión original bajo la póliza, en cuyo caso el Asegurado Principal estará obligado a pagar la nueva prima retroactivamente desde la fecha de la admisión en póliza.

1.2. Reinstalación de la Póliza

Terminada la póliza por el vencimiento de su vigencia, el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, podrá reinstalarla solicitándolo así por escrito a LA COMPAÑIA y previo pago a esta última de una cantidad igual a la suma de las primas que hubiese pagado a LA COMPAÑIA a la fecha de la solicitud de reinstalación de no haber terminado la Póliza por el vencimiento de vigencia y siempre y cuando no transcurran más de sesenta (60) días calendarios contados a partir de la fecha de vencimiento de la vigencia de la Póliza y hasta la fecha de la solicitud de reinstalación. El Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, deberá presentar junto con la solicitud de reinstalación una nueva solicitud de seguro y la prima que señale LA COMPAÑIA para la reinstalación. LA COMPAÑIA se reserva el derecho de aprobar o no dicha solicitud.

La póliza reinstalada solamente cubre pérdidas debido a una lesión accidental o enfermedad sufrida después de la fecha de reinstalación y en caso de una maternidad (si se hubiese contratado la cobertura de maternidad), solo si el embarazo se haya iniciado después de que la Asegurada haya estado incluida como tal en la Póliza durante por lo menos doce (12) meses consecutivos de vigencia contados a partir de la fecha de reinstalación; esto último aplicable solamente al Asegurado Principal del sexo femenino o Cónyuge asegurado.

Al reinstalar la Póliza cualquier plazo o período de espera - cuyo transcurso previo se requiera en la Póliza para tener derecho a que gastos elegibles puedan quedar cubiertos por la misma bajo las coberturas y servicios por cirugías correspondientes - comenzará a correr nuevamente desde cero (0) a partir de la fecha de reinstalación, como si la Póliza se hubiera emitido como póliza nueva en la fecha de reinstalación.

En todos los otros aspectos, el Asegurado y LA COMPAÑIA tendrán los mismos derechos bajo esta póliza

como tenían antes de su terminación por vencimiento de su vigencia, a menos que adicionen condiciones especiales respecto a la reinstalación. Cualquier prima aceptada con relación a esta disposición, se usará por un período por el cual no se haya hecho un pago, pero no por un período mayor de sesenta (60) días calendarios anteriores a la fecha de reinstalación y posterior al vencimiento de su prima. Este beneficio termina a los sesenta (60) días calendarios posteriores al vencimiento del pago o fecha de terminación. Después de este término se procesará como la solicitud de una nueva póliza.

1.3. Extensión de Cobertura de la Póliza

Si a la terminación de la Póliza por parte de LA COMPAÑIA un Asegurado está hospitalizado por una lesión por accidente o enfermedad cuyos gastos elegibles estaban siendo cubiertos bajo la Póliza en la fecha de dicha terminación, LA COMPAÑIA pagará los gastos elegibles incurridos en la reclusión por servicios cubiertos como si la Póliza no hubiese terminado, sin requerir pago de prima y únicamente por los gastos elegibles incurridos en la atención de la lesión o enfermedad que existía y que mantenía hospitalizado al Asegurado en la fecha en que la Póliza terminó y hasta tanto se de cualquiera de los siguientes eventos (lo que suceda primero):

- a. Que hayan transcurrido sesenta (60) días calendarios contados a partir de la fecha en que la Póliza terminó; o
- b. El día en que el Asegurado llegue a estar cubierto bajo otro seguro; o
- c. El día en que la hospitalización termina.

Vencido el plazo anterior terminará la Extensión de Cobertura aquí convenida y no se reembolsará ningún gasto que incurra con posterioridad.

1.4. Privilegio de Conversión de Póliza

Si la Póliza termina para un Asegurado Dependiente porque de acuerdo a sus estipulaciones deja de ser Cónyuge Elegible o Hijo Elegible, éste podrá solicitar a LA COMPAÑIA la emisión de una Póliza de Conversión de Seguro individual para Gastos por Servicios de Atención Médica y Hospitalaria en los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de cobertura que la Póliza de Conversión que LA COMPAÑIA ofrezca en ese momento, condicionado a que se cumplan los siguientes requisitos:

- a. Las coberturas y límites de responsabilidad de LA COMPAÑIA bajo la Póliza de Conversión, no excederán las coberturas y límites provistos para el cónyuge o hijo(s) solicitante(s) que tenían bajo la Póliza anterior.
- b. El cónyuge o hijo(s) elegible(s) para una Póliza de Conversión, deberá(n) presentar su solicitud y pagar la primera prima a LA COMPAÑIA dentro de los treinta y un (31) días calendarios que siguen a la terminación de la Póliza. La Póliza de Conversión se emitirá de acuerdo con las reglas de LA COMPAÑIA.

1.4.1. Excepciones y limitaciones del Privilegio de Conversión de Póliza

No se tendrá derecho a este privilegio ni podrá solicitarse cuando:

- a. **El Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, fallase en pagar la prima que se requiere por sus dependientes o bien la hubiese pagado incompleta por algún periodo.**
- b. **El hijo dependiente tiene cobertura similar o individual o de grupo.**
- c. **El contrato de seguro para el Asegurado Principal ha estado en vigor desde la fecha de emisión menos de ciento ochenta (180) días calendarios cumplidos antes de que la cobertura de seguro de salud para algún dependiente termine.**
- d. **El contrato de seguro termine.**

1.5. Continuidad Temporal de Cobertura de la Poliza para el Cónyuge Asegurado y sus Hijos Elegibles

En caso de muerte o al momento que se agote el Máximo Vitalicio del asegurado principal, el cónyuge asegurado dependiente y los hijos dependientes asegurados bajo esta Póliza podrán continuar asegurados durante el término o plazo que más adelante se establece siempre y cuando se cumplan todas y cada una de las siguientes condiciones:

- a. El cónyuge asegurado dependiente deberá solicitar la continuidad de cobertura por escrito a LA COMPAÑIA dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la muerte o a el consumo del Máximo Vitalicio del Asegurado Principal; y
- b. Al solicitarla, el cónyuge asegurado dependiente deberá pagar cualesquiera primas adeudadas por el Asegurado Principal al momento de la solicitud si las hay; y
- c. El cónyuge asegurado dependiente continuará obligado bajo la Póliza para con LA COMPAÑIA en los mismos términos y condiciones que el Asegurado Principal; y
- d. Que el cónyuge asegurado dependiente pague la nueva prima que sea establecida por LA COMPAÑIA 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 cónyuge e hijos dependientes a la fecha de la solicitud según las términos y condiciones de esta póliza.

Esta continuidad de cobertura se mantendrá vigente hasta tanto se dé cualquiera de los siguientes eventos (lo que suceda primero):

- a. El cónyuge asegurado dependiente deje de ser dependiente elegible, u obtenga otro seguro similar con LA COMPAÑIA.

- b. Para un hijo asegurado dependiente, el día en que deja de ser hijo elegible, u obtenga otro seguro similar con LA COMPAÑIA.

- c. La Póliza termine por cualquiera de las causas de terminación establecidas en la misma.

- d. Transcurra un (1) año calendario desde la fecha en que ocurrió la muerte del Asegurado Principal o la terminación de su Máximo Vitalicio.

Durante la vigencia de esta continuidad temporal de cobertura aquel asegurado dependiente que deje de ser dependiente elegible bajo esta Póliza, podrá en ese momento solicitar a LA COMPAÑIA una Póliza de Conversión conforme y sujetos a lo establecido en la **Cláusula Tercera, Numeral 1, Sección 1.4. "Privilegio de Conversión de Póliza"**.

1.6. Cirugías y pruebas diagnósticas en Período de Espera

Los gastos por las siguientes cirugías no estarán cubiertos por la Póliza durante los primeros trescientos sesenta y cinco (365) días calendario de vigencia de la cobertura del Asegurado que aplique para este beneficio, al menos que se estipule lo contrario en las condiciones particulares de la póliza:

1. Adenoidectomía y Amigdalectomía.
2. Artroscopías, cirugías de hombro y rodilla.
3. Circuncisión por enfermedad.
4. Colecistectomía y cualquier gasto incurrido como consecuencia de una colelitiasis y colecistitis.
5. Cirugía de tiroides.
6. Cirugías de Senos Paranasales, Cornetes.
7. Cirugías por padecimientos oculares, incluyendo Cataratas, Pterigión, Chalazión, entre otros.
8. Cirugías por padecimientos de las mamas.
9. Cirugías y Procedimientos por padecimientos de Columna Vertebral.
10. Cirugías y Procedimientos por padecimientos de sistema reno-uterol.
11. Endoscopias y Colonoscopias.
12. Endometriosis.
13. Escisión de quistes sebáceos.
14. Hernias.
15. Hemorroidectomía.
16. Hidrocelectomía y Varicelectomía.
17. Laparotomías o Laparoscopías por enfermedades de útero, ovarios o vejiga.
18. Procedimientos laparoscópicos (con la excepción apendicectomía laparoscópica).

Adicionalmente los gastos por las siguientes pruebas diagnósticas no estarán cubiertos por la Póliza durante los primeros trescientos sesenta y cinco (365) días calendario de vigencia de la cobertura del Asegurado:

1. **Tomografías Computarizadas.**
2. **Resonancias Magnéticas.**
3. **Arteriografías.**
4. **Cualquier prueba diagnosticas que se ameriten para el diagnóstico de las condiciones que ameriten alguna de las cirugías en periodo de espera.**

Si la cirugía o prueba diagnóstica se debe a una lesión o enfermedad que antecede al inicio de la cobertura del Asegurado o se ha excluido de la cobertura de la Póliza, dicha cirugía no estará cubierta por la Póliza en ningún momento.

1.7. Asignación o Cesión del Producto de la Cobertura

El producto de cualquier cobertura de esta Póliza será pagado al hospital o al proveedor de los servicios médicos directamente si usted usa los proveedores que son miembros de la Red de Proveedores Preferidos y las coberturas de su plan de seguros no operan bajo reembolso. Si usa otros proveedores, se les pagará directamente a ellos si el Asegurado les hubiese cedido o asignado dichos beneficios y dichos proveedores acepten por su lado crédito por parte de LA COMPAÑIA. En caso contrario, los pagos se harán directamente por reembolso al Asegurado.

La sola asignación o cesión de beneficios por parte del Asegurado no obliga a LA COMPAÑIA al pago de los mismos. Cualquier pago que deba hacer LA COMPAÑIA por razón de las coberturas de esta póliza está condicionado al hecho de que se reciba a su satisfacción toda la información y documentación médica o general requerida del proveedor de los servicios médicos o del Asegurado para evaluar el reclamo con base en lo establecido en la póliza, en la solicitud de seguro y en sus aditamentos, y a que confirme su aceptación e intención de pago al proveedor de los servicios médicos u hospitalarios por cualquier medio escrito.

En caso de muerte del Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, cualquier suma que haya quedado pendiente de reembolso por razón de esta Póliza, será entregada a sus herederos judicialmente declarados.

Todos los documentos solicitados por LA COMPAÑIA para que se sustenten los gastos elegibles incurridos por el Asegurado, deberán serle presentados en original. LA COMPAÑIA procederá con su pago siempre que dichos gastos sean usuales, razonables, acostumbrados y médicamente necesarios según el lugar donde fueron generados.

1.8. Coordinación de Coberturas

El Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, y el Asegurado mayor de edad están obligados a informar a LA COMPAÑIA en el momento de presentar una reclamación los seguros coexistentes que cubran también los gastos que se estén reclamando. Deberán informar el nombre de la compañía aseguradora que también brinda cobertura a dichos riesgos y gastos, la fecha de contratación de la póliza, la suma asegurada y el copago o el deducible o cualquier participación en el gasto elegible que deba correr a cargo del Asegurado antes de que dicha compañía aseguradora esté obligada por la póliza a reembolsar dinero alguno al Asegurado, o a pagar directamente al proveedor de servicios médicos u hospitalarios, por haber incurrido en dichos gastos elegibles. El incumplimiento de esta obligación conllevará la pérdida del derecho a exigir la cobertura prevista en esta póliza, salvo que a juicio de LA COMPAÑIA, el incumplimiento se deba a omisión involuntaria del Asegurado-Contratante o del Asegurado.

Sin que lo que a continuación se describe pueda ser considerado una obligación de LA COMPAÑIA e independientemente de la sanción contractual a que se ha hecho referencia en el párrafo anterior, LA COMPAÑIA queda autorizada para suministrar a, así como para recopilar de, cualquier persona natural o jurídica, cualquier información que requiera o que sea necesaria para determinar la existencia de seguros coexistentes.

Para efectos de la Coordinación de Coberturas a que se refiere este numeral, se considerará como un gasto elegible o gastos elegibles a cubrir bajo la póliza de otras compañías aseguradoras, el valor en dinero del copago, deducible, o de cualquier participación en el gasto en exceso a los precios usuales razonables y acostumbrados que debe correr a cargo del Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, y cualquier reembolso o pago efectuados por razón de la cobertura estipulada en la Póliza de dichas compañías aseguradoras.

En caso de que un reclamo presentado a LA COMPAÑIA tenga cobertura en varias pólizas de seguros contratadas de buena fe, operaran las siguientes reglas:

a. La Póliza que haya sido contratada primero, es decir la de mayor antigüedad, será la primera en dar cobertura al reclamo, de acuerdo con los términos y condiciones acordados en dicha Póliza. Si la misma cubre en su totalidad los gastos elegibles (entendiendo que en el gasto elegible cubierto por esa póliza se encuentra incluido el valor en dinero del copago, deducible o cualquier participación en el gasto en exceso a los precios usuales razonables y acostumbrados que debe correr a cargo del Asegurado como se estipula arriba) incurridos por el

Asegurado, los seguros adicionales contratados no darán cobertura a dichos gastos.

b. En caso de que el primer seguro no cubra en su totalidad los gastos elegibles incurridos por el Asegurado, entonces y de conformidad con la ley, las pólizas 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, 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 contratados en la misma fecha y hora, la indemnización será proporcional a la responsabilidad asumida en cada Póliza.

Los gastos elegibles del asegurado para efectos de esta Póliza y del cálculo de la participación de cada Compañía de seguros en el gasto elegible incurrido por una enfermedad o lesión accidental cuando existe Coordinación con otros seguros existentes serán calculados con base a la necesidad médica y al promedio de los precios usuales, razonables y acostumbrados que para cada servicio cubierto estipule cada una de las Compañías de Seguros que intervienen en la reclamación en cuestión. En ningún caso los gastos no elegibles de acuerdo a lo definido en esta póliza serán cubiertos por LA COMPAÑIA.

Para efectos de esta Póliza, LA COMPAÑIA pagará la cantidad que resulte de aplicar el porcentaje (%) de coordinación que se estipula en las Condiciones Particulares de esta Póliza, sobre la cantidad pagada (y no reembolsada por ninguna compañía de seguros) por el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, en las Pólizas de otras compañías aseguradoras por razón del gasto incurrido en cuestión; más cualquier gasto elegible no cubierto por las Pólizas de las otras compañías aseguradoras, siguiendo las reglas de operación que se describen en los incisos a. b. y c., descritos anteriormente, de este numeral y sujeto a las coberturas de esta Póliza.

Todo lo anterior está sujeto a las condiciones, términos, exclusiones y limitaciones establecidas en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Si LA COMPAÑIA pagase por un reclamo más de lo que le correspondiese de acuerdo con el sistema de coordinación de coberturas previsto en este inciso, ésta podrá reclamar el reembolso de lo pagado en exceso, solidariamente y a su opción, a cualquiera de las siguientes personas:

- a. Al reclamante, al asegurado o al contratante de la póliza;
- b. A la persona a quien se le efectuó el pago; o
- c. Cualquier compañía de seguros, organización o persona que debió haber hecho el pago.

1.9. Derecho de Subrogación

LA COMPAÑIA se subrogará en todos los derechos y acciones de cualquier Asegurado bajo la Póliza, por los daños y perjuicios causados por lesiones personales sufridas por ese Asegurado, hasta por la suma de los pagos hechos con base en esta Póliza en la atención médica u hospitalaria de dichas lesiones.

En virtud del derecho de subrogación LA COMPAÑIA podrá recuperar dichas sumas directamente de quienes de acuerdo con la Ley estén obligados a resarcir dichos daños y perjuicios o de las aseguradoras de éstos. En igual forma, lo podrá hacer con el Asegurado, su sucesión o los herederos de las acciones por daños y perjuicios, si han recuperado ellos los pagos en violación del derecho de subrogación.

El Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel Asegurado correspondiente, si es mayor de edad, se obliga a firmar el finiquito correspondiente y subrogar en LA COMPAÑIA los derechos y acciones que le puedan corresponder y a que se refiere esta cláusula. Se obligan además a no tomar ninguna acción que pueda perjudicar los derechos subrogados y a cooperar y asistir a LA COMPAÑIA en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

La violación de lo establecido en el párrafo anterior dará derecho a LA COMPAÑIA para negar la cobertura bajo la póliza a gastos elegibles por servicios cubiertos en la atención futura de dichas lesiones y la cantidad que LA COMPAÑIA no haya podido recuperar por razón de dicha violación se convertirá automáticamente en el nuevo Deducible de la Póliza para el año calendario siguiente. Una vez cubierto ese nuevo deducible la Póliza volverá a tener el deducible anterior.

1.10. Primas

1.10.1. Cálculo de Primas

La prima a pagar por las coberturas proporcionadas bajo esta Póliza se calcula, según sea el caso de su plan de seguro, de acuerdo a:

- a. La tarifa indicada en la Tabla de Primas Mensuales; o
- b. La tarifa indicada en la Tabla de Primas Mensuales Niveladas.

En el primer caso, la prima cambiará automáticamente en el tiempo en un momento dado por cambio de edad o número de personas aseguradas bajo la Póliza, sujeto a la tarifa indicada en la tabla correspondiente, sin necesidad de aviso previo.

En el segundo caso, la prima cambiará en el tiempo en un momento dado por adiciones o cambios en la estructura familiar asegurada bajo la Póliza, sujeto a la tarifa indicada en la tabla correspondiente.

En ambos casos, sin perjuicio de los cambios en la prima que resulten cuando LA COMPAÑIA se vea en la necesidad de modificar Tasa de las Primas en ejercicio de la facultad convenida bajo la **Cláusula Tercera, Numeral 1, Sección 1.10.2. "Cambio en las Tasas de Prima de la Póliza"**.

1.10.2. Cambios en las Tasas de las Primas

En adición a lo convenido en la Sección 1.10.1, descrita anteriormente, la prima cambiará en las siguientes eventualidades:

- a. Cuando cambie el número de personas aseguradas al amparo de este contrato de seguros; o
- b. Cuando por cambio de edad, cambie la prima de cualquier asegurado al amparo de este contrato de seguros; o
- c. LA COMPAÑIA podrá ajustar la prima al final de cualquier año póliza, de acuerdo a la variación porcentual en el Índice de Precios correspondiente al renglón de Cuidados Médicos y Conservación de la Salud, que aparezca en la última edición del Panamá en Cifras publicado por la Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República de Panamá.; o
- d. Por razones de desviación de la siniestralidad de toda la cartera y cambios en los costos médicos hospitalarios de conformidad con los principios que sobre la materia establece la Ley que regula el negocio de seguros, y siempre y cuando medie entre cada cambio un intervalo que como mínimo será de doce (12) meses.

LA COMPAÑIA garantiza que en ningún caso se cambiará el monto de la prima durante los primeros doce (12) meses de vigencia de la póliza salvo lo indicado en los incisos a y b de este numeral.

LA COMPAÑIA notificará al Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, en la forma establecida en la **Cláusula Tercera, Numeral 1, Sección 1.13.9. "Avisos y Notificaciones"** de esta Póliza, cualquier cambio en el monto de la prima convenida por lo menos con treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha en que entre en vigencia el cambio propuesto. La no aceptación Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, del cambio propuesto acarreará la terminación automática de la Póliza al vencimiento de dicho plazo.

Se entenderá que el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, ha aceptado el cambio en el monto de la prima si hace el pago de la misma dentro del plazo aquí estipulado.

1.10.3. Pago de Prima Inicial y de Prima de Renovación

La primera Prima será pagadera por adelantado junto con la solicitud de esta Póliza, sin la cual no entrará en vigor bajo ninguna circunstancia. La fecha de vencimiento para el pago de la prima de renovación es la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza. Las primas subsiguientes de renovación serán pagaderas, bisemanal, mensual, bimestral, trimestral, semestral o anualmente en su totalidad y por adelantado en la fecha de cada vencimiento para el pago de la prima de renovación. La Prima pagadera por cada período de cobertura es la suma de cuotapartes de la misma correspondientes al Asegurado Principal, y a los dependiente(s) elegible(s) asegurado(s).

Mediante endoso a las Condiciones Particulares de la Póliza se podrá estipular que la Prima convenida será pagadera en abonos parciales, en cuyo caso la fecha de vencimiento para el pago de cada uno de dichos abonos será la que se indique en dichas condiciones particulares de acuerdo con la frecuencia acordada.

El pago deberá hacerse en las oficinas de LA COMPAÑIA, salvo que LA COMPAÑIA autorice otra cosa.

1.11. Procedimientos a seguir por el Asegurado en Caso de Requerir Cobertura para Gastos por Servicios de Reclusión Hospitalaria o Atención Ambulatoria

1.11.1. Para Gastos por Servicios de Consulta Externa.

Si en las Condiciones Particulares de la Póliza se consigna la utilización de una Red de Proveedores Preferidos, el Asegurado deberá hacer cita con alguno de los médicos de dicha red en caso de requerir los servicios médicos elegibles por enfermedad o lesión por accidente. Deberá consultar previamente con LA COMPAÑIA y solicitar los nombres de los médicos, generales y especialistas, que están inscritos en la red de proveedores preferidos correspondientes a su plan de seguro.

Si la Póliza esta vigente y la misma no esta atrasada en cuanto al pago de primas y el Asegurado paga el copago convenido, el médico le atenderá. El Asegurado deberá firmar ante el médico el formulario de reclamos quien se encargará de hacerlo llegar a LA COMPAÑIA para el trámite del reclamo.

En caso de que en las Condiciones Particulares de la Póliza no se estipule la utilización de una red de proveedores preferidos, el Asegurado deberá solicitar al médico tratante que complete el formulario de reclamos y deberá cancelarle sus honorarios, y luego presentarlos a LA COMPAÑIA para el trámite del reclamo y el reembolso del pago si procede a los precios usuales, razonables y acostumbrados aprobados por LA COMPAÑIA.

1.11.2. Para Gastos por Servicios de Reclusión Hospitalaria, Honorarios Médicos, Servicios

Quirúrgicos en Facilidad Ambulatoria; Exámenes, Procedimientos, Tratamientos y Suministro de Equipos Especiales; Maternidad, y cualesquiera otros gastos elegibles por servicios cubiertos.

Serán cubiertos únicamente los gastos elegibles por servicios estipulados en las Condiciones Particulares de la Póliza y serán pagados conforme allí se indique.

LA COMPAÑIA notificará al Asegurado o al proveedor de los servicios médicos, su decisión en cuanto a realizar el pago de los gastos elegibles cubiertos, o por el contrario, negar la cobertura del reclamo por su improcedencia.

En caso de que el médico tratante ordene alguno de los exámenes, procedimientos, tratamientos especiales mencionados en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, sección 4.5 “Exámenes, Procedimientos, Tratamientos Especiales y Suministro de Equipos Especiales de Tipo General”**, o Cirugías de cualquier tipo, el Asegurado debe hacer que su médico tratante llene el formulario de pre-autorización que suministra LA COMPAÑIA junto con el informe detallando el diagnóstico inicial y el cuadro clínico. Luego, deberá enviarlos (él mismo o por intermedio del médico tratante u hospital en que se haya recluso, si es el caso) al Departamento de Reclamos de Seguros Personales de LA COMPAÑIA para la debida evaluación. LA COMPAÑIA informará lo más pronto posible al Asegurado si dará o no cobertura al gasto por el servicio solicitado.

1.11.3. Requisitos de Segunda y Tercera Opinión

Cuando LA COMPAÑIA así lo considere necesario, el Asegurado está obligado a someterse al requisito de una segunda opinión que será suministrada por el o los médicos señalados por LA COMPAÑIA en los casos de reclusión como paciente interno o cirugía en facilidad ambulatoria. Se deberá obtener la segunda opinión por escrito en los formularios elaborados por LA COMPAÑIA para este fin. No es necesario cumplir este requisito cuando el Asegurado es sometido a un procedimiento quirúrgico como resultado de una emergencia médica, por enfermedad o accidente, como las enunciadas en la Cláusula Segunda, Numeral 4, Sección 4.4 “Servicios por Atención en Urgencia”.

Si la segunda opinión no confirma la necesidad de una cirugía o procedimiento, una tercera opinión podrá ser requerida. A efecto de realizar la tercera opinión, un médico indicado por LA COMPAÑIA evaluará el caso como "dirimente" y se adherirá a una de las dos opiniones médicas, la determinación hecha por uno de los dos médicos, sumada a la del "dirimente" será la final.

No cumplir con estos requisitos causará la negación del reclamo y la pérdida de todas las coberturas que hubiera podido recibir el Asegurado de haber cumplido con este requisito. Los costos de la segunda y tercera opinión médica, serán cubiertos por LA COMPAÑIA.

1.11.4. Requisitos para Presentación de Reclamos y Prueba del Siniestro.

A fin de que LA COMPAÑIA pueda atender un reclamo para el reconocimiento de alguna de las coberturas bajo esta Póliza, el Asegurado Principal o Contratante, según sea el caso, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a. El reclamo deberá presentarse a LA COMPAÑIA en los formularios que suministrará para tal fin.
b. El Asegurado se cerciorará de que el médico tratante suministre en el formulario de reclamo la información que a él se le solicita, indicando claramente el diagnóstico del padecimiento del Asegurado y los síntomas correspondientes al mismo, y de que firme dicho formulario agregando su nombre y número de idoneidad legibles. Luego el Asegurado completará la información que a él le corresponde suministrar en dicho formulario y también lo firmará.

c. El formulario deberá estar acompañado de los siguientes documentos en original y emitidos con las formalidades legales correspondientes:

c.1. Facturas o recibos individualizados detallados o Estados de Cuentas detallados, correspondientes a las atenciones o servicios médicos u hospitalarios recibidos por el Asegurado, haciendo constar el pago por dichas atenciones o servicios;

c.2. Recetas médicas y recibos detallados por la compra de medicamentos;

c.3. Órdenes para exámenes de laboratorios y recibos detallados del pago por dicho servicio;

c.4. Cualquier otro documento que el proveedor de servicios médicos u hospitalarios suministre al Asegurado, o al Asegurado Principal o Contratante, relacionados con los gastos incurridos que se pretendan sean cubiertos por la Póliza.

c.5. LA COMPAÑIA se reserva el derecho de requerir y solicitar, que además, se le presente la historia clínica, expediente o cuadrícula médica o archivos del Asegurado que mantenga el médico tratante, el hospital o clínica o cualquier proveedor de servicios médicos; y cualquier otra información o documento que a juicio de LA COMPAÑIA constituya prueba fehaciente de la ocurrencia, procedencia y necesidad de la atención del servicio o bienes recibidos, por el cual se incurre en el gasto que se pretende sea cubierto por la Póliza.

Para la presentación de gastos por reclamos cubiertos por esta póliza y que estén sujetos a deducible, se requerirá que el Asegurado Principal o el Dependiente elegible haya completado la suma que como deducible se estipule en las Condiciones Particulares de la Póliza. Todo aquél gasto por un reclamo cubierto que no esté sujeto al requerimiento de deducible deberá ser presentado a LA COMPAÑIA después de la fecha de ocurrencia del mismo. Después de que el deducible se haya cubierto, se concederá un plazo máximo de noventa (90) días calendarios para la

presentación de todos aquéllos gastos por reclamos que estén sujetos a dicho deducible, asimismo se concederá un plazo igual de noventa (90) días calendarios a partir de la fecha de ocurrencia del gasto, para aquellos reclamos que no estén sujetos a deducible. Si el Asegurado Principal, Dependiente o Contratante incumpliese los plazos arriba mencionados, LA COMPAÑIA quedará relevada de toda obligación con respecto a cualquier reclamación.

Recibido el reclamo dentro del plazo y en las condiciones mencionadas en los literales a, b y c de este inciso, y una vez que el mismo haya sido evaluado y aprobado, LA COMPAÑIA procederá a tramitar el pago correspondiente al proveedor del servicio o al Asegurado Principal o Contratante, según corresponda.

Si la Póliza **estipula el uso de una red de proveedores de servicios preferidos**, una vez que el Asegurado Principal o Contratante ha cumplido con las condiciones indicadas en los incisos a, b y c de este numeral, dejará el formulario y la documentación que se le debe adjuntar al proveedor del servicio para que éste lo haga llegar a LA COMPAÑIA para su presentación conforme a lo arriba indicado. El proveedor del servicio deberá presentar el reclamo a LA COMPAÑIA dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la fecha en que el Asegurado incurrió en el gasto, después de transcurrido este periodo LA COMPAÑIA no hará pago alguno con relación a dichos gastos. El Asegurado se cerciorará de que el proveedor del servicio envíe a LA COMPAÑIA el formulario y la documentación dentro del plazo establecido.

Cuando **habiéndose estipulado en la Póliza el uso de una red de proveedores de servicios preferidos y no se utilice al proveedor correspondiente de la misma**, el Asegurado Principal o Contratante además de cumplir con los requisitos indicados en los incisos a, b y c de este numeral, antes de la presentación del reclamo, deberá en todos los casos haber pagado en su totalidad al proveedor de servicios médicos, hospitalarios o de bienes, el precio o costo por los servicios o bienes recibidos deberán presentarse dentro de los noventa (90) días calendarios siguientes a la fecha en que incurrió en el gasto, después de transcurrido este periodo LA COMPAÑIA no hará pago alguno con relación a dichos gastos.

De no suministrarse a LA COMPAÑIA la información y documentación que haya requerido para la evaluación de un reclamo en el plazo y términos arriba indicados dará derecho a LA COMPAÑIA a negar la cobertura al mismo.

1.11.5. Procedimiento de revisión en caso de Reclusión Hospitalaria.

Cuando todo o parte de los gastos por Reclusión Hospitalaria de un Asegurado deban estar cubierto bajo esta Póliza, un médico asesor de LA COMPAÑIA verificará lo siguiente:

- a. Que el Asegurado esté recibiendo el tratamiento pre-autorizado. Cualquier cambio en el tratamiento será evaluado en conjunto con el médico tratante.
- b. Que los servicios y suministros hospitalarios que están siendo recibido por el Asegurado sean médicamente necesarios.
- c. Que los exámenes clínicos o de laboratorios practicados al Asegurado, como requerimiento previo a la reclusión, no se hagan nuevamente después de la admisión.
- d. Que el tiempo de reclusión este dentro de los límites del periodo estimado aprobado. En caso contrario, a fin de que LA COMPAÑIA evalúe si aprueba o no dar cobertura al tiempo de reclusión en exceso del periodo estimado inicialmente, se solicitará al médico tratante del Asegurado las razones y necesidades médicas para la extensión del periodo y el nuevo tiempo estimado de extensión en la reclusión.
- e. Si LA COMPAÑIA resuelve no dar cobertura bajo la Póliza a un periodo adicional de reclusión o a algunos de los servicios o suministros provistos por el Hospital, lo informará así inmediatamente por escrito al Asegurado y al médico tratante y no cubrirá los cargos a gastos posteriores

1.12. Exclusiones y Limitaciones Generales

Este listado es enunciativo, más no limitativo, de aquellas PÉRDIDAS, GASTOS, CARGOS O COSTOS POR SERVICIOS MÉDICOS U HOSPITALARIOS Y BIENES Y SUMINISTROS MÉDICOS por los que LA COMPAÑIA, salvo que en las Condiciones Particulares de la Póliza se estipule otra cosa, no reconocerá cobertura ni pagará suma alguna bajo la misma, aún cuando hayan sido recibidos por un Asegurado, y que se detallan a continuación:

1. **POR COBERTURAS, SERVICIOS O RUBROS DE SERVICIOS, BIENES Y SUMINISTROS QUE NO ESTEN EXPRESAMENTE ESPECIFICADOS COMO CUBIERTOS en las Condiciones Particulares, y los excesos sobre los límites establecidos en dichas Condiciones, no importando que sean elegibles y médicamente necesarios o recomendados por un médico.**
2. **Esta Póliza no otorga o reconoce cobertura por el tiempo de duración de una enfermedad, lesión o condición dados y de su tratamiento o atención, aún cuando se inicia durante la vigencia de la misma y salvo que se incluya en la Cobertura en Efectivo por Eventos Específicos, sino por la pérdida, gasto, cargo o costo por servicios médicos u hospitalarios y bienes y suministros médicos específicos que reciba un Asegurado durante la vigencia de la Póliza sujeto a los términos, condiciones y exclusiones de la misma que se encuentren vigentes al momento en que se recibe el servicio por el que incurre en el gasto.**
3. **Por toda condición médica, padecimiento o enfermedad (con previo conocimiento del asegurado o**

no) que se manifieste dentro de los primeros cuatro (4) meses de vigencia a partir de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza para algún Asegurado Principal o Dependiente elegible, o de la fecha de adición o dentro de los cuatro (4) meses siguientes al ingreso de algún dependiente elegible a la misma, exceptuando lo dispuesto en la Cláusula Segunda, numeral 1 sección 1.6, estarán excluidos de todas las coberturas amparadas bajo esta póliza durante toda la vigencia de la misma, exceptuando Accidentes que ocurran con posterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza el Asegurado Principal, o de la fecha de adición o de ingreso de algún dependiente elegible a la misma.

4. Enfermedades muy graves según las definiciones de esta póliza (conocidas por el asegurado o no), que se manifiesten dentro de los primeros doce (12) meses de vigencia a partir de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza para algún Asegurado Principal o Dependiente elegible, o de la fecha de adición o dentro de los siguientes doce (12) meses siguientes al ingreso de algún dependiente elegible a la misma.

5. Por cualquier omisión de información, falsedad, retención en la solicitud de seguro de un asegurado, lo cual adicionalmente traerá como consecuencia la baja del asegurado o bien la cancelación de la Póliza.

6. Gastos por servicios recibidos o en que se incurran mientras la cobertura del Asegurado no se encuentre vigente o después de la fecha de terminación de la misma.

7. Para la cura, alivio o tratamiento de cualquier enfermedad, lesión accidental, síntoma o condición que antecedan a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado que la padece que haya sido excluida mediante exclusión especial o que no haya sido declarada en la solicitud de seguros.

8. Por complicaciones, enfermedades o lesiones que resulten a consecuencia de:

a) Enfermedades, complicaciones, tratamientos o intervenciones quirúrgicas cuyos gastos o costos no fueron cubiertos bajo esta Póliza, indistintamente de las razones por las cuales no fueron cubiertos; y

b) Enfermedades, tratamientos o intervenciones quirúrgicas cuyos gastos o costos están o estuvieron expresamente excluidos de la cobertura de esta Póliza.

c) Para tratamiento de retiro material de osteosíntesis debido a una cirugía cuyos gastos o costos no fueron cubiertos bajo esta Póliza, indistintamente de las razones por las cuales no fueron cubiertos

9. El exceso sobre los cargos usuales y acostumbrados de LA COMPAÑÍA en el área donde el cargo y el gasto son incurridos.

10. Por servicios o suministros no recomendados por un médico, o no médicamente necesarios para tratar una lesión accidental o enfermedad; o suministrados a o por razón de acompañantes de un asegurado hospitalizado, y por exámenes médicos de rutina que incluyen: exámenes de prevención para la

salud de hombre o mujer sana o exámenes periódicos a niños sanos.

11. Por controles o exámenes periódicos de salud u hospitalizaciones con el objeto de o revisión médica general como por ejemplo: densitometría ósea, mamografías, citología de cuello uterino entre otros.

12. Por servicios o suministros:

a) Que no sean indicados de acuerdo con las normas médicas profesionales generalmente aceptadas, es decir que no ha sido aprobado por un ente regulador como la FDA ("Federal Drugs Administration") o su equivalente.

b) Que de conformidad con el protocolo médico generalmente aceptado puedan ser médicamente considerados como una duplicidad o exceso no necesario de un servicio o suministro prestado al Asegurado.

c) Para tratamiento experimental

d) Para investigación, no probadamente seguras y efectivas.

e) Sin prescripción médica, vitaminas o suplementos dietéticos, y para aumentar el apetito o para adelgazar.

f) Que sean realizados por médicos especialistas cuyas especialidades médicas no estén relacionados a la enfermedad o padecimiento para la cual se realiza el tratamiento.

13. Que resulten de lesión o enfermedad intencionalmente auto-infligida, suicidio o intento de suicidio y sus complicaciones o secuelas independientemente de que el Asegurado se encuentre o no en su sano juicio.

14. Que resulten de: La participación del Asegurado en un desorden, motín o en la ejecución de o en la comisión de o intento de cometer un delito, o mientras se esté dedicando a una actividad ilegal, insurrección, revolución, rebelión, huelga, conmoción civil, asalto, tumulto, conspiración, disturbios del orden público; O de un acto de guerra declarada o no, agresión armada; o de lesiones accidentales recibidas mientras el Asegurado está en servicio armado oficial o no, o participe en guerra, levantamiento armado, guerra civil, conflicto bélico o acto semejante; o por el cual cualquier organismo gubernamental o sus agencias, nacionales o internacionales, sean responsables; o mientras el Asegurado se encuentra en servicio activo o entrenamiento en las Fuerzas Públicas, Policía Nacional, Fuerza Naval o Aérea o Terrestre.

15. Que resulten de: riñas, peleas, lesiones a consecuencia de proyectil de arma de fuego o por arma punzo-cortante. Cuando dichos actos no sean responsabilidad del Asegurado, LA COMPAÑÍA indemnizará por cualquier gasto cubierto bajo esta Póliza únicamente mediante reembolso, sujeto a que la falta de provocación por parte del asegurado afectado haya sido acreditada ante LA COMPAÑÍA mediante la presentación de copia autenticada de la resolución

emitida por la autoridad competente, debidamente ejecutoriada, declarando que dichos actos fueron provocados por terceros.

16. Por la atención o tratamiento de lesiones a consecuencia de accidentes sufridos por el Asegurado a causa de encontrarse en Estado de Embriaguez.

17. Que un tercero esté obligado a cubrir en beneficio del asegurado por razón de la existencia de un contrato o por responsabilidad civil extracontractual.

18. Por cuidados de custodia, curas de reposo o de convalecencia.

19. Medicamentos y tratamientos, incluyendo la cirugía, para el control del sobrepeso o de la obesidad y sus consecuencias o efectos posteriores y complicaciones.

20. Servicios de Nutricionistas por control de bajo peso, sobre peso u obesidad o por enfermedad.

21. Por trabajo dental, tratamiento, restauración, enfermedad o cirugía dental, a los dientes o tejidos adyacentes, incluyendo:

a) Tratamiento que involucra la estructura de cualquier diente, proceso alveolar, absceso o enfermedad del tejido gingival o periodontal; o

b) Cirugía o entablillado para ajustar oclusión dental o ferulización;

Excepto para el tratamiento de una lesión por accidente a dientes naturales a consecuencia de un accidente como lo describe la Cláusula Segunda, Numeral 4, Sección 4.12. ó a consecuencia del tratamiento de una condición cubierta bajo el contrato póliza que haga medicamento necesaria la reconstrucción quirúrgica.

22. Para el tratamiento de problemas en la mandíbula y en los maxilares, incluyendo el Síndrome Temporomandibular, desórdenes craneomandibulares y cualquier otra condición relacionada con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación o coyuntura.

23. Por o como resultado de Aborto provocado.

24. Por tratamientos médicos o quirúrgicos de esterilización masculina o femenina, o reversión de cualquier tratamiento médico o quirúrgico de esterilización.

25. Embarazos logrados por inseminación artificial, incluyendo implantación de embriones in vitro y transferencias de embrión. Embarazos logrados a base de terapia de hormonas, inductores de la ovulación o cualquier sustancia, terapia, tratamientos o similares relacionados directa o indirectamente. Tratamientos, terapias de diagnóstico, procedimientos o intervenciones, quirúrgicas o no, por infertilidad. En este sentido No se pagará ningún cargo por servicios relacionados a estos tipos de embarazos, tratamientos, terapias, procedimientos o intervenciones, ni tampoco los cargos relacionados con sus consecuencias ni secuelas directas o indirectas, tales como:

hemorragias o productos (abortos, fetos o recién nacidos).

26. Se excluye en adición cualquier Tratamiento para el control de la natalidad, tales como: anticonceptivos, dispositivo intrauterino anticonceptivo o similar y los abortivos. Se excluye también cualquier consecuencia o secuela debido a lo anterior.

27. Por el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual de cualquier naturaleza.

28. Por el tratamiento médico o quirúrgico de desórdenes sexuales, de impotencia o frigidez.

29. Por transformación sexual o cambio de sexo.

30. Terapias de aprendizaje, al menos que sean a consecuencia de una enfermedad o accidente que haya sido cubierto bajo el contrato póliza.

31. Por el tratamiento de alcoholismo y drogas. Por lesiones o enfermedades provocadas por la ingesta de cualquier droga de consumo controlado o prohibido, a menos que sea suministrado por órdenes de su médico tratante, o narcótico, o por el consumo o abuso del alcohol o de cualquier otra sustancia.

32. Por el mantenimiento de signos vitales con respiradores o cualquier otro tipo de instrumentos especializados (sistemas de mantenimiento de vida) donde los demás sistemas del cuerpo están en estado letal y se use este mecanismo únicamente para mantenimiento de signos vitales.

33. Por exámenes y tratamientos de la vista por refracción y optometría, cirugías para la corrección de refracción (astigmatismo, miopía e hipermetropía), queratocono y sus consecuencias, el costo de anteojos, lentes de contacto o el ajuste o costo de aparatos visuales, daño a causa del uso de lentes de contacto.

34. Por estrabismo.

35. Por la compra, adaptación o costo de aparatos para el oído y su instalación. Incluyendo implantes cocleares.

36. Por lesiones o enfermedades a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos donde por negligencia, irresponsabilidad, falta de conocimiento o situaciones agravantes, se ponga en peligro la vida o la integridad física del Asegurado.

37. Reclamaciones a consecuencia de la participación en entretenimientos o deportes, con excepción de los siguientes: Juegos de salón, práctica normal y no profesional del: atletismo, basketball, bolos, caza menor, ciclismo, deportes náuticos a vela o motor por ríos o lagos o en el mar abierto a menos de 12 millas de la costa, equitación, esgrima, excursiones por las montañas por carretera o senderos, gimnasia, golf, hand-ball, natación, patinaje que no sea sobre ruedas en línea, pesca, remo, tenis, tiro en polígonos habilitados, volleyball o waterpolo.

38. Cualquier pérdida, gasto o cargo resultante de exámenes diagnósticos, consultas, estudios y

cualquier tratamiento por trastornos relacionados con el crecimiento.

39. Cualquier tratamiento de hormona de crecimiento y hormonas para tratamientos que no sea la práctica médica usual.

40. Por procedimientos o exámenes relacionados con la investigación de donantes potenciales de órganos o de fluidos sanguíneos o corporales, o complicaciones resultado de la extracción de órganos o de fluidos de donantes, o transfusiones, transporte y hospedaje de un donante al lugar donde se practicará la extracción de órganos para un trasplante y la extracción misma del órgano o tejido, lo mismo que el precio o valor que se pague por dichos órganos.

41. Para el cuidado o tratamiento de cualquier Enfermedad Congénita, como se define en esta Póliza, salvo que en las Condiciones Particulares se haya contratado la Cobertura para Gastos por Maternidad - y la misma haya sido elegible – así como la Cobertura Especial para Gastos por Padecimientos o Enfermedades Congénitas del Recién nacido y sólo si el recién nacido es inscrito en la Póliza dentro de los primeros nueve (9) días de su vida, todo sujeto a los límites, términos y condiciones de dichas coberturas; o cuando su plan de seguro trate las enfermedades congénitas como cualquier otra enfermedad.

42. Por zapatos ortopédicos u otros aparatos y dispositivos de soporte para los pies.

43. Tratamiento o gastos médicos externos u hospitalarios a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.), lo mismo que sus consecuencias funcionales u orgánicas, o complicaciones o tratamientos relacionados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.).

44. Por tratamientos médicos o quirúrgicos para enfermedades, trastornos o desórdenes mentales.

45. Transporte para obtener tratamiento médico.

46. Por consultas médicas en casa.

47. Por prueba de amniocentesis, tamizaje obstétrico, tamizaje neonatal, o cualquier otro examen o procedimiento realizable a la mujer embarazada por estudio genético o al producto de la concepción.

48. Por pruebas o tratamientos ambulatorios o cualquier servicio relacionado con inmunología y alergias.

49. Cualquier pérdida, gasto o cargo que resulten de cirugía estética o por cualquier pérdida, gasto o cargo que resulten de cirugía reconstructiva, salvo lo que se refiere al servicio descrito en la **Cláusula Segunda, Numeral 4, Sección 4.11** y sujeto a los límites, términos y condiciones de dicho servicio.

50. Si su plan de seguro brinda cobertura mediante Pago en Efectivo por Eventos Específicos, no cubrirá gastos o costos por o con relación a consecuencias o complicaciones de dichas situaciones. Por ejemplo, si en las condiciones Particulares de la póliza se establece la Cobertura de Maternidad mediante un

pago en efectivo único por el estado de embarazo no se cubrirá ningún gasto por concepto de prenatales, alumbramiento, gastos por aborto o amenaza de aborto, o por consecuencia o complicaciones de estas situaciones.

51. Con motivo o por razón y a consecuencia del tratamiento de juanetes (Hallux Valgus o quinto dedo en varo).

52. Por cualquier pérdida, gasto o cargo que resulte de la septumplastía o septoplastia, excepto cuando sea realizada a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y este puede ser documentado con una historia clínica de urgencias y otros medios diagnósticos.

53. Por cualquier pérdida, gasto o cargo que resulte del tratamiento de la ginecomastia o gigantomastia.

54. Por cualquier pérdida, gasto o cargo que resulte de tratamientos homeopáticos.

55. Por el exceso en costos que provoque la utilización de Tecnología Médica de Aplicación Reciente al compararlos con la Tecnología Médica Tradicional utilizada para el tratamiento de enfermedades o lesiones de un asegurado amparado bajo alguna cobertura o servicio de esta póliza.

56. Circuncisión por profilaxis.

57. Cualquier pérdida, gasto o cargo resultante de exámenes diagnósticos, equipos, consultas, estudios y cualquier tratamiento por trastornos relacionados con el sueño, incluyendo apnea del sueño.

58. Cualquier tratamiento o servicio cubierto por cualquier Ley de Compensación Obrera, o Leyes del Trabajo o Legislación similar, Caja de Seguro Social o bajo cualquier acto o decreto gubernamental.

59. En los casos de epidemias declaradas por el Ministerio de Salud de la República de Panamá, o bien de la entidad homóloga en algún otro país en los casos en que el asegurado se encuentre fuera de la República Panamá en dicho país y posea cobertura internacional.

1.13. Disposiciones Particulares

1.13.1. Renovación Automática

Siempre y cuando se haya pagado la prima convenida antes de o en la fecha de renovación estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza, esta Póliza se renovará automáticamente a partir de esa última fecha por un periodo igual al correspondiente a la frecuencia de pago seleccionada en la Solicitud de Seguro y en todo caso sujeta a cualquier cambio o modificación que haya introducido LA COMPAÑIA en el Contrato de Seguro o Póliza para ser efectivo a partir de la fecha de renovación siguiente a la notificación del mismo de conformidad con lo estipulado en la **Cláusula Tercera, numeral 1, Sección 1.13.9. “Avisos y Notificaciones”** de esta cláusula. Sin embargo, si el Asegurado paga la prima dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes a la fecha de renovación, tendrá derecho a la renovación automática de

su póliza, como si se hubiese pagado en tiempo y en los términos arriba indicados.

1.13.2. Cambios en el Contrato de Seguro o Póliza

Salvo en los cambios descritos en la **Cláusula Tercera, numeral 1, Sección 1.10.2. “Cambios en las Tasas de las Primas”**, cuando por razones de desviaciones en la siniestralidad LA COMPAÑIA encuentre conveniente modificar las coberturas y los parámetros de operación del plan de seguros (ejemplo: coaseguros, límites máximos, deducibles copagos, entre otros de los descritos en las Condiciones Particulares de la Póliza) con el propósito coadyuvar al sostenimiento futuro del de este contrato de seguro, lo comunicará así al Contratante - Asegurado, con treinta (30) días calendarios de anticipación a la fecha en que entre en vigencia el cambio propuesto según lo establecido en la **Cláusula Tercera, numeral 1, Sección 1.13.9. “Avisos y Notificaciones”** de esta póliza. Durante dicho período el Asegurado Principal comunicará a LA COMPAÑIA si acepta o no el cambio propuesto. Si lo acepta, la modificación comenzará y será efectiva a partir de la fecha indicada; de lo contrario la póliza terminará al vencimiento de dicho plazo sin ninguna responsabilidad para las partes. LA COMPAÑIA garantiza que ENTRE cualquier o cualesquiera Cambio(s) que ocurra(n) ya sea en las coberturas o en los parámetros de operación del plan de seguros amparado por este Contrato mediará un intervalo que como mínimo será de doce (12) meses.

En todo caso, si el Contratante o el Asegurado Principal paga la prima convenida para la renovación por el periodo de vigencia en el que entran a regir los cambios propuestos por LA COMPAÑIA, dicho pago se tomará como una notificación escrita del Contratante o del Asegurado Principal, aceptando la modificación de la Póliza propuesta por LA COMPAÑIA.

1.13.3. Agravación del Riesgo

El Contratante o Asegurado Principal debe notificar a LA COMPAÑIA la agravación del riesgo que pueda causarse por un hecho suyo, antes de que se produzcan. Se entiende por agravación del riesgo cualquier hecho que de haber existido al tiempo de la emisión de la Póliza hubiese podido influir de modo directo en la existencia o condiciones de la misma, como son el cambio de profesión o la práctica de una nueva actividad.

Cuando la agravación consista en cambio de profesión o actividad del Asegurado y si de haber existido ese cambio al tiempo de la celebración del contrato, LA COMPAÑIA hubiera concluido denegar la emisión de la póliza según sus políticas de suscripción de riesgo o proceder con el contrato con algún aditamento para limitar las coberturas o ajustar la prima, LA COMPAÑIA tendrá derecho a cancelar la Póliza, comunicándoselo así por escrito al asegurado según lo establecido en la **Cláusula Tercera, numeral 1, Sección 1.13.9. “Avisos y Notificaciones”**, o emitir el

aditamento o ajustar la prima, retroactivo a la fecha del cambio de profesión o actividad.

De comprobarse la agravación del riesgo, LA COMPAÑIA tendrá acción contra el Asegurado para reembolsarse por las sumas pagadas a este último en concepto de reclamos presentados a partir del momento en que se produjo la agravación.

1.13.4. Tercera Opinión por Condición Pre-Existente

Cuando el médico designado por el Contratante y el designado por LA COMPAÑIA estén en desacuerdo sobre si una lesión o enfermedad es o no preexistente a la vigencia de la Póliza, si se trata o no de una condición Preexistente, ambas partes de común acuerdo designarán a un tercer médico, especialista en el área, quien conocerá el caso sobre la base de la información que ambas partes le suministren, y se adherirá a una de las dos opiniones presentadas. La decisión así adoptada será final y definitiva y las partes deciden acogerse a ella incondicionalmente.

En caso de que los médicos declaren la pre-existencia de la lesión o enfermedad, el asegurado por este medio declara que no tiene ni tendrá ningún reclamo contra LA COMPAÑIA por la declinación del reclamo y por la terminación de la cobertura del Asegurado o de la Póliza según corresponda.

1.13.5. Exámenes Físicos y Autopsia

Cuando así lo considere necesario, LA COMPAÑIA podrá hacer a sus expensas y con un médico elegido por ella, exámenes físicos a un Asegurado durante la tramitación de una reclamación. Además, podrá realizar una autopsia cuando no esté prohibido por ley.

1.13.6. Solución de Controversias

El Contratante o el Asegurado Principal, y cualquier otro Asegurado llegado el caso, y LA COMPAÑIA se someterán a la jurisdicción de los tribunales de la República de Panamá para resolver controversias, desacuerdos, conflictos que surjan entre ellos en relación con esta Póliza. No obstante, las partes podrán convenir de mutuo acuerdo someter sus controversias o arbitraje o arbitrio, si los consideran conveniente a sus intereses.

1.13.7. Acciones Legales

No se podrá entablar ninguna acción legal para obtener las coberturas de esta Póliza antes de la expiración del término de sesenta (60) días calendarios después de presentada la prueba escrita del siniestro, de conformidad con los requisitos establecidos en esta Póliza. Ninguna acción o reclamación puede ser promovida luego de transcurrido un (1) año contado a partir de la fecha en que el Asegurado dado recibió un servicio médico u hospitalario, bien o suministro médico por el cual se pretenda presentar la reclamación.

1.13.8. Concordancia con las Leyes Locales

Cualquier disposición de esta Póliza que en su fecha efectiva estuviera en conflicto con las leyes locales, queda por la presente enmendada para que se ajuste a los requerimientos de tales leyes.

1.13.9. Avisos y Notificaciones

Cualquier aviso o notificación que deba dar una de las partes a la otra (LA COMPAÑIA o el Asegurado Principal o Contratante), por y para los efectos de esta Póliza, deberá hacerse por escrito y podrá hacerse llegar mediante correo recomendado o certificado, dirigido a la última dirección postal conocida (o, en su defecto de no existir esta última, a entrega general del domicilio correspondiente), o ser entregado al agente de seguros consignado en la póliza si así lo autoriza el Contratante-Asegurado en la solicitud de seguros de la póliza. Se entenderá que se ha dado o recibido el aviso o notificación, a partir de la fecha en que la carta sea puesta en la oficina de correos o entregada al agente de seguros de la Póliza en la forma antes mencionada, lo que ocurra primero; todo plazo que dependa de dicho aviso o notificación comenzará a correr desde esa fecha.

La constancia del envío del aviso o notificación enviado mediante correo recomendado o certificado a la última dirección postal conocida (o en su defecto de no existir a entrega general del domicilio correspondiente), o de haber sido entregado al agente de seguros en sus oficinas si así se ha autorizado a LA COMPAÑIA, se considerarán prueba suficiente de que dicho aviso o notificación ha sido dado.

Queda entendido que el Asegurado Principal o Contratante, en caso de ser persona distinta de aquel, podrá autorizar expresamente a LA COMPAÑIA para recibir y acatar cualesquiera orden o instrucción en relación con esta Póliza que reciba por parte del Corredor designado en las Condiciones Particulares de la misma, o del que le sustituya formalmente, y para dar los avisos o notificaciones a que se refiere esta cláusula a dicho corredor, en ambos casos y para todos los efectos legales, como si hubiesen sido dadas o recibidas directa o personalmente por el Asegurado o Contratante.

CLÁUSULA CUARTA

1. DEFINICIONES

Para todos los efectos de esta Póliza, las palabras que a continuación se detallan tendrán el significado que aquí se establece. Excepto cuando se indique de otro modo en las Condiciones Particulares o endosos adheridos a la Póliza:

- **Accidente:** Es la acción repentina, violenta y fortuita de un agente externo que actúa independientemente

de la voluntad del Asegurado y que estando en vigencia la Póliza cause a éste lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico.

- **Accidente Cerebro Vascular:** Es la alteración de los vasos sanguíneos cerebrales caracterizada por la oclusión debida a un embolo o a hemorragia cerebrovascular que produce isquemia de los tejidos cerebrales habitualmente perfundidos por los vasos afectados. Es la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea y la embolia de una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral.
- **Aditamento:** Provisión añadida a la Póliza para modificar sus coberturas o beneficios.
- **Ambulancia:** Vehículo de urgencias específicamente destinado y legalmente autorizado para el transporte de heridos y enfermos en caso de accidentes, traumatismos o enfermedades graves y técnicamente equipado para la atención médica de los mismos.
- **Angioplastia:** Procedimiento quirúrgico mediante el cual se dilata o reabre un vaso sanguíneo mediante la introducción en él de un balón o de la expansión de una malla ubicado en la punta de un catéter.
- **Asegurado:** Son el Asegurado Principal y sus Asegurados dependientes Elegibles enunciados en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre y cuando y mientras sean elegibles bajo los términos del plan de seguro para gastos por servicios médicos y de hospitalización establecido en dichas Condiciones Particulares y residen en la República de Panamá durante diez (10) meses dentro del año calendario. Siempre que en esta Póliza se use un Pronombre Personal en género masculino, se considera que incluye el género femenino. Una vez hayan sido admitidos como asegurados bajo esta póliza, el límite de edad para continuar como tales para, el Asegurado Principal o para el Asegurado Dependiente Elegible, será el establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza. No será un Asegurado la persona que se encuentre hospitalizada al momento de solicitar la compra de esta Póliza, durante todo el tiempo que se encuentre en esa condición.
 - a) **Asegurado Principal:** Es la persona natural responsable del seguro, con edad límite estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza, a la fecha de emisión de su Póliza.
 - b) **Asegurado dependiente elegible:** Persona que figura como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza. Se consideran como Asegurados Dependientes Elegibles el Cónyuge elegible, o el o los hijos elegibles.

b.1) Cónyuge Elegible: Persona de sexo opuesto unida formalmente en matrimonio al Asegurado principal de conformidad con la Ley y mientras no se separen legalmente, o la persona del sexo opuesto mientras conviva permanentemente con el Asegurado Principal en condición reconocida de marido y mujer, registrada como tal en los archivos de LA COMPAÑIA, en cualquier caso siempre que al momento de ser admitida como asegurado bajo la póliza no haya alcanzado la edad límite estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

b.2) Hijo(s) Elegible(s): El(los) hijo(s), nacidos durante el matrimonio, natural(es) o por adopción del Asegurado Principal o su(s) hijastro(s), siempre y cuando dependa(n) totalmente de él para su manutención, mientras permanezcan solteros y sin prole y no hayan alcanzado las edades máximas para ser asegurado dependiente estipuladas en las Condiciones Particulares de la Póliza. El estatus de hijo elegible se extenderá durante el tiempo que el mismo se mantenga asistiendo como estudiante de tiempo completo en cualquier escuela secundaria acreditada, escuela técnica de comercio, colegio de estudios post- secundarios o en una universidad y siempre y cuando en dicha duración de estudios el hijo elegible no haya alcanzado la edad que se estipula como máxima en las Condiciones Particulares de la Póliza, para continuar recibiendo cobertura bajo dicho estatus durante este periodo de estudios. La condición de estudiante a tiempo completo está sujeta a verificación por parte de LA COMPAÑIA. No será dependiente elegible el (los) hijo(s) que contraigan matrimonio.

- **Cáncer:** Se entiende por CANCER una neoplasia maligna comprobable médicamente que se presente en uno o más tejidos corporales o aparezca en el sistema linfático o sanguíneo. Debe ser una enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por el crecimiento incontrolado y el esparcimiento de células malignas, la invasión de tejidos o leucemia. La enfermedad debe ser diagnosticada por un médico graduado – especializado y legalmente autorizado en el área geográfica donde ejerce su práctica médica como profesión. El médico debe dar el diagnóstico de Cáncer con base en un estudio clínico e histopatológico o especializado al efecto (ya sea biopsia o autopsia). Su dictamen se basará exclusivamente sobre los criterios de malignidad, después de un estudio del tumor, tejido o muestra sospechosa o de preparaciones del sistema sanguíneo. Se excluye para todos los efectos de esta definición el cáncer en la piel.

- **Cargo Usual, Razonable y Acostumbrado:** Costo o valor en dinero que para efectos de esta Póliza tiene un servicio dado de atención médica, hospitalaria, de laboratorio, medicamento, suministro o insumo médico, y que se determina de la siguiente manera:

a. Para los servicios médicos, hospitalarios y de laboratorio:

Prestados en la República de Panamá: Es el costo o valor promedio del servicio conforme al nivel general de cargos hechos por otros médicos u hospitales de carácter similar en el país, cuando se compara con servicios o tratamientos iguales administrados a individuos de mismo sexo y edad para la atención de una misma lesión o enfermedad.

Prestados en el extranjero: Es el costo o valor promedio del servicio conforme al nivel general de cargos hechos por otros médicos u hospitales de carácter similar en el área geográfica o división política donde el cargo es incurrido o en un área comparable, cuando se compara con servicios o tratamientos iguales administrados a individuos de mismo sexo y edad para la atención de una misma lesión o enfermedad.

En caso de referirse a un periodo de hospitalización mayor del usual y acostumbrado, se requerirá según diagnóstico, de un informe del médico tratante, del por qué o motivos de los días solicitados, el que se revisará contra los protocolos de atención de LA COMPAÑIA.

b. Medicamentos, suministros o insumos médicos: Es el costo o valor que incluye el precio más bajo en el que el fabricante comercialice el producto, sin distinción de área geográfica; más los costos fijos y variables más bajos que se puedan obtener para su distribución, transporte, manejo y despacho, más una utilidad a distribuir entre todos los participantes de la cadena de intermediación, si hay más de uno, que no excederá del treinta por ciento (30%) sobre el precio del fabricante antes mencionado.

Adicionalmente, un cargo usual, razonable y acostumbrado es aquel que no saca ventaja del estado de necesidad del consumidor.

- **Cirugía Cosmética:** Cualquier procedimiento quirúrgico efectuado exclusivamente para mejorar la apariencia física o para tratar un desorden mental o nervioso producido por la presencia de secuelas causadas por accidentes o cirugías por malignidad.
- **Cirugía Reconstructiva:** Cualquier procedimiento quirúrgico efectuado primordialmente para restaurar una formación corporal que se ve lesionada como consecuencia de un accidente o de una cirugía para tratamiento de una enfermedad por malignidad.
- **Cirugía de Revascularización o “by pass”:** Es una intervención quirúrgica en la cual se utiliza un fragmento de vena, arteria o prótesis para construir una derivación desde la aorta hasta una de las arterias coronarias, con el fin de salvar una zona de estrechamiento u obstrucción en la arteria coronaria.
- **Coaseguro:** Porcentaje de los gastos con cobertura bajo la póliza, que corren por cuenta del Asegurado de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- **Cobertura o Beneficio:** Forma en que LA COMPAÑIA asume el riesgo de pérdida económica (gasto) en que incurra el ASEGURADO o el CONTRATANTE si es

persona diferente de aquél, por servicios de atención médica u hospitalaria que haya recibido el ASEGURADO, reembolsándole en dinero por dicha pérdida o gasto, o haciéndose cargo del valor de dichos servicios cuando mantenga convenios con Proveedores de Servicios Médicos u hospitalarios para ser utilizados por los asegurados y al ser efectivamente recibidos por ellos, todo lo anterior de acuerdo y sujeto a los términos y condiciones estipuladas en la Condiciones Particulares de la Póliza. La Cobertura puede ser: a) Básica; b) Bajo Médico Mayor o Comprensiva; c) Suplementaria; y d) En efectivo, según lo estipulado en **la Cláusula Segunda, Numeral 2, “Tipos de Cobertura”**.

- **Complicación:** Condición que sobreviene en el curso evolutivo de una enfermedad o lesión accidental y que altera el pronóstico al dificultar o impedir su curación o control médico.
- **Complicación del Embarazo:** Cualquier condición o enfermedad o lesión que sobreviene durante el curso de un embarazo y que dificulta su normal evolución o término; o que sobreviene durante el curso del alumbramiento-ya sea natural o por cesárea, o como consecuencia del mismo; o que sobreviene durante el curso de cualquier procedimiento o tratamiento al que es sometida la asegurada durante el curso del embarazo o del alumbramiento – ya sea natural o por cesárea, o a consecuencia de cualquiera de dichos procedimientos o tratamientos; en todos los casos, independientemente de que la condición, enfermedad o lesión tenga o no relación directa con el embarazo, el alumbramiento, o con cualquiera de los procedimientos o tratamientos a los que sea sometida la asegurada con motivo de los mismos. Entre algunas complicaciones del embarazo podemos citar sin limitar a: embarazo extrauterino, amenaza de parto pretermino, amenaza de aborto o placenta previa.
- **Co Pago:** Monto o porcentaje de 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.
- **Contratante:** Persona natural o jurídica que es la contraparte de la Aseguradora en el contrato o póliza de seguro, y está obligada a cumplir los términos y condiciones de la misma y a pagar las primas en la forma y monto convenidos en las Condiciones Particulares de la Póliza. Es el dueño de la póliza.
- **Cuarto de Urgencias:** Sección de una Institución Hospitalaria preparada específicamente con personal y equipo técnico médico para proporcionar asistencia rápida y de amplio espectro ante situaciones de emergencia, especialmente en casos de enfermedades súbitas o agudas o a las víctimas de traumatismos graves.

- **Cuidados de Custodia:** Cualquier cuidado para ayudar a una persona incapacitada a suplir sus necesidades básicas personales cuando:
 - a. No existe un plan de rehabilitación médica para reducir la incapacidad; o
 - b. El plan de tratamiento médicamente activo no puede, razonablemente, esperar que reduzca la incapacidad.
- **Cuidado Idóneo de Enfermera:** Servicio que debe ser prestado por una enfermera profesional legalmente registrada como tal en el área geográfica donde ejerce su profesión que permita asegurar que el paciente está a salvo y que obtendrá el resultado médico deseado. Estos servicios requieren personal idóneo que tenga entrenamiento y conocimientos de una enfermera profesional registrada y que sean tales que una persona no-médica difícilmente podría proporcionar en forma adecuada y segura. Los cuidados de enfermera no podrán ser brindados por una persona que viva en el hogar del asegurado o sea parte de su familia, entendiéndose como tal aquellos parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.
- **Cuidados Rutinarios del Recién Nacido:** Son las atenciones básicas brindadas al recién nacido por la(s) enfermera(s) encargada(s) durante la estadía del recién nacido en la clínica, entre las cuales podemos enunciar: Baño diario (no se cubre bandeja de baño para bebe ni pañitos húmedos), cambio de pañales (no están cubiertos los pañales), alimentación (no se cubre leche en fórmula, ni el costo del biberón), asepsia del cordón umbilical, cambio de ropa, impresión de la huella digital (no se cubren el costo del trámite ni documentación para el registro del recién nacido, el brazalete de identificación ni el costo del foot printer). Adicionalmente estarán incluidos dentro de los cuidados rutinarios del recién nacido, el costo de los laboratorios que por protocolo se le realiza a todo recién nacido sano, tales como: hemograma, T4, bilirrubinas, electroforesis de hemoglobina, coombs directo, hematocrito y tipaje y Rh.
- **Deducible:** Es el monto o porcentaje que cada asegurado o dependiente elegible debe cubrir por cuenta propia en un evento o bien, debe acumular durante el año calendario o año póliza por razón de gastos elegibles cubiertos y que estará indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Después de satisfecho el deducible, LA COMPAÑIA pagará a cada asegurado o dependiente elegible, el porcentaje estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Ni el coaseguro ni el copago, con los que la persona asegurada o dependiente elegible participa en los gastos elegibles, podrán ser usados para satisfacer el deducible. El deducible tiene que ser satisfecho por persona, por cada año calendario o año póliza.
- **Desorden Mental o Nervioso:** Es un estado o condición derivada o causada por un trastorno mental, emocional o de conducta. Desorden Mental o Nervioso

no incluye abusos de sustancias de cualquier clase, incluyendo, pero sin limitarlo, al abuso de alcohol, drogas psicotrópicas, enervantes, alucinantes y demás de uso prohibido o controlado. Tampoco incluye enfermedades de origen psicológico.

- **Diente Natural:** Cualquiera de las estructuras duras calcificadas formadas e incorporadas en los procesos alveolares de la mandíbula y la maxila del ser humano, cuya integridad no ha sido alterada o modificada o restaurada en ninguna parte de su estructura que quedan descubiertos en partes para servir como órganos de masticación. Consisten en esmalte, dentina, cemento y pulpa dental y están incorporados al alvéolo mediante el ligamento periodontal.
- **Emancipado:** Es una persona menor de edad que por razón de su matrimonio resulta liberado de la patria potestad o de la tutela y adquiere el gobierno de su persona así como el goce y administración de sus bienes.
- **Enfermedad:** Significa un padecimiento, dolencia, malestar, desorden o condición física caracterizado por un conjunto reconocible de signos y síntomas que requiere tratamiento médico y que se manifiesta por primera vez por lo menos cuatro (4) meses después de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza para algún Asegurado Principal o Dependiente elegible, o de la fecha de adición o de ingreso de algún dependiente elegible a la misma. Para efectos de esta definición de "Enfermedad" se excluyen todas las enfermedades contenidas en la definición de "Enfermedades Muy Graves".
- **Enfermedad Crítico Detallada:** Es cualquier enfermedad o condición de las que se listan a continuación: Fracturas, luxaciones, esguinces, heridas (sólo las cortantes, cortopunzantes, contusas y por armas de fuego), quemaduras, estado de choque o coma, pérdida de conocimiento u obnubilación, cuerpo extraño en ojos, oídos, garganta o nariz, deshidratación severa por vómito o diarrea, crisis asmática, cólico nefroureteral, cólico biliar, retención aguda de orina, convulsiones, hemorragias, trombosis, accidente cerebro-vascular, intoxicación aguda, picaduras o mordeduras de animales, reacciones alérgicas agudas a consecuencia de picaduras, medicamentos o alimentos, angina de pecho de origen cardiaco, infarto agudo del miocardio, apendicitis, crisis hipertensivas e insuficiencia respiratoria severa aguda.
- **Enfermedad No Crítica:** Es cualquier enfermedad que no se encuentre dentro de la lista de "Enfermedad Crítico Detallada", según se definió anteriormente.
- **Enfermedad o Lesión Pre-existente:** Corresponde a enfermedades, lesiones accidentales, condiciones, signo o síntoma que se manifiestan por primera vez o se tratan médicamente (ya sea quirúrgicamente o no, bien durante una hospitalización o consulta médica externa) antes de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza para algún Asegurado Principal o Dependiente elegible, o antes de la fecha de adición o de ingreso de algún dependiente

elegible a la misma. Se consideran también condiciones pre-existentes las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tal enfermedad o lesión, aunque éstos sólo se manifiesten después de la celebración del contrato. Dicha condición será rechazada cuando LA COMPAÑIA, 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.

- **Enfermedades Muy Graves:** Es un conjunto de enfermedades que se caracterizan por el alto riesgo en el que ponen la vida y la integridad de la salud de una persona y que además involucran elevados costos de atención y tratamiento así como un requerimiento elevado de especialización médica. Para efectos de esta Póliza se entenderán por enfermedades muy graves las siguientes:
 - a. Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas incluyendo accidentes cerebrovasculares y los procedimientos respectivos para su tratamiento.
 - b. Enfermedades del corazón incluyendo cateterismo cardíaco, angioplastia y otros procedimientos de cirugía cardíaca.
 - c. Cáncer, incluyendo los procedimientos quirúrgicos respectivos para su tratamiento y los tratamientos ambulatorios mayores como quimioterapia y radioterapia.
 - d. Trauma Mayor incluyendo los procedimientos quirúrgicos respectivos y la rehabilitación.
 - e. Insuficiencia Renal Crónica incluyendo los procedimientos quirúrgicos respectivos y tratamientos ambulatorios mayores como la diálisis.
- **Enfermedad(es) Neurológica(s):** Enfermedad en la cual el sistema nervioso central, el sistema nervioso periférico (o ambos), se encuentra(n) afectado(s) por un proceso patológico que se origina y ocurre principalmente dentro de las mencionadas estructuras que componen el Sistema Nervioso. No se considerará Enfermedad Neurológica, a los efectos de esta póliza, cualquier enfermedad o desorden que afecte en forma secundaria al sistema nervioso central o, al periférico o, el cual haya sido causado por condiciones o factores ajenos al Sistema Nervioso.
- **Condición Neuroquirúrgica(s):** Significa toda intervención quirúrgica del sistema nervioso central o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro y médula espinal.
- **Estado de Embriaguez:** Se considera que una persona está en "Estado de Embriaguez" cuando:
 - a. Se niega a someterse al examen de alcoholemia al momento del evento y el reporte del accidente de la

autoridad correspondiente indique que presentaba aliento alcohólico o etílico; o

b. Los facultativos que le brinden asistencia médica hayan concluido que se encontraba en ese estado o, a falta de conclusión que señalen que al examen médico del asegurado presentaba aliento alcohólico o etílico; o

c. El examen de alcoholemia revele concentración de alcohol de 100 ml/dl o más, o su equivalente en la respiración al momento del accidente.

- **Evento:** Hecho que puede ocurrir y que resulta en una o más lesiones corporales, o una o más enfermedades, por el cual, el Asegurado solicite en un momento dado atención médica. Todas las lesiones corporales sufridas al mismo tiempo y debido al mismo hecho se considerarán en conjunto para formar parte de un solo evento. Todas las enfermedades corporales que existan simultáneamente y que en un momento dado cualquiera de ellas lleven al Asegurado a buscar atención médica, sean o no debido a causas relacionadas, se considerarán en conjunto para formar parte de un solo evento. Si un evento actual es causado por las mismas condiciones o condiciones relacionadas con la causa que derivó en un evento anterior (incluyendo cualquier complicación), el evento actual se considerará una continuación del evento anterior y no un evento distinto, salvo que medie un lapso de más de treinta (30) días calendarios entre un evento y el siguiente.
- **Experimental:** Significa que un tratamiento, procedimiento, medio diagnóstico, suministro, tecnología o período de hospitalización (o parte de un período de hospitalización) que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional, o se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.
- **Gasto:** Se refiere a la suma de dinero generada a consecuencia de un suministro o servicio cubierto como se indica y se limita en las Condiciones Particulares y Generales del Certificado de Póliza. Un médico tiene que ordenar o recetar el servicio o suministro para la atención de lesiones corporales o enfermedades para poder efectuar el gasto. Se considera que el Gasto incurre en la fecha en que el servicio o suministro se recibe. Gasto no incluye cualquier cargo que sea:
 - a. Por un servicio o suministro que no sea médicamente necesario; o
 - b. En exceso de los cargos usuales y acostumbrados por un servicio o suministro, según el área geográfica donde el gasto es incurrido, salvo que se estipule de otra forma en este documento.
- **Gastos Elegibles:** Es un Gasto según lo definido en el párrafo anterior, pagadero por servicios y suministros considerados médicamente necesarios para el diagnóstico y tratamiento de lesiones accidentales y enfermedades que estén basados en los cargos

usuales y acostumbrados del área geográfica donde se dé la atención médico-hospitalaria, salvo que se estipule de otra forma en este documento. Gastos en exceso de dichos cargos no estarán cubiertos.

- **Hemorragia:** Pérdida de una gran cantidad de sangre en un corto periodo, externa o internamente.
- **Hospital:** Significa cualquiera de los siguientes lugares:
 - a) Un lugar con licencia o reconocido como hospital general por las autoridades respectivas adecuadas del área en la cual está localizado.
 - b) Un lugar que es operado para el cuidado y tratamiento de pacientes hospitalizados; cuenta con enfermeras graduadas, tituladas y calificadas (E.G.T.) siempre en servicio, tiene un laboratorio y equipo de Rayos X, y tiene un lugar donde se efectúan operaciones quirúrgicas mayores. Un hospital no incluye un hospital o institución o parte de un hospital o instituciones licenciadas o utilizadas principalmente como una clínica, unidad de cuidado continuo o extendido, centro de cuidado y tratamiento especializado, casa de convalecencia, casa de reposo, asilo u hogar para ancianos, o un centro de desintoxicación para adictos a drogas o alcohólicos.
 - c) Al pagar los beneficios por enfermedades o desórdenes mentales (de estar este beneficio incluido en el Certificado Póliza), "hospital" puede también definirse como un lugar que llene estos cuatro requisitos:
 - c.1) Tener cuartos para pacientes residentes.
 - c.2) Estar equipado para tratar enfermedades o desórdenes mentales.
 - c.3) Tener un psiquiatra residente siempre en servicio.
 - c.4) Como práctica regular y normal, cargar o cobrar al paciente por el gasto de la reclusión.
- **Hospitalización o Reclusión:** Es el ingreso de un paciente, ordenado por un médico **especialista**, a una habitación de una institución hospitalaria para fines diagnósticos o terapéuticos durante al menos una noche (un periodo no menor a 18 horas consecutivas). Para efectos de esta definición se entenderá que una hospitalización da comienzo cuando el médico **especialista** tratante consigna en el expediente médico del hospital la orden de ingreso del paciente a la habitación y termina cuando consigna en el expediente médico la orden de salida del paciente de dicha Institución. En el evento de que el paciente decida salir por su cuenta, para efectos de este contrato la hospitalización continúa si el mismo entra en otra institución en un periodo no mayor a 72 horas.
- **Incapacidad:** Cualquier lesión corporal o enfermedad que requiera tratamiento médico y que imposibilite o inhabilite al asegurado ya sea en forma total o parcial y temporal o permanente - para ejercer, desempeñarse, o laborar en cualquier negocio, profesión u oficio; comprobada médicamente y conforme a los medios permitidos por la Ley que sean requeridos por LA COMPAÑIA. En caso de que la incapacidad sea total y permanente, se aplicarán las

disposiciones, limitaciones y beneficios especialmente establecidos en esta póliza.

- **Incapacidad Total o Totalmente Incapacitado:** Es una Incapacidad según lo definido anteriormente como consecuencia de una lesión corporal o enfermedad que requiera tratamiento médico y que: completamente, continuamente y comprobada médicamente y conforme a los medios permitidos por la Ley que sean requeridos por LA COMPAÑIA, imposibilite o inhabilite al asegurado a ejercer, desempeñar, o laborar en cualquier negocio, profesión u oficio.
- **Infarto al Miocardio:** Es la enfermedad que consiste en la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:
 - a. Una hospitalización debida a un dolor torácico agudo sugerente de un infarto al miocardio, y
 - b. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma (ECG), o aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.
- **Instalación para Procedimientos Quirúrgicos Ambulatorios:** Significa una unidad médica autorizada como tal en el área en que se encuentra localizada.
- **Insuficiencia Renal Crónica:** Es la etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de estos, como consecuencia del cual se hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante de riñón.
- **Lesión(es):** Significa daños o detrimento corporal(es) accidental(es), la (los) cual(es) requiere(n) tratamiento por un médico. Esta(s) debe(n) ser el resultado de pérdida, independientemente de enfermedades, y otras causas.
- **Malformaciones vasculares cerebrales:** Es un trastorno de las arterias y venas cerebrales anormalmente desarrolladas, estas últimas caracterizadas por el aumento en el calibre y longitud de las mismas. Son lesiones no neoplásicas.
- **Máximo Desembolso Anual:** Es el total máximo del gasto que asume el asegurado por concepto de su participación (el coaseguro) en cualquier siniestro que afecte la póliza dentro del año de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- **Medicamento necesario o necesidad médica:** Significa un tratamiento, servicio, medio diagnóstico, suministro, medicamento o estancia en un Hospital (o parte de una estancia en un Hospital) cuando:
 - a. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de la Persona Asegurada; y
 - b. No excede en alcance, duración o intensidad en nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado; y
 - c. Ha sido prescrito por un Médico y la prescripción es refrendada por un Médico asesor designado por LA COMPAÑIA. El Asegurado que no esté de acuerdo con la opinión del Médico asesor, podrá solicitar por escrito una

revisión de la misma dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que le sea notificada, en cuyo caso se aplicará el procedimiento señalado en la **Cláusula Tercera, Numeral 1, Sección 1.11.3. "Requisitos de Segunda y Tercera Opinión"**, para establecer el criterio que prevalecerá el cual será final y definitivo tanto para el Asegurado como para LA COMPAÑIA. De no solicitar la revisión dentro del plazo indicado, la opinión del Médico asesor se dará por aceptada por el Asegurado para efectos de esta póliza; y

d. Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en los Estados Unidos de América o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento; y

e. En el caso de un paciente internado en un Hospital que, no puede ser administrado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente; y

f. La Necesidad Médica es determinada por LA COMPAÑIA basándose en la definición anterior.

- **Médico:** Persona legalmente autorizada para ejercer la medicina- prestar servicios médicos o quirúrgicos- en el área geográfica donde ejerce dicha profesión. Tal persona debe proveer servicios únicamente dentro del alcance de su licencia. Para efectos de LA COMPAÑIA, un médico no incluye una persona que: viva en el hogar del asegurado o sea parte de su familia, entendiéndose como tal a aquellos parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.
- **Médula Osea:** Significa el tejido blando que se encuentra en las cavidades de los huesos, presentando fibras reticulares y células.
- **LA COMPAÑIA o La Compañía o La Aseguradora:** Es MAPFRE Panamá.
- **Neurocirugía:** Significa toda intervención quirúrgica del cerebro, médula espinal y nervios periféricos, incluyendo los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.
- **Odontólogo:** Se refiere a cualquier persona legalmente autorizada (idónea) en el área geográfica donde ejerce su profesión para prestar Servicios de Odontología General u Especializada. Tal persona debe proveer servicios únicamente dentro del alcance de su licencia. Para efectos de LA COMPAÑIA, un Odontólogo no incluye una persona que: viva en el hogar del asegurado o sea parte de su familia, entendiéndose como tal a aquellos parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.
- **Padecimientos o Enfermedades Congénitas:** Es la alteración del estado de salud fisiológico o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que pudo haber sido heredada genéticamente, adquirida durante el embarazo o por dificultades en el parto, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después de varios años.

- **Protocolos de Servicios de Salud:** Es el conjunto de pasos y procedimientos mínimos a seguir por los proveedores de servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento de una condición física, lesión, accidente o enfermedad establecidos por LA COMPAÑIA, según las coberturas de la póliza. Los Protocolos pueden ser de consulta médica o atención primaria por enfermedad, o de atención en Cuarto de Urgencia, o de atención hospitalaria por enfermedad o cirugía, o para la prescripción de laboratorios, medicamentos, exámenes, entre otros.
- **Proveedores de Salud:** Agrupa los siguientes términos: médicos, enfermeras, hospitales, facilidades quirúrgicas ambulatorias, unidades de cuidados intensivos, red de proveedores preferidos, ambulancias, fisioterapeutas, droguerías o farmacias, técnico de servicios médicos, laboratorios y demás proveedores de suministros médicos.
- **Provisión:** Cualquier cláusula, norma, reglamentación, orden, requisito o disposición contenida en esta póliza.
- **Quimioterapia:** Significa el uso de agentes químicos prescrito por un médico, con especialidad en Oncología, para el tratamiento y control del Cáncer.
- **Recipiente:** Significa una Persona Asegurada que ha recibido o está en el proceso de recibir un Trasplante de Tejido o Trasplante de Organos cubierto bajo este endoso (póliza).
- **Red de Proveedores Preferidos o Proveedores Preferidos:** Son los médicos, hospitales, clínicas, laboratorios y demás proveedores de servicios médicos, que se encuentren inscritos en la lista vigente de proveedores preferidos designados para el plan de salud consignado en las Condiciones Particulares de la Póliza. Esta lista podrá ser modificada a decisión de LA COMPAÑIA en el momento en que lo considere necesario y el asegurado tendrá acceso a la información actualizada cuando él así lo solicite.
- **Renta Diaria:** Cantidad diaria fija que LA COMPAÑIA paga al Asegurado-Contratante por razón de alguna cobertura de un asegurado en la póliza, entendiéndose que dicho pago estará sujeto a los parámetros de operación de la cobertura a la cual se encuentre asociada.
- **Segunda Opinión:** Es la opinión médica emitida por un profesional especializado de la medicina sobre un diagnóstico, procedimiento quirúrgico o médico recomendado o un medio diagnóstico, que le serán realizados al paciente por su médico tratante. Su propósito es determinar la concordancia con la opinión original del médico tratante y determinar si el medio diagnóstico está correctamente indicado, si el tratamiento médico resolverá o controlará el padecimiento y si la cirugía curará la condición médica.
- **Servicios Cubiertos:** Son todas las coberturas médico-hospitalarias por la cual LA COMPAÑIA

realizará algún pago por los gastos elegibles incurridos de acuerdo a las condiciones de la póliza.

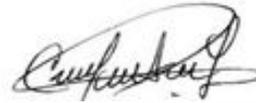
- **Suministros Cubiertos:** Son todos aquellos materiales, insumos, equipos médicamente necesarios para la atención de una enfermedad o lesión accidental dentro de un hospital, consultorio médico, facilidad de cuidados ambulatorios.
- **Tecnología Médica:** Son técnicas quirúrgicas, equipos médicos y suministros utilizados para dar tratamiento médico o quirúrgico de una enfermedad o lesión accidental.
- **Tecnología Médica Tradicional:** Es aquella Tecnología Médica que se ha utilizado en la República de Panamá por 6 años completos o más de forma no experimental y con resultados estadísticos satisfactorios comprobables para la condición o padecimiento para el cual se aplica, indistintamente de que se haya utilizado por el mismo tiempo o más en cualquier otra región del mundo.
- **Tecnología Médica de Aplicación Reciente:** Es aquella Tecnología Médica que se ha utilizado en la República de Panamá por un tiempo menor a 6 años de forma no experimental y con resultados estadísticos satisfactorios comprobables para la condición o padecimiento para el cual se aplica, indistintamente de que se haya utilizado por el mismo tiempo o más en cualquier otra región del mundo.
- **Tejido:** Significa un conjunto de células similares y especializadas, las cuales están unidas para realizar una función determinada.
- **Transfusión:** Es la introducción en la corriente sanguínea de sangre completa o de alguno de sus componentes, para compensar una pérdida de sangre por traumatismo, intervención quirúrgica o enfermedad que ponga en peligro inminente la vida del paciente.
- **Trasplante:** Procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, efectuado durante el período de vigencia de la Póliza, mediante el cual se inserta en el cuerpo de una Persona Asegurada el órgano o tejido (o parte de uno de ellos), provenientes de un Donante fallecido o vivo, requerido médicamente para sustituir una estructura enferma o restaurar una función.
- **Tratamiento Espina Dorsal:** Significa la detección o corrección por sistemas manuales o mecánicos, de subluxación(es) en el cuerpo para remover la interferencia de los nervios y sus efectos. La interferencia debe ser el resultado de una subluxación, desajuste o distorsión en la columna vertebral.
- **Tratamiento médico:** Cuidado y atenciones prestadas a un paciente con el objeto de combatir, mejorar o prevenir una enfermedad, trastorno morbosos o lesión traumática.
- **Trauma mayor o Politraumatismo:** Es la presencia de una o más lesiones orgánicas o metabólicas internas o externas, provocadas a consecuencia de una acción violenta y fortuita y que pongan en riesgo la vida de una persona; que ameriten el uso de un

quirófano o estadía en una unidad cuidados intensivos a cargo de un intensivista.

- **Trauma menor, Policontundido o Polifracturado:** Es la presencia de una o más lesiones orgánicas o metabólicas internas o externas, que **no** ameriten el uso de un quirófano ni estadía en una unidad cuidados intensivos a cargo de un intensivista.
- **Tumor benigno cerebral:** Es la neoplasia o crecimiento nuevo de tejido caracterizado por la proliferación progresiva e incontrolada de células de la porción intracraneal del sistema nervioso central.
- **Un Servicio Medicamento Necesario o Suministro:** Significa uno por el cual nuestro personal médico considere:
 - a. Sea apropiado y consistente con el diagnóstico de acuerdo con las normas de prácticas comunitarias aceptadas; y
 - b. No hubiera podido ser omitido sin que adversamente afectara la condición de la persona asegurada o la calidad del cuidado médico.
- **Unidad de Cuidados Intensivos:** Significa aquella parte de un hospital designada como tal ya sea una facilidad general de cuidados intensivos o cualquier tipo de facilidades especializadas de cuidados intensivos, tales como unidades de cuidados coronarios, entre otros. Deberá estar permanentemente equipada y con personal para proveer cuidados mayores y estrecha vigilancia a pacientes gravemente enfermos o lesionados con enfermedades críticas que no deban ser atendidos en otros cuartos o salas del hospital. Como parte de los cuidados, deberá existir una constante observación por el personal de enfermeras graduadas. Sus responsabilidades deberán estar consignados a esta parte del hospital.
- **Urgencia:** Es una condición médica que inesperada y gravemente ponga en peligro la vida del asegurado y en virtud de lo cual se requiera cuidado inmediato dentro de las 48 horas posteriores al inicio de la misma; lo anterior de acuerdo al criterio médico generalmente aceptado y avalado por el criterio de un Médico General de atención en cuarto de urgencias de un hospital o clínica de atención de urgencia o de algún programa de atención médica domiciliaria que contemple esta póliza, a través de algún proveedor autorizado para este efecto y que adicionalmente este debidamente aprobado por LA COMPAÑIA. Dentro del contexto anterior serán consideradas como Urgencias para efectos de esta definición solamente las lesiones a consecuencia de un **Accidente o bien sólo las Enfermedades Crítico Detalladas**. Para que una condición sea considerada como Urgencia debe estar avalada por el consentimiento del Médico de turno que brinde la Atención en el cuarto de urgencias del hospital o de la clínica de atención de urgencias o de algún programa de atención médica domiciliaria que contemple esta póliza, a través de algún proveedor

autorizado para este efecto y que adicionalmente sea aprobada por LA COMPAÑIA de acuerdo al criterio médico generalmente aceptado. El diagnóstico de dicho médico estará enfocado primeramente en la evaluación de la condición médica presentada por el asegurado a la luz de la definición de Urgencia que se mencionó en el párrafo anterior en este mismo punto y de cumplir con dicha definición, brindará el tratamiento que corresponda de acuerdo al alcance y limitaciones que para la cobertura en cuestión posea esta póliza, o bien determinará previamente la necesidad de la intervención en el caso de un médico especialista en virtud de la complejidad o severidad del cuadro clínico que presente el asegurado y quien también brindará la atención de acuerdo al alcance y limitaciones que para la cobertura en cuestión posea esta póliza.

- **Usted:** Significa un Asegurado Principal o Contratante que se encuentra bajo la Póliza.



FIRMA AUTORIZADA

Producto autorizado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá bajo Resolución DRL-101 del 7 de octubre de 2014.



EMERGENCIAS
24 HORAS
(507) 390-9090



MAPFRE

Cuidamos lo que te importa