

POLIZA MEDICARE SEGUROS CONDICIONES GENERALES

LA REGIONAL DE SEGUROS, S.A., compañía organizada de conformidad a las leyes de la República de Panamá, mediante sociedad anónima, inscrita en el Registro Público mediante RUC 2203687-1-773722 D.V. 9 de la Sección de Micropelículas (Mercantil) denominada en adelante (“LA COMPAÑIA”), conviene con el Asegurado nombrado en las declaraciones, informes, solicitud e inspecciones que forman parte de esta póliza, han convenido en celebrar el presente Contrato de Seguro, sujeto a lo estipulado en las condiciones particulares de esta póliza y a los términos y condiciones que se detallan en estas condiciones generales.

ARTÍCULO 1.- DEFINICIONES

A los efectos de esta Póliza se define como:

Accidente: Es el evento generativo de un daño corporal que sufre el Asegurado, causado por agentes extraños, fuera de control y en movimiento, agentes externos, violentos, visibles y súbitos. Siempre que se mencione el término "accidente", se entenderá que la lesión o dolencia resultante fue provocada directamente por tales agentes e independientemente de cualquier otra causa. Los accidentes cuyo origen es debido a descuido, provocación o la falta de medidas de prevención por parte del Asegurado se encuentran excluidos.

Asegurado: Persona natural que en sus bienes o en sus intereses económicos está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere.

Asegurado Titular: Persona indicada con este carácter en las Condiciones Particulares de la Póliza, quien ejerce los derechos de los Asegurados ante LA COMPAÑIA.

Atención Ambulatoria: Atención médica suministrada a un ASEGURADO cuando su permanencia en la Institución Hospitalaria sea menor de 24 horas.

Beneficiario: Persona que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar. En caso de reembolso, LA COMPAÑIA pagará la indemnización al Asegurado Titular, independientemente de la persona que haya incurrido en los gastos.

Catástrofe: Suceso infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas, donde se ven implicadas numerosas personas.

Condiciones Particulares: Conjunto de condiciones aplicables de manera específica a cada póliza que resume los aspectos relativos al riesgo asegurado de forma que lo individualiza, tales como: datos básicos del CONTRATANTE, objeto asegurado, número de póliza, efecto y vencimiento del contrato, periodicidad del pago de la prima e importe de las mismas, riesgos cubiertos y situación de los mismos, modalidad de aseguramiento, montos asegurados, intermediario de Seguros, (si lo declaró), o condiciones que hubieren sido establecidas por LA COMPAÑIA como condición para otorgar la cobertura del seguro.

Contratante: Persona natural o jurídica que, como contraparte de LA COMPAÑIA contrata la póliza y es responsable de hacer el pago de la prima convenida y que tiene interés asegurable sobre el objeto asegurado.

Co-Pago: Monto que le corresponde asumir al Asegurado de acuerdo a los beneficios establecidos en las Condiciones Particulares. Esta cantidad no es reembolsable por LA COMPAÑIA.

Co-Aseguro: Monto proporcional sobre los gastos cubiertos, que debe pagar el Asegurado una vez aplicado el deducible si lo hubiere, a consecuencia de una atención médica ya sea hospitalaria o ambulatoria, según lo establecido en las Condiciones Particulares. Esta cantidad no es reembolsable por LA COMPAÑIA.

Deducible: Cantidad indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza que deberá asumir el Asegurado y en consecuencia no será pagada por LA COMPAÑIA en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por la póliza.

Documentos que forman parte de la Póliza: Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, los anexos que se emitan para complementar la Póliza y los demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato Póliza.

Edad: Es la correspondiente a la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o posterior, al momento de emisión o renovación de la Póliza.

Emergencia Médica: Condición que compromete la vida o la integridad física del Asegurado, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido hecho por un médico calificado de la institución hospitalaria prestadora de los servicios de salud.

Enfermedad: Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera tratamiento médico y/o intervención quirúrgica.

Enfermedad, defecto o malformación congénita: Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que existan desde la fecha de nacimiento o antes del mismo. Se considerará enfermedad preexistente si es conocida por el TOMADOR o el ASEGURADO a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del ASEGURADO en la Póliza.

Enfermedad Crónica: Todo proceso patológico continuo, repitente y persistente en el tiempo, mayor a 30 días de duración.

Enfermedad preexistente: Enfermedad o lesión que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del Asegurado en la Póliza.

Examen médico de rutina y/o tutorial y/o chequeos de salud: Evaluación médica preventiva realizada por un Médico facultado donde completa una evaluación de la salud del Asegurado e incluye recolección de la historia clínica y el estilo de vida.

Examen de diagnóstico mayor: Se refiere a los siguientes exámenes: Resonancias Magnéticas (MRI), Tomografías Axiales Computarizadas (CT Scan), Endoscopias, Cistoscopias, Stress Test.

Gastos Cubiertos: Son todos aquellos servicios y suministros descritos en las Condiciones Generales de esta póliza sujetos de cobertura, los cuales tienen que ser medicamento necesarios para cualquier diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones accidentales cubiertos por esta póliza.

Gastos no Cubiertos: Son todos aquellos gastos en exceso de la cantidad usual que se debe reconocer por un servicio o tratamiento.

Gastos Razonables: Promedio del costo usual cobrado por la mayoría de los proveedores calculado por LA COMPAÑIA para los gastos cubiertos por tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas de instituciones hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención quirúrgica o tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza se encuentran cubiertos.

Este concepto es aplicable a toda adquisición de insumos, suministros, instrumentos especiales o equipos.

Hospitalización: Atención médica suministrada a un Asegurado en una instalación hospitalaria por 24 horas o más. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

Institución Hospitalaria: Establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica autorizado por el organismo público competente. No serán consideradas instituciones hospitalarias para los efectos de esta Póliza, lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamiento de farmacodependientes, de dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o desordenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.

Medicamento Necesario: Conjunto de medidas o procedimientos ordenados y suministrados por un médico o Institución Hospitalaria, que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad o lesión, bajo las siguientes características:

1. Que sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado.
2. Que sea congruente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
3. Que el nivel de servicio o suministro sea idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado.
4. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su Médico.

Medicamentos por prescripción médica: Medicamentos cuya venta o uso está legalmente limitado a su indicación por un Médico dentro del país que se trate.

Médico: Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina según las leyes y normas de la jurisdicción donde ha sido prestado el servicio y la cual practica dentro de los límites regulares y admisibles de cualquier autorización legal que sea pertinente. La presente definición de médico no incluye a dentista (odontólogo, ortodoncista), quiropráctico, optómetra, podiatra o cualquier otro profesional cuya especialidad no esté reconocida por las autoridades del país donde fue prestado el servicio médico.

Médico Tratante: Profesional legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, en el país donde presta sus servicios, cuya especialidad médica esté directamente relacionada con el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o accidente atendido.

País de Residencia: Es el país en donde tiene establecido su domicilio permanente El Asegurado. Considerándose como tal, aquel país en el cual El Asegurado reside al menos nueve (9) meses del año póliza.

Periodo de Carencia: Intervalo de tiempo establecido en las Condiciones Particulares durante el cual no son efectivas las coberturas incluidas en esta póliza, salvo casos de accidente y enfermedad de origen infeccioso. Dicho plazo se computa por días contados desde la fecha de inicio de vigencia de las Condiciones Particulares.

Plazo de Espera: Intervalo de tiempo dentro de la vigencia de la cobertura de la póliza, durante el cual LA COMPAÑÍA no cubre determinados riesgos.

Prima: Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Contratante a LA COMPAÑÍA en virtud de la celebración del contrato.

Procedimiento Experimental o Investigativo: Tratamiento médico, intervención quirúrgica, suministro, medicamento, procedimiento médico u hospitalización que:

1. No haya sido aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento médico de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; o
2. Su uso esté restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos; o
3. No se haya probado de manera objetiva que posea valor o beneficio terapéutico; o
4. Esté bajo estudio, investigación, en un período de prueba o en cualquier fase de un experimento o ensayo clínico.

Prótesis: Dispositivo o aparato diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo trabaje mejor.

Red de Proveedores: Lista de Hospitales, clínicas, médicos, centros de diagnóstico, farmacia y otras entidades o individuos legalmente autorizados, contratados y aprobados por LA COMPAÑÍA para proporcionar los servicios médicos ofrecidos por esta póliza.

Segunda Opinión Médica: La opinión de un Médico independiente del que está atendiendo actualmente al Asegurado.

Siniestro: Acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de LA COMPAÑIA.

Solicitud de Seguros: Cuestionario que proporciona LA COMPAÑIA, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Contratante, de los Asegurados y de los Beneficiarios, así como también del estado de salud de cada una de las personas que estarán amparadas por la Póliza y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Contratante y/o Asegurado Titular, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del contrato de seguro.

Suma Asegurada: Límite máximo de responsabilidad de LA COMPAÑIA, indicado en las Condiciones Particulares. La Suma Asegurada será aplicada por Asegurado y Año Póliza.

Terrorismo: Se refiere a los actos criminales con fines políticos concebidos o planeados para provocar un estado de terror en la población en general, en un grupo de personas o en personas determinadas que son injustificables en todas las circunstancias, cualesquiera sean las consideraciones políticas, filosóficas, ideológicas, raciales, étnicas, religiosas o de cualquier otra índole que se hagan valer para justificarlos.

Tratamiento Médico: Conjunto de medidas realizadas u ordenadas por un médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión, incluyendo medicamentos prescritos, insumos o prótesis.

ARTÍCULO 2. PERSONAS ASEGURABLES.

Son asegurables bajo la presente Póliza el Asegurado Titular y las siguientes personas, las cuales deben estar identificados en las Condiciones Particulares:

1. El cónyuge o la persona con quien el Asegurado Titular ha efectuado un contrato de matrimonio, que es válido en la jurisdicción donde se efectuó dicho contrato o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho.
2. Los hijos menores de diecinueve (19) años de edad del Asegurado Titular o de su cónyuge. Los hijos solteros mayores de diecinueve (19) años pero menores de veinticinco (25) años, podrán permanecer inscritos en la póliza, siempre y cuando dependan económicamente del Asegurado Titular y se encuentren estudiando a tiempo completo. Se exigirá previa confirmación de esta circunstancia.
3. Los padres del Asegurado Titular y/o de su cónyuge.
4. Familiares del Asegurado Titular, dependientes económicamente de éste.
5. Los trabajadores que presten servicios en el hogar del Asegurado Titular o que estén a su servicio personal o el de su familia.

El Asegurado Titular y los asegurados dependientes no deben ser mayores a setenta y cuatro (74) años de edad al momento de solicitar el seguro. No existe edad máxima de renovación de la póliza. Se requerirá una evaluación médica completa para los solicitantes a partir sesenta y cuatro (64) años de edad.

ARTÍCULO 3. GASTOS CUBIERTOS

Este plan provee cobertura con libre elección de Hospitales y Médicos. No obstante, cuando el Asegurado requiera tratamiento electivo, la cobertura estará limitada a la "Red de

Proveedores” de la Compañía en cualquier parte del mundo. **Esta regla no aplica en los casos de tratamiento de Emergencia, lo cual significa que si el Asegurado recibe tratamiento de Emergencia, tendrá acceso a cualquier Hospital.** Si el Asegurado eligiese ser atendido en forma electiva fuera de la “Red de Proveedores” para el resto del mundo incluyendo la República de Panamá (que no sea de Emergencia), será responsable del cuarenta por ciento (40%) de todos los cargos cubiertos que se incurran, en adición a su Deducible.

Si el Asegurado se encuentra recibiendo asistencia médica como consecuencia de una alteración a la salud amparada por la póliza, están cubiertos los gastos que se originen dentro del plazo de 30 días continuos luego de vencido el contrato, que sean atribuibles a la misma asistencia médica, siempre que no se haya agotado la suma asegurada. Están cubiertos los gastos generados por Tratamiento Médico, intervención quirúrgica (incluyendo el tratamiento postoperatorio), servicios hospitalarios, procedimiento médico, medicamentos, suministros, equipos e instrumentos especiales, médicamente necesarios para la atención de las alteraciones a la salud del Asegurado amparadas por la Póliza. Queda además entendido que:

1. Los gastos por concepto de pago de honorarios médicos, conjuntamente con los demás beneficios cubiertos por esta Póliza, están sujetos a la suma asegurada contratada.
2. Los medicamentos deben haber sido indicados bajo prescripción médica específica, ser necesarios para el Tratamiento Médico de la enfermedad y/o lesión que causa el reclamo del Asegurado y ser adquiridos en un establecimiento autorizado para el expendio de productos farmacéuticos.
3. El material médico quirúrgico y los suministros serán indemnizados contra la presentación del desglose de su consumo y costo facturado por parte de la Institución Hospitalaria, siempre que hayan sido necesarios para el tratamiento de la enfermedad, lesión o procedimiento realizado al Asegurado razonadamente.
4. Los gastos hospitalarios cubiertos se refieren exclusivamente al servicio de habitación Privada y Semi-Privada, los cuales incluyen la alimentación del paciente, conforme a la prescripción facultativa, y hasta por el máximo del costo de la habitación privada corriente en la Institución Hospitalaria. Además están cubiertos los gastos por uso de teléfono (llamadas locales), admisión, uso de la televisión del cuarto ocupado por el Asegurado hospitalizado y el costo de pernoctas del acompañante, cuando ocupe la misma habitación que el paciente Asegurado. No se consideran gastos cubiertos otros gastos hospitalarios diferentes a los antes mencionados y los que genere el acompañante por concepto de alimentación.
5. El servicio de enfermera particular estará amparado, siempre que sea prestado dentro de la Institución Hospitalaria y ordenado por el médico tratante, dada la gravedad del paciente y la necesidad de atención especializada. El Servicio de enfermera privada para el cuidado del paciente estará amparado, siempre que haya sido previamente autorizado por LA COMPAÑIA. La enfermera debe ser profesional graduada legalmente facultada para ejercer la profesión.
6. Están cubiertos los gastos por concepto de adquisición e implantación de prótesis: oculares, de cadera, de miembros superiores e inferiores, cardiovasculares, articulares, de vías digestivas, derivaciones ventriculoperitoneales, marcapasos cardíacos, así como las dentales, auditivas, testiculares, de mamas y cualquier otra, que podrían ser requeridas por la pérdida de órganos o miembros como consecuencia de enfermedades y/o lesiones sufridas por el Asegurado, que hayan sido diagnosticadas, tratadas y amparadas durante la vigencia de la Póliza y cuya indicación médica sea de carácter

permanente. Con respecto a las prótesis auditivas, está cubierta una (1) cada tres (3) años, salvo en aquellos casos en que la pérdida auditiva progrese y requiera, antes de ese lapso, de una prótesis de mayor ganancia o potencia en decibelios.

7. Están cubiertos los gastos para la adquisición de muletas y sillas de ruedas manuales que se requieran para uso permanente como consecuencia de una alteración a la salud del Asegurado amparado por la Póliza.
8. Están cubiertos los gastos de alquiler por Concepto de aparatos ortopédicos, sillas de ruedas manuales y camas especiales, así como equipos para la administración de oxígeno, respiradores artificiales, otros equipos para el Tratamiento Médico de parálisis respiratoria y, en general, todos aquellos relacionados con cualquier clase de equipos e instrumentos especiales, siempre que no sean consecuencia de alteraciones de la salud del Asegurado ocurridas con anterioridad a la contratación de la Póliza.

Cuando el costo del alquiler por el tiempo estimado de uso, de acuerdo al criterio del médico tratante, supere el costo de adquisición, LA COMPAÑÍA podrá efectuar la compra de estos y una vez culminado el proceso de rehabilitación del Asegurado o su utilización, éste deberá, a solicitud de LA COMPAÑÍA, efectuar su devolución dentro de los treinta (30) días continuos.

9. Se cubren los gastos por servicios, suministros o procedimientos para, o relacionados con Trasplante, incluyendo trasplante de órganos humanos, cuando el receptor es el asegurado, y los gastos incurridos por el donante vivo, se cubrirán de acuerdo con los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares y para únicamente los siguientes:

- a. Corazón, pulmón simple, pulmón doble, corazón y pulmón combinados, riñón, páncreas cuando se realice simultáneamente con trasplante de riñón, córnea, hígado, hueso, piel (para injerto o para cualquier otro propósito médicamente necesario).

- b. Médula ósea autóloga para: Linfoma de no-Hodgkin, Estadio III A o B, o Estadio IV A o B. Linfoma de Hodgkin, Estadio III A o B, o Estadio IV A o B. Neuroblastoma, Estadio III A o Estadio IV. Leucemia no-linfocítica aguda después de la primera o segunda crisis. Tumores de la célula embrionaria.

- c. Médula ósea alogénica para: Anemia aplásica. Leucemia aguda. Inmunodeficiencia combinada severa. Síndrome de Wiskott-Aldrich. Osteoporosis infantil maligna (Enfermedad de Albers-Schonberg) y Osteoporosis generalizada. Leucemia mielógena crónica (LMC). Neuroblastoma Estadio III o IV en niños mayores de un año. Beta talasemia homocigote (talasemia mayor). Linfoma de Hodgkin, Estadio III A o B, o Estadio IV A o B. Linfoma de no-Hodgkin, Estadio III o Estadio IV.

Adicionalmente, se cubren los gastos de un Donante de acuerdo con los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de someter la documentación médica correspondiente al Trasplante a uno o más Médicos especialistas en Trasplantes para determinar la Necesidad Médica y pertinencia del Trasplante. No se cubren los servicios prestados por, o en relación a, un procedimiento de Trasplante que no haya sido previamente notificado al Asegurador y autorizado y coordinado por el mismo. No se cubre ningún tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro si se diera alguna de las circunstancias que se enumeran a continuación:

- a) Que no sea Médicamente Necesario;
- b) Considerado electivo, Experimental o Investigativo;
- c) Brindado cuando el Asegurado contaba con procedimientos o tratamientos alternativos, con igual eficacia, para tratar la condición o la Enfermedad que fundamentalmente hizo necesario el Trasplante;

- d) Provisto por o como resultado de un Trasplante en que el receptor recibe un equipo o artefacto mecánico o artificial destinado a reemplazar órganos humanos, o en el que el donante es un animal;
- e) Relacionado con un procedimiento de segundo Trasplante posterior a un Trasplante fallido inicialmente realizado antes de la Fecha de Inicio de Cobertura del Asegurado o con un Trasplante no autorizado previamente por LA COMPAÑÍA.
10. Están cubiertos los gastos por concepto de quimioterapia, radioterapia, fluoroscopias, radiografías, isótopos radioactivos, pruebas de metabolismo, electrocardiogramas, ultrasonidos, resonancias magnéticas, tomografías, exámenes de laboratorio y otros similares, que guarden relación con la causa u origen del tratamiento médico o de la hospitalización, siempre que se requieran en el diagnóstico o atención de una alteración a la salud del Asegurado amparada por la Póliza.
 11. La cobertura que ofrece el presente contrato se extiende a tratamientos odontológicos que sean originados como consecuencia de un accidente que ocurra durante su vigencia, siempre que estos tratamientos se realicen, como máximo, dentro de los noventa (90) días continuos y siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.
 12. Están cubiertos los gastos por atención ambulatoria.
 13. Los gastos por concepto de honorarios, del cirujano principal en caso de intervención quirúrgica el cual debe ser especialista acreditado, del anestesiólogo, y en caso de requerirse y ser aprobado por LA COMPAÑÍA un asistente de cirugía, este debe tener especialidad afín al procedimiento realizado.
 14. Están cubiertos los gastos por atención médica recibida en instituciones hospitalarias públicas e instituciones benéficas, los cuales serán pagados exclusivamente contra la presentación de facturas y soportes originales que demuestren la cancelación de los gastos incurridos, siempre que la enfermedad y/o lesión que los originó esté amparada por esta Póliza.
 15. Están cubiertos los gastos por concepto de rehabilitación, prescrita por el Médico Tratante y practicada por profesionales autorizados en la materia, destinada a la recuperación de la capacidad física perdida como consecuencia de un siniestro amparado por la presente Póliza.
 16. Están amparados los gastos por concepto de intervención quirúrgica de tipo reconstructiva originada por un siniestro cubierto por la Póliza. La intervención quirúrgica deberá ser realizada dentro de los ciento ochenta (180) días continuos siguiente a la ocurrencia del siniestro. Este plazo podrá extenderse si a juicio del médico tratante la reconstrucción deba efectuarse en una fecha posterior, siempre que la póliza se mantenga en vigor para el momento en que se realice la intervención quirúrgica.
 17. Están cubiertos los gastos por concepto de ambulancia terrestre dentro del Territorio Nacional, siempre que el médico tratante lo considere necesario.
 18. Están cubiertos los gastos por Servicios de Analgesia Post Operatoria, siempre que sea requerido por una enfermedad o accidente cubierto por la Póliza y el médico tratante lo considere médicamente necesario.
 19. Los hijos del Asegurado titular, nacidos durante la vigencia de la Póliza, estarán cubiertos durante los primeros treinta (30) días continuos de vida bajo la cobertura básica de la madre, siempre que ésta se encuentre vigente para el momento del nacimiento. Para que los hijos puedan continuar con la cobertura, el Contratante deberá solicitar su inclusión en la Póliza en el referido lapso y pagar la parte proporcional de la prima correspondiente al período que falte por transcurrir, conforme con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza; caso en el cual, LA COMPAÑÍA no aplicará los plazos de espera y exclusiones temporales previstos en esta Póliza.

20. Están cubiertos los gastos de intervención quirúrgica por obesidad mórbida, basada en un índice de masa corporal superior a 40 Kg./m², previo cumplimiento del siguiente protocolo: dos (2) evaluaciones de un Nutricionista, con una diferencia de al menos treinta (30) días continuos entre cada evaluación; una (1) evaluación de un Endocrinólogo; una (1) evaluación de un Neumólogo; una (1) evaluación de un Psicólogo, una (1) evaluación de un Psiquiatra y una (1) evaluación de un Médico Internista, que incluya un informe de chequeo cardiovascular. Queda entendido que el protocolo debe tener una vigencia no mayor de noventa (90) días antes de la solicitud de la intervención quirúrgica.
- Asimismo, corresponde al Asegurado cumplir con el referido protocolo y los gastos que se generen estarán amparados por esta Póliza, siempre que exista un diagnóstico positivo de la enfermedad.
21. Están cubiertos los gastos en que incurra El Asegurado Titular o su cónyuge por causa de parto natural, aborto espontáneo, aborto terapéutico o cesárea, siempre y cuando la madre esté cubierta bajo el beneficio de maternidad y se cubrirán de acuerdo a los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- El beneficio de maternidad no está disponible para Hijas Dependientes.
- Se incluye dentro del beneficio de maternidad: el parto normal, parto por cesárea electiva, tratamiento pre y post-natal. Las cesáreas Médicamente Necesarias se consideran Complicaciones de Maternidad y se cubren de acuerdo con lo estipulado en el numeral siguiente.
22. Cualquier gasto médico de Complicaciones de Maternidad o Complicaciones del Nacimiento, se cubrirán de acuerdo a los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza. No están cubiertas condiciones que sean resultado de un tratamiento de fertilidad, o de cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida o de un parto no cubierto.
23. Están cubiertos los gastos para tratamientos de las enfermedades originadas como consecuencia directa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), hasta la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares de esta póliza. No se cubre ningún tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro: a) Cuando el VIH/SIDA sea adquirido al utilizar cualquier tipo de droga intravenosa ilícita; b) Cuando el Asegurado utilice drogas, medicamentos o tratamientos Experimentales; c) Trasfusiones realizadas en sitios no aptos o no autorizados para la realización de las mismas.
24. En el evento que ocurra la muerte accidental de El Asegurado, LA COMPAÑÍA pagará a los BENEFICIARIOS designados en las Condiciones Particulares de la póliza, el monto de la suma asegurada por esta cobertura, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento de El Asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.
- Dentro de esta cobertura, se incluye la muerte por homicidio culposo o involuntario, extendiéndose a cubrir la muerte del Asegurado, siempre que sea víctima de un homicidio culposo o por que sea víctima de lesiones corporales o invalidez total o permanente por actos culposos, cualesquiera de estos eventos el que suceda primero.

ARTÍCULO 4. PLAZOS DE ESPERA

Los Asegurados inscritos en el seguro tienen derecho a gozar de las coberturas y beneficios establecidos en ésta Póliza, una vez transcurridos los Plazos de Espera que se especifican a continuación, los cuales serán contados a partir de la fecha de comienzo de la Póliza o la inclusión del Asegurado, según sea el caso:

1. **No se aplicara plazo de espera a los accidentes amparados por la póliza y las siguientes enfermedades infecciosas agudas: fiebre reumática, apendicitis, bronquitis, gastroenteritis, abscesos (intraabdominales, intratoraxicos e intracraneales), adenoiditis, vértigo o laberintitis, faringo - amigdalitis (sola o combinada), otitis, trastornos de la laringe, infección respiratoria baja, dengue hemorrágico, malaria, meningo-encefalitis, neumonía y pielonefritis, así como los gastos ocasionados por las siguientes enfermedades virales: parotiditis, rubéola, sarampión y varicela.**
2. **Once (11) meses para las siguientes enfermedades: adenoiditis no infecciosa, cefaleas vasculares (migraña), vértigo o laberintitis, faringo-amigdalitis (sola o combinada) no infecciosa, hemorroides, hidrocele, incontinencia urinaria, otitis no infecciosa, trastornos de la laringe, trastornos de piel y anexos (no infecciosos), tumores de piel y del tejido celular subcutáneo y virus de papiloma humano**
3. **Diez (10) meses a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de la nueva Póliza para tener derecho al beneficio de maternidad**
4. **Diez (10) meses para intervención quirúrgica por obesidad mórbida y para las enfermedades del aparato reproductor femenino que requieran intervención quirúrgica.**
5. **Tres (3) meses para cualquier otra alteración a la salud del ASEGURADO, siempre que no esté excluida temporal o permanentemente en esta Póliza.**
6. **Sesenta (60) meses en enfermedades o padecimientos a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o VIH.**

Si el Contratante o el Asegurado solicitare un incremento en la Suma Asegurada o cambio de plan, para las cantidades en exceso comenzarán a considerarse nuevamente los plazos de espera, contados a partir de la fecha en que se produjo el incremento o cambio de plan, por tanto de ocurrir un siniestro antes del vencimiento de los plazos de espera aplicables a la nueva Suma Asegurada o plan, LA COMPAÑIA indemnizará sobre la base de la Suma Asegurada o plan contratado antes de la modificación, siempre que los plazos de espera anteriores hubieren vencido.

ARTÍCULO 5. CONDICIONES PREEXISTENTES

Las condiciones preexistentes quedan condicionadas a las siguientes estipulaciones:

1. Declaradas en la solicitud libres de síntomas y/o tratamientos durante un período de al menos cinco (5) años anteriores a la Fecha de Inicio de la Cobertura, estarán cubiertas al vencer el Período de espera de tres (3) meses, a menos que sean específicamente excluidas por LA COMPAÑIA mediante un Anexo.
2. Declaradas en la solicitud con síntomas y/o tratamientos dentro de un período de cinco (5) años anteriores a la Fecha de Inicio de Cobertura, estarán cubiertas después de un Período de Espera de dos (2) años de Fecha de Inicio del Seguro, a menos que sean específicamente excluidas por LA COMPAÑIA mediante un Anexo.
3. Las Condiciones Preexistentes no declaradas en la Solicitud de Seguro no estarán cubiertas en ningún momento. Adicionalmente, LA COMPAÑIA se reserva el derecho de modificar, rescindir o cancelar la Póliza de seguros si se omiten las Condiciones Preexistentes en la Solicitud de Seguro.

ARTÍCULO 6. PERIODO DE CARENCIA

Esta Póliza contiene un Período de Carencia de treinta (30) días, comenzando a partir de la Fecha de Inicio de la Cobertura, durante el cual solamente estarán cubiertas las Enfermedades o Lesiones causadas por un Accidente ocurrido durante este período o las Enfermedades de origen infeccioso que se manifiesten por primera vez durante este período. **Cualquier Enfermedad o Lesión, no causada por un Accidente o una Enfermedad de origen infeccioso, que se presente durante este período quedará excluida.**

ARTÍCULO 7. EXCLUSIONES

LA COMPAÑIA no cubre los gastos relacionados con:

- 1. Enfermedades preexistentes salvo lo estipulado en el Artículo 5. CONDICIONES PREEXISTENTES de estas Condiciones Particulares.**
- 2. Lesiones ocasionadas como consecuencia o se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la sustitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.**
- 3. Lesiones o enfermedades producidas por radiación nuclear, fisión, fusión, radiaciones ionizantes o contaminación radiactiva, salvo que se originen por una causa extraña no imputable al Asegurado.**
- 4. Lesiones o enfermedades causadas por terremoto, temblor de tierra, maremoto, tsunami, inundación, movimientos de masas, flujos torrenciales, huracanes, tornado, tifón, ciclón, eventos climáticos, granizo, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.**
- 5. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del Asegurado en actos delictivos, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales o conflictos de trabajo.**
- 6. El suicidio o sus tentativas, así como las lesiones que el Asegurado se cause intencionalmente.**
- 7. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del Asegurado en duelos o riñas, a menos que se compruebe que no han sido provocados por el Asegurado o que éste actuó en legítima defensa.**
- 8. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la práctica del Asegurado de los siguientes deportes o actividades de alto riesgo: caza, automovilismo, motociclismo, motocross, karting, scooters, competencia de ciclismo, benji, buceo, submarinismo, esquí acuático, esquí en nieve, rafting, descensos de rápidos, surf, windsurf, remo, pesca en alta mar, pesca submarina, motonáutica, navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, fútbol americano, rugby, saltos ornamentales, paracaidismo, vuelo en ícaro, vuelo a vela, vuelo en globo, vuelo en parapente, vuelo en planeador, vuelo en ultraligero, velerismo, vuelo delta, coleo, competencia de equitación, polo, hipismo, rodeo, boxeo, lucha, artes marciales, jiu jitsu, viet vo dao, full contact, competencia de**

- levantamiento de pesas, tiro, espeleología, alpinismo y escalada, salvo que LA COMPAÑÍA convenga con el Contratante la cobertura de estos gastos.
9. Enfermedades decretadas como epidémicas por el organismo público competente, en lo que se refiere a los gastos que se hayan ocasionado luego de haber sido declaradas como tales.
 10. Tratamientos contra la dependencia del alcohol, de drogas estupefacientes y psicotrópicas y sus complicaciones, agudas o crónicas, el etilismo; así como los accidentes ocurridos bajo la influencia del alcohol o de drogas no prescritas médicamente y las consecuencias y/o enfermedades originadas por el consumo de alcohol o el uso de drogas no prescritas médicamente.
 11. Enfermedades que hayan sido ocasionadas por un trasplante de órgano o tejido.
 12. Tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas sobre órganos sanos con fines profilácticos.
 13. Curas de reposo, tratamientos de enfermedades psiquiátricas y mentales, exámenes y terapias efectuadas por médicos psiquiatras, trastornos funcionales de la conducta, neurosis, depresión, psicosis, esquizofrenia, deficiencias mentales, epilepsia, cuadros convulsivos repetitivos sin causa estructural, demencia senil, demencia presenil, trastornos bipolares, alzheimer y los trastornos del sueño.
 14. Chequeos médicos generales o exámenes con fines de diagnóstico o control, con o sin hospitalización, cuando no haya enfermedad o no guarden relación con la enfermedad que originó la atención médica. Estados gripales, salvo lo señalado en el Artículo 4. PLAZOS DE ESPERA Numeral 1. de estas Condiciones Generales. Así mismo quedan excluidas la aplicación de vacuna, Acupuntura, medicina naturista, homeopática o cualquier otro tratamiento no aceptado por las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional.
 15. Tratamiento experimental o investigativo.
 16. Enfermedades de transmisión sexual, sus consecuencias y complicaciones.
 17. Consultas o exámenes de la vista, corrección de vicios o defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia) por tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos (anteojos y/o lentes de contacto), lentes intraoculares o infraoculares que no correspondan a patologías comprobadas de catarata.
 18. Tratamiento quirúrgico de patología no tumoral de las glándulas mamarias.
 19. Mastoplastia con fines estéticos, funcionales o anatómicos y gigantomastia, Cúmulo de grasa pectoral o lipomastia en hombres.
 20. Tratamientos y controles de la menopausia y la andropausia.
 21. Chequeos y controles ginecológicos.
 22. Tratamientos Médicos o intervención quirúrgica cosmética, plástica o estética. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 16 de la Artículo 3. GASTOS CUBIERTOS, de estas Condiciones Generales.
 23. Enfermedades y tratamientos odontológicos y periodontológicos, intervención quirúrgica de distonías miofaciales por mal posición dentaria y/o anomalías de crecimiento de maxilares, tratamientos de cualquier índole de la articulación temporomaxilar.
 24. Tratamientos Médicos o intervención quirúrgica por disfunciones o insuficiencias sexuales, infertilidad, inseminación artificial, fertilización in vitro, impotencia, Peyronie, frigidez, esterilización, inversión de la esterilización,

cambio de sexo y las complicaciones que se deriven de ellos, así como tratamientos anticonceptivos y sus consecuencias.

25. Tratamientos para la obesidad o reducción de peso. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 20 del Artículo 3. **GASTOS CUBIERTOS**, de estas Condiciones Generales.
26. Estudios, tratamientos y hospitalizaciones por alteraciones hormonales con repercusión en el crecimiento y/o desarrollo.
27. Tratamientos para el Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 22 del Artículo 3. **GASTOS CUBIERTOS**, de estas Condiciones Generales.
28. Honorarios como consecuencia de cualquier tratamiento, proporcionado por un médico o enfermera que tenga parentesco con el Contratante o el Asegurado, dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad, o que viva con éstos.
29. Tratamientos para terapia ocupacional, educacional o de lenguaje. Tratamientos fisioterapéuticos. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 15 del Artículo 3. **GASTOS CUBIERTOS**, de estas Condiciones Generales.
30. Impuestos, gastos de cobranza, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, misceláneos, manejo de desechos biológicos y otros costos no definidos ni relacionados con el tratamiento de la afección declarada.
31. Tratamiento Médico, intervención quirúrgica, servicios hospitalarios, procedimiento médico, medicamentos, suministros, equipos e instrumentos especiales, cuyas facturas no cumplan con las exigencias fiscales.
32. Medicamentos sin prescripción facultativa, ni medicamentos con prescripción facultativa no relacionadas con la enfermedad o lesión tratada.
33. La adquisición de los siguientes equipos médicos utilizados para controles de salud y/o prevención: tensiómetro, glucómetro, cepillos dentales, humidificador, irrigador dental, colchón de aire anti escaras y equipos de resucitación.

ARTÍCULO 8. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD.

LA COMPAÑÍA no estará obligada a responder ante una reclamación en los siguientes casos:

- a) Si el Contratante, el Asegurado o el Beneficiario no notificare el siniestro o no entregare los documentos solicitados por **LA COMPAÑÍA** dentro de los plazos establecidos en Artículo 9. **PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**
- b) Si el Contratante o el Asegurado o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios, así como también en caso de omisión, ocultamiento de información o reticencia en las declaraciones suministradas por El Asegurado o por terceras personas que obren por cuenta de éste en la presentación de siniestros con el propósito de ocultar o disimular la reclamación de un procedimiento no amparado por la presente Póliza.
- c) Si El Asegurado no puede probar la ocurrencia del siniestro.

- d) Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo de El Contratante, El Asegurado o el Beneficiario.
- e) Si El Contratante o El Asegurado causare o provocare el siniestro por culpa grave, excepto cuando el siniestro sea ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con LA COMPAÑÍA en lo que respecta a la Póliza de Seguro.
- f) Si el siniestro se inicia antes de la vigencia de la Póliza y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de LA COMPAÑÍA.
- g) Cuando el pago de la prima de renovación se hubiera realizado con posterioridad a la fecha de ocurrencia de un siniestro LA COMPAÑÍA no tendrá responsabilidad alguna, salvo que se efectúe dentro del plazo establecido en el Artículo 15. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS.
- h) Si El Asegurado incumpliere lo establecido en el Artículo 10. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO de las Condiciones de esta Póliza.
- i) Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones y Anexos, si los hubiere, de la Póliza.

ARTÍCULO 9. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

El pago de las indemnizaciones por los beneficios previstos en la presente Póliza se efectuará con base en las certificaciones médicas, informaciones de los institutos hospitalarios legalmente autorizados y de los documentos originales relativos a los beneficios expresamente cubiertos por la Póliza y dispensados a El Asegurado inscrito en la Póliza, durante su vigencia.

Para ser efectiva la indemnización correspondiente, El Asegurado Titular, o su representante legal debidamente autorizado, en caso de imposibilidad manifiesta de El Asegurado Titular, deberá:

- a) Notificar la ocurrencia del siniestro a través de los formularios establecidos por LA COMPAÑÍA para tal fin, inmediatamente o a más tardar dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del mismo.
- b) Entregar a LA COMPAÑÍA dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de notificación el informe y la certificación del médico tratante, la información de la institución médica, todos los exámenes médicos (Laboratorio, Rayos X, Resonancias, Biopsias etc.), facturas y recibos originales debidamente cancelados y cualquier otra documentación relacionada con los servicios recibidos. En el caso de muerte accidental del Asegurado Titular se debe presentar:
 - Certificado Original de Defunción de EL ASEGURADO.
 - Fotocopia del documento de identidad de EL ASEGURADO.
 - Declaración de la Prueba de Muerte completa por el Médico tratante cuando así corresponda.
 - Reporte policivo, forense y/o protocolo de necropsia cuando así sea requerido por LA COMPAÑÍA.
 - Entrega del formulario de reclamo con la documentación requerida por LA COMPAÑÍA.
 - Formulario de reclamación por muerte debidamente completado por el médico tratante.

- Formulario de reclamación por muerte debidamente completado por el (los) beneficiarios.
- Formulario de reclamación por muerte debidamente completado por el patrono o por el Representante del grupo o colectivo.
- Fotocopia de la Cédula de Identidad de cada uno de los beneficiarios.
- Informe de las autoridades competentes que intervinieron en el caso si el reclamo es a consecuencia de heridas por armas de fuego y/o armas blancas.
- En caso de accidente de tránsito anexar informe de las autoridades competentes.

Ante el fallecimiento del Asegurado Titular, LA COMPAÑÍA, se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso para obtención de las correspondientes autorizaciones para realizarlas. La autopsia o exhumación deberán efectuarse con la citación de los beneficiarios, quienes podrán asignar a un médico que los represente en dicho acto.

Todos los gastos que de dicha autopsia se motiven, serán a cuenta de LA COMPAÑÍA, excepto los derivados del nombramiento del médico representante de los beneficiarios. El incumplimiento de esta obligación de parte de los beneficiarios dará derecho a LA COMPAÑÍA, a suspender el pago de cualquier beneficio contemplado en la póliza y que surja como consecuencia de esa muerte.

c) Una vez efectuada la entrega de los formularios de reclamo acompañados de todos los requisitos señalados en el literal anterior (b), El Asegurador queda facultado para exigir en una sola oportunidad, toda la información médica adicional que estime necesaria y razonable con referencia a la evaluación de la reclamación en un tiempo máximo de treinta (30) días hábiles siguientes, contados desde la entrega del último requisito solicitado en el literal (b); a su vez, El Asegurado dispone de treinta (30) días continuos para entregar dicha documentación, contados a partir de la fecha de su exigencia.

ARTÍCULO 10. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.

El Asegurado adoptará todas las medidas que fuesen necesarias para reducir al mínimo las consecuencias de la causa que originó la necesidad de la atención médica. Asimismo cuidará y vigilará que el costo de los servicios médicos, hospitalarios y de farmacia que reciba, sea razonable y justo. Igualmente permitirá y colaborará con LA COMPAÑÍA para adoptar las medidas razonables con el objeto de obtener el mismo fin.

El Asegurado se obliga a certificar la exactitud de sus reclamaciones mediante una declaración hecha bajo juramento o en cualquier otra forma legal; y a autorizar a cuantos médicos le atendieren, a proporcionar a LA COMPAÑÍA cualquier información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación. Asimismo, El Asegurado autoriza a LA COMPAÑÍA a actuar en su nombre ante el colegio de médicos o cualquier institución competente, para solicitar cuando lo estime conveniente, evaluación, reconsideración, o dictamen razonable de los gastos presentados sobre cualquier reclamación.

LA COMPAÑÍA mantendrá control sobre la confidencialidad de la información recibida, y no podrá revelarla a organización externa alguna sin el previo consentimiento de El Contratante

o El Asegurado, dado mediante notificaciones escritas, o por cláusulas contractuales o convenios, o por la exigencia de la Ley vigente.

ARTÍCULO 11. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA.

Informar al Contratante o al Asegurado, mediante la entrega de la Póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, cualquier duda que éste le formule.

Pagar la suma asegurada o la indemnización que corresponda en caso de siniestro, en los plazos establecidos en esta Póliza o rechazar la cobertura del siniestro, mediante aviso por escrito y debidamente motivado.

Proceder a la evaluación inmediata del siniestro, luego de recibida la notificación y los recaudos necesarios para la tramitación del siniestro.

Cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran esta Póliza.

ARTÍCULO 12. EXAMENES MEDICOS.

LA COMPAÑÍA, a su propio costo tendrá el derecho de hacer examinar por un médico a cualquiera de los Asegurados durante la vigencia de esta póliza cuando haya habido una reclamación.

ARTÍCULO 13. VIGENCIA DE LA POLIZA.

Es el plazo de duración de la póliza de seguro y durante el cual, LA COMPAÑÍA asume los riesgos cubiertos bajo alguna de las coberturas de seguro que se detallan y para las que se establecen una prima en las condiciones particulares.

La vigencia de esta póliza comenzará a partir de las 12:01m. de la fecha que se establece en las condiciones particulares de la póliza y se renovará automáticamente por igual período, cada vez que se pague en la fecha de renovación, o por adelantado. La renovación será bajo las mismas condiciones contractuales, excepto cuando las partes estipulen lo contrario, para lo cual se emitirá el endoso respectivo.

ARTÍCULO 14. PAGO DE LA PRIMA

La prima a cargo del Contratante y/o Asegurado vence el primer día de cada periodo de pago y debe ser efectuado en la oficinas de LA COMPAÑÍA. Se entiende por periodo de pago los meses contados a partir de la fecha de inicio de efectividad indicada en las condiciones particulares de la póliza.

La prima a pagar debe ser por adelantado en la forma convenida para las emisiones, renovaciones y modificaciones, de lo contrario se entenderá que la póliza no ha sido emitida, que nunca entró en vigencia y que este documento no crea obligación de cobertura de seguro alguna a cargo de LA COMPAÑÍA

La prima podrá ser ajustada una vez al año a la fecha de aniversario póliza, de acuerdo a la evolución de siniestros del ramo y la composición de la cartera asegurada con la previa autorización por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

LA COMPAÑIA notificará al Contratante y/o Asegurado cualquier cambio en el monto de la prima convenida por lo menos con treinta (30) días de anticipación a la fecha en que entre en vigencia el cambio propuesto. La no aceptación del Contratante del cambio propuesto acarreará la terminación automática de la póliza al vencimiento de dicho plazo.

Se entenderá que el Contratante ha aceptado el cambio en el monto de la prima si hace el pago de la misma dentro del plazo aquí estipulado.

ARTÍCULO 15. PERIODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS

EL Contratante y/o Asegurado, dispone de un periodo de gracia de 30 días siguientes a la fecha en la que se debió realizar su pago, según lo previsto en cada periodo de pago de la póliza.

ARTÍCULO 16. TERMINO DE PAGO DE PRIMAS.

En atención a lo dispuesto en el artículo No. 154 y 155 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012, se establece que cualquiera que sea la forma de pago, el Contratante deberá cumplir con el pago total o primer pago fraccionado a la emisión de la póliza. El incumplimiento del Contratante de dicha obligación conllevará la nulidad absoluta del contrato, sin necesidad de declaración judicial alguna, por lo que se entenderá que la póliza nunca entro en vigencia, aunque hubiera sido emitida en contravención de esta norma, por lo cual se aplicará lo dispuesto en el artículo 998 del Código de Comercio. Las aseguradoras podrán emitir las renovaciones de los contratos de seguros antes de haber recibido la prima correspondiente al nuevo periodo de cobertura, siempre que hubieran recibido la totalidad de la prima correspondiente al periodo anterior. En los casos de renovación, los contratantes o sus corredores deberán recibir las renovaciones con un mínimo de treinta días calendario de anticipación a la fecha de inicio de vigencia. En todo caso, la falta de pago de la prima o primera fracción de prima, según lo pactado en la póliza, conlleva la nulidad absoluta del contrato desde el inicio de vigencia, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Cuando el Contratante haya efectuado el pago de la primera fracción y se atrase por más del término del periodo de gracia estipulado en el pago de alguna de las fracciones de prima subsiguientes, conforme al calendario de pago establecido en la póliza correspondiente, se entenderá que ha incurrido en incumplimiento de pago, lo que tiene efecto jurídico inmediato de suspender la cobertura de la póliza hasta por sesenta días.

La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que se cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la prima dejada de pagar durante dicho periodo o hasta que la póliza sea cancelada, conforme a lo que dispone el artículo 161 de la Ley 12 del 3 de abril de 2012. Cuando se trate de seguros de salud o vida individual, la aseguradora no podrá cancelar el contrato correspondiente hasta el vencimiento del periodo de suspensión de sesenta días.

ARTÍCULO 17. DECLARACIONES.

Al aceptar esta póliza, el Contratante y/o Asegurado nombrado(s) convienen que lo expresado en las declaraciones son sus propios acuerdos o representaciones, que esta póliza se expide fundándose en la veracidad de tales representaciones y que esta póliza comprende todos los acuerdos existentes entre éstos y LA COMPAÑÍA, o cualquiera de sus agentes en lo referente al seguro. Así mismo, cualquier omisión, declaración falsa o inexacta, dolo o mala fe, fraude, reticencia o disimulo de los hechos importantes, tanto para la apreciación de los riesgos como la aceptación del negocio o en conexión con un reclamo tales como los conozca o deba conocer el corredor de seguros, Contratante, Asegurado o quien por él contrate este seguro, corroborada por cualquiera de los medios de prueba aceptados por la Ley, facultará a LA COMPAÑÍA para negar cualquier reclamo y acarreará la nulidad absoluta de esta póliza en su totalidad, sin que subsista obligación alguna de pagar los siniestros, pérdidas o daños pendientes, liberándola y desligándola de todas sus obligaciones, quedando a favor de la misma la prima correspondiente al período del seguro en curso en el momento en que se conozca el dolo o culpable grave, a partir de la fecha en que LA COMPAÑÍA tenga conocimiento de dicha falta.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, sin que se demuestre que haya dolo o mala fe, LA COMPAÑÍA no resolverá el contrato a menos que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA, pero en este caso se devolverá al Asegurado la prima no consumida calculada a la fecha de extinción.

Si la edad del Asegurado estuviese comprendida dentro de dichos límites, y se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de LA COMPAÑÍA se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato. Si LA COMPAÑÍA hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, LA COMPAÑÍA reembolsará el exceso de las primas percibidas, sin intereses. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, LA COMPAÑÍA estará obligada a pagar al beneficiario la suma que por las primas canceladas corresponda de acuerdo con la edad real.

Para todos los cálculos de este Artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

ARTÍCULO 18. PLAZO PARA EL PAGO DE RECLAMOS.

En cada caso de reclamo por siniestro cubierto bajo la póliza, LA COMPAÑÍA indemnizará a el Contratante y/o Asegurado, o al que reciba el producto del seguro, en un plazo no mayor a 30 días hábiles una vez se compruebe que está cubierto por la póliza, siempre que se entreguen los documentos requeridos para el trámite del reclamo, sujeto a lo estipulado en este contrato póliza y lo que establezca la ley sobre el particular.

LA COMPAÑIA tiene la facultad de solicitar información adicional razonable para el trámite de cualquier reclamo, antes de efectuar el pago para una cobertura dada.

ARTÍCULO 19. RECHAZO DE RECLAMOS.

Cuando no proceda la cobertura de cualquier reclamo, de acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales, Particulares y Anexos de la presente Póliza, LA COMPAÑIA deberá notificar por escrito a El Asegurado Titular, a sus Beneficiarios o herederos legales, en caso de fallecimiento de éste, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial del siniestro, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que LA COMPAÑIA recibió el último de los recaudos necesarios.

ARTÍCULO 20. REHABILITACION.

El Asegurado podrá solicitar la rehabilitación de su seguro, mediante la presentación de una solicitud de rehabilitación 30 días después de cancelada la póliza. Las estipulaciones contractuales comenzarán a regir a partir de la fecha de rehabilitación. LA COMPAÑIA no se hará responsable de ninguna reclamación que se haya incurrido mientras la póliza estuvo cancelada. LA COMPAÑIA se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud de rehabilitación.

ARTÍCULO 21. SUBROGACION DE DERECHOS.

LA COMPAÑIA queda subrogado en todos los derechos del Contratante o el Asegurado en contra de terceros responsables, hasta el monto de cualquier siniestro cubierto por él. El Contratante o El Asegurado se obligan a realizar, a expensas de LA COMPAÑIA, los actos necesarios que éste razonablemente pueda requerir para la preservación de todos los derechos que le correspondan por esta subrogación y el ejercicio de los mismos.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará si el siniestro hubiese sido causado por los descendientes, por el cónyuge, por la persona con quien mantenga unión estable de hecho, por otros parientes de El Asegurado o personas que convivan permanentemente con él o por las personas por las que debe responder civilmente.

El Asegurado no podrá, en ningún momento renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado, so pena de perder todo derecho a indemnización bajo esta Póliza.

El Asegurado o sus causahabientes en caso de muerte, están obligados a realizar a expensas de LA COMPAÑIA, los actos que éste razonablemente le exija o que sean necesarios con el objeto de que LA COMPAÑIA ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago de la indemnización.

ARTÍCULO 22. INVESTIGACION.

LA COMPAÑIA podrá designar Médicos para revisar el estado del Asegurado mientras este internado en una clínica, hospital, o en su domicilio particular; o citarlo a consultorios que LA COMPAÑIA crea conveniente para comprobar la procedencia del pedido de los beneficios; asimismo, podrá investigar y solicitar información a los Médicos que hayan asistido al

Asegurado. En general, podrá disponer las medidas necesarias para comprobar la autenticidad de las informaciones recibidas.

ARTÍCULO 23. CAMBIOS, MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.

Las estipulaciones consignadas en esta póliza sólo se pueden modificar por acuerdo de LA COMPAÑÍA y el Contratante y/o Asegurado, que deberá constar por escrito mediante anexo aceptado o cláusulas adicionales. Toda clase de avisos, datos o documentos notificados e informaciones que se relacionen con el presente contrato no cambian ni modifican de alguna manera los términos o condiciones de esta póliza; deberán ser enviados directamente al domicilio de LA COMPAÑÍA, y tampoco impedirán a esta última el ejercicio de cualquier derecho fundado en los términos y condiciones de esta Póliza.

Cualquier otra notificación o aviso que LA COMPAÑÍA deba hacer a el Contratante y/o Asegurado, deberá enviarse por escrito, con una anticipación de quince días hábiles y se hará por cualquier medio escrito o electrónico, en el que haya evidencia de acuse de recibo, tales como fax, correo electrónico o correo certificado, este último dirigido a la dirección consignada en la póliza.

ARTÍCULO 24. CAMBIOS DE PAIS DE RESIDENCIA.

El Asegurado debe notificar por escrito a LA COMPAÑÍA cualquier cambio en su País de Residencia dentro de los primeros treinta (30) días después del cambio. Los cambios de residencia podrían resultar en un ajuste de primas y/o Deducibles según el área geográfica. La falta de notificación a LA COMPAÑÍA de cualquier cambio de residencia a otro país, podría resultar en la modificación de la póliza.

ARTÍCULO 25. ARBITRAJE.

En caso de presentarse divergencias sobre la ejecución, cumplimiento o interpretación de esta Póliza, el caso podrá someterse a un Arbitraje compuesto por tres Médicos que serán elegibles de la siguiente forma: Cada una de las partes escogerá uno que lo represente, y el tercero será designado por los dos previamente nombrados. Los Árbitros deberán tener presente la Póliza y todo lo que la conforma, de acuerdo a su definición según el Artículo 1. DEFINICIONES de las presentes condiciones generales y dirimirán la cuestión en forma amigable. Su fallo será definitivo e inapelable.

ARTÍCULO 26. OTROS SEGUROS.

Si existiesen otros seguros contra un siniestro cubierto por esta póliza, se seguirán las siguientes reglas:

El Seguro de mayor antigüedad será el primero en dar cobertura al reclamo, de acuerdo con los términos y condiciones acordados en dicho seguro.

En caso de que el primer seguro no cubra en su totalidad los gastos del siniestro, 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, en ningún momento podrán exceder el cien por ciento (100%) de los gastos del siniestro.

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.

ARTÍCULO 27. LEY APLICABLE.

Las partes, quienes suscriben este Contrato de Seguros, se someten a la Jurisdicción de los Tribunales de la República de Panamá, para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución del presente contrato.

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

ARTÍCULO 28. PRESCRIPCIÓN DE DERECHOS.

Las acciones derivadas del presente Contrato de Seguro, prescribirán en el plazo de un (1) año, de conformidad con lo dispuesto en el Código de Comercio de la República de Panamá.

ARTÍCULO 29. CADUCIDAD.

El Contratante, el Asegurado Titular o el Beneficiario perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra LA COMPAÑÍA o convenir con éste el arbitraje previsto en el Artículo 24. ARBITRAJE de estas Condiciones Generales, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

- a) En caso de rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de notificación del rechazo.
- b) En caso de inconformidad con el pago de la indemnización o con el servicio prestado, un (1) año contado a partir de la fecha en que LA COMPAÑÍA hubiere efectuado el pago o hubiere sido prestado el servicio.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que haya un pronunciamiento por parte de LA COMPAÑÍA.

A los efectos de esta cláusula se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante el tribunal competente o iniciado el procedimiento arbitral.

ARTÍCULO 30. TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO

El seguro bajo esta Póliza terminará cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Cuando el cónyuge o la persona con quien el Asegurado Titular ha efectuado un contrato de matrimonio, que es válido en la jurisdicción donde se efectuó dicho contrato termine su relación con él.
2. Si el hijo del Asegurado Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho, cumple la edad de veinticinco (25) años, contraiga matrimonio o mantenga unión estable de hecho.
3. Cuando alguna de las personas mencionadas en el numeral 4 del Artículo 2. PERSONAS ASEGURABLES, deje de depender económicamente del Asegurado Titular.
4. Cuando el trabajador deje de prestar servicios para el Asegurado Titular.

5. Por aviso escrito del Contratante o el Asegurado Titular, comunicando a LA COMPAÑIA la decisión de no renovar la Póliza o el seguro de algún Asegurado. En los supuestos antes señalados, la terminación procederá al finalizar la vigencia del contrato.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, para que sea procedente la renovación del contrato, cualquier Asegurado, familiar del Asegurado Titular fallecido y mayor de edad, podrá figurar como Asegurado Titular, con la condición que la designación sea notificada a LA COMPAÑIA a más tardar dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de terminación de la vigencia en curso. LA COMPAÑIA evaluará la aceptación del nuevo Asegurado Titular. La terminación se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado o del Beneficiario a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación.

Si un ASEGURADO, conforme con lo indicado en los numerales anteriores, quedare excluido de la Póliza, podrá solicitarse a LA COMPAÑIA DE SEGUROS, a más tardar dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha en que sea efectiva la terminación del contrato, la emisión de una póliza de seguro de salud, sujeto al pago de la prima correspondiente, de acuerdo a la edad actual, y el Asegurado no perderá los derechos de antigüedad adquiridos con la póliza anterior, en lo que se refiere a la misma suma asegurada o plan vigentes para el momento de la terminación del seguro.

ARTÍCULO 31. MONEDA

Se conviene que todos los pagos que el Contratante y/o Asegurado, deba hacer a LA COMPAÑIA, o los que ésta haga por cualquier concepto con motivo de este Contrato, se deberán efectuar en Dólares Estadounidenses (USD).

ARTÍCULO 32. AVISO DE CANCELACION DE LA POLIZA.

Todo aviso de cancelación de la póliza deberá ser notificado mediante envío al contratante a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la póliza que mantiene la aseguradora. Copia del aviso de cancelación deberá ser enviada al corredor de seguros. Cualquier cambio de dirección del contratante deberá notificarlo a la aseguradora, de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de esta. El aviso de cancelación de la póliza por incumplimiento de pago de la prima deberá enviarse al contratante por escrito, con una anticipación de quince días hábiles. Si el aviso no es enviado, el contrato seguirá vigente y se aplicara lo que al respecto dispone el artículo 998 del Código de Comercio.

ARTÍCULO 33. EXTENSIÓN GEOGRÁFICA DEL SEGURO

Este seguro otorga cobertura en la República de Panamá, República de Colombia y República Bolivariana de Venezuela, y/o cualquier otro destino notificado mediante anexo, el cual generara un cambio en la prima.

En caso de reclamo por siniestro cubierto bajo la póliza, y el mismo ocurre fuera del país de residencia declarado en la solicitud, LA COMPAÑIA indemnizara contra reembolso luego de la aplicación del Deducible y/o Coaseguro, sujeto a los gastos razonables.

ARTÍCULO 34. CAMBIO DE TARIFA

La Compañía tiene el derecho a cambiar las tarifas de la primas anualmente para Póliza nuevas o para Pólizas existentes en el momento de su renovación, basado en el país de Residencia y/o por segmentos de edades en periodos definidos y/o dependiendo del número de hijos que califiquen como dependientes y anualmente a partir de los setenta y cinco (75)



años de edad. Esto se hará en la fecha de cada Renovación. En ningún caso la Compañía modificará las tarifas de un Asegurado individualmente basado en su historial de reclamos.

En fe de lo cual LA COMPAÑÍA., por medio de sus representantes debidamente autorizados, firma la presente, en la ciudad y fecha indicada en las condiciones particulares.

FIRMA AUTORIZADA
LA REGIONAL DE SEGUROS, S.A.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá bajo Resolución N° DRLA-103 de 07 de Septiembre de 2018.