
CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO

Mediante este seguro de personas El Asegurador se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Generales y endosos si los hubiere, y a indemnizar el monto de los gastos médicos usuales, razonables y acostumbrados por los servicios médicos y hospitalarios requeridos por las alteraciones de la salud del Asegurado en exceso del deducible correspondiente y hasta por la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

CLÁUSULA 2. BASES DEL CONTRATO

- a. Se emite esta póliza a causa de la solicitud individual del Asegurado y/o del Contratante, una copia de la cual se adhiere a la misma al emitirse y se hace formar parte de ésta, y del pago de las primas del Asegurado y/o Contratante de la póliza.
- b. La Póliza y sus Endosos, enmiendas y/o Anexos, firmados por un funcionario autorizado del Asegurador, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.
- c. El Asegurador podrá modificar la póliza o cualquiera de sus endosos unilateralmente en cualquier fecha, previa autorización por parte de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, así como notificación por escrito con 30 días de anticipación al Asegurado.
- d. Ningún Agente o Corredor de Seguros está autorizado para cambiar o enmendar esta Póliza, ni para renunciar a cualquier condición o restricción de la misma, ni para comprometer al Asegurador por medio de promesas o representación.

CLÁUSULA 3. INICIO DEL CONTRATO

Los beneficios de esta póliza se inician en la fecha efectiva de la póliza y no en la fecha en que se solicitó el seguro.

CLÁUSULA 4. DEFINICIONES GENERALES

A los efectos de la presente Póliza, los términos que se señalan seguidamente tienen el significado que se expresa:

EL ASEGURADOR: Mercantil Seguros y Reaseguros, S.A. Es la persona jurídica que en virtud del presente contrato se obliga a asumir los riesgos cubiertos en las condiciones particulares y endosos de la Póliza.

EL CONTRATANTE: Persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena traslada los riesgos al Asegurador, comprometiéndose a efectuar el pago de la prima.

EL ASEGURADO: Persona natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las condiciones particulares y anexos de la Póliza.

EL ASEGURADO TITULAR: Es la persona que ejercerá y representará a Los Asegurados inscritos en La Póliza.

BENEFICIARIO: Se entenderá como Beneficiario aquella persona que demuestre fehacientemente que ha incurrido en los gastos amparados por esta Póliza.

EDAD DEL ASEGURADO: es la edad cumplida por El Asegurado y/o dependiente en la fecha de contratación de la Póliza, o en su renovación según sea el caso.

CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA: Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: Número de la Póliza, identificación completa del Asegurador, de su representante y domicilio principal, identificación completa del Contratante, Asegurado y Beneficiarios, dirección del Contratante, dirección de cobro, nombre del Agente o Corredor de Seguros, dirección del Asegurado Titular, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, porcentaje de reembolso, deducible y firmas del Asegurador y del Contratante.

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DE LA PÓLIZA: Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguros, los exámenes e informes médicos solicitados al Asegurado si los hubiere y los Endosos que se emitan para complementarla o modificarla.

ENDOSOS: Documento añadido a la Póliza por EL Asegurador que agrega cobertura opcional y/o condiciones especiales.

PÓLIZA: Es el documento que contiene las Condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: La Solicitud de seguros, las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales si procedieran y los Endosos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

ENMIENDA: Documento agregado a la Póliza por El Asegurador que aclara, explica o modifica las condiciones de la Póliza.

AÑO PÓLIZA: El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la Fecha de Inicio del seguro y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.

PRIMA: Es la contraprestación que en función del riesgo debe pagar El Contratante al Asegurador en virtud de la celebración del contrato. La prima es pagadera en dinero. El Contratante está obligado al pago de la prima en las condiciones establecidas en la Póliza.

DEDUCIBLE: Cantidad indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza que deberá asumir El Asegurado Titular y/o Asegurado dependiente; en consecuencia no será pagada por El Asegurador en caso de un siniestro cubierto por la Póliza.

FECHA DE INICIO DEL SEGURO: Es la fecha que aparece en las Condiciones Particulares como Fecha Efectiva, a partir de la cual comienzan a regir los beneficios del seguro. Para aquellos

Asegurados que ingresen con posterioridad a la emisión de la póliza, su fecha de inicio del seguro será la Fecha Efectiva que se indique en el Endoso o Facturación en que se incluya dicho Asegurado.

FECHA DE RENOVACIÓN: El primer día del próximo Año Póliza.

SOLICITUD DE SEGUROS: Documento en el cual El Asegurado indica sus datos generales, solicita la cobertura del Seguro para él y sus dependientes, la cual incluye la respectiva Declaración de Salud.

GASTOS CUBIERTOS: se refiere a los gastos efectuados por El Asegurado, a consecuencia de un accidente o enfermedad amparado por la Póliza, siempre que se originen por la práctica de la Ciencia Médica, reconocida por la Comunidad Médica Internacional y siempre y cuando guarden relación con el o los diagnósticos reportados, y se enmarquen dentro de los costos razonables y definidos en la CLÁUSULA 10. COBERTURAS.

GASTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Es aquel cargo usual cobrado por la mayoría de los proveedores, por el mismo o similar servicio suministrado dentro de la zona geográfica en la que fue prestado el servicio.

CO PAGO: Es el pago que le corresponde al asegurado de acuerdo a los beneficios pactados.

COASEGURO: Es la parte proporcional sobre los gastos cubiertos que El Asegurado debe asumir una vez aplicado el deducible si lo hubiese, a consecuencia de una atención médica, ya sea hospitalaria o ambulatoria, según lo indicado en las Condiciones Particulares.

PLAZO DE ESPERA: Es aquel período dentro de la vigencia de la cobertura de la Póliza, durante el cual El Asegurador no cubre determinados riesgos.

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 lo estableció en las condiciones particulares de la Póliza.

SINIESTRO: Es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte del Asegurador.

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.

CONDICIÓN PREEXISTENTE: a) una condición es preexistente si la enfermedad se manifiesta o es diagnosticada por un médico antes de la fecha de inicio del Seguro , b) cuando un médico recomendó tratamiento antes de la fecha de Inicio del Seguro, según sea el caso, que sea conocida por El Contratante o El Asegurado, c) Una condición, síntoma o signo que si se hubiera

presentado a un médico antes de la Fecha de Inicio del Seguro de la Póliza o su rehabilitación, hubiera resultado en el diagnóstico de una Enfermedad o trastorno.

CÓNYUGE: La persona con quien El Asegurado Titular ha efectuado un contrato de matrimonio, que es válido en la jurisdicción donde se efectuó dicho contrato.

ASEGURADO DEPENDIENTE: Se refiere al cónyuge legítimo y/o hijo(s) soltero(s) que tienen cobertura de seguro bajo El Asegurado Titular.

PRUEBAS DE ASEGURABILIDAD: comprenden los requisitos que El Asegurador estime necesarios para evaluar el riesgo, a los que deberá someterse El Asegurado al momento de solicitar el seguro. Las condiciones preexistentes no declaradas impiden al Asegurador adoptar una decisión fundamentada al seleccionar el riesgo; por lo tanto, las condiciones preexistentes no declaradas pueden determinar el rechazo de la reclamación, la cancelación de la póliza, o la modificación de la misma. El Asegurador se reserva el derecho de no asegurar a aquellas personas que considere estén en mal estado de salud. El costo de las evidencias de asegurabilidad que El Asegurador requiera para la evaluación del riesgo deberá ser asumido por el propuesto asegurado.

ENFERMEDAD: Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que se traduce en malestar o desorden.

ACCIDENTE: Lesión corporal sufrida involuntariamente por El Asegurado independiente de cualquier otra causa, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.

ACCIDENTE GRAVE: Accidente que causa una lesión corporal severa demostrable que requiere atención intrahospitalaria inmediata dentro de las primeras horas después de ocurrido el trauma accidental, para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. La existencia de lesiones accidentales graves será determinada de común acuerdo entre el médico tratante y el médico consultante de El ASEGURADOR, después de revisar las notas de evaluación inicial, y los resúmenes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización.

DEPORTES EXTREMOS: Los deportes extremos son todos aquellos deportes o actividades de ocio, o profesional con algún componente deportivo que comportan una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican.

TRAUMAS POR ACCIDENTE: Dos o más traumas a consecuencia de un accidente.

EVIDENCIA DE ASEGURABILIDAD: Toda prueba médica, examen de laboratorio y/o comprobación de salud requerida por El Asegurador que no estén contemplados dentro de los requerimientos médicos necesarios al momento y/o después de suscribir una póliza.

CIRUGÍA: Procedimiento quirúrgico aplicable a las enfermedades y traumatismos que tienen que tratarse mediante técnicas operatorias y que incluye el post operatorio.

CIRUGÍA AMBULATORIA MENOR: Es el acto médico quirúrgico de poca complejidad que se realiza en consultorio, ambulatorio tópico o sala de cirugía menor bajo anestesia, sedación o anestesia local, en forma ambulatoria.

CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO: Cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.

COMPLICACIONES DEL NACIMIENTO: Cualquier trastorno de un recién nacido relacionado con el nacimiento (no debido a factores genéticos o hereditarios), que se manifiesta durante los primeros treinta (30) días de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglicemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

COMPLICACIONES DE MATERNIDAD: Patología o tratamiento de una situación adversa imputable al embarazo o al alumbramiento, como son: nefritis aguda, nefrosis, descompensación cardíaca y toxemia gravídica, embarazo ectópico, diabetes gestacional, aborto que requiere de intervención médica para ser completado debido a que el feto ha muerto, terminación espontánea del embarazo ocurrido en un período de gestación en el cual no es posible el nacimiento de un ser humano apto de continuar con vida. No será considerada como Complicación de Maternidad: la cesárea electiva o una cesárea después de haber tenido una cesárea, manchas de flujo vaginal sanguinolento o reposos prescritos por el Médico durante el período de gestación por la sintomatología propia y tradicional del embarazo, complicaciones de embarazos que son producto de tratamientos de fertilidad y complicaciones de embarazos cuando el parto no está cubierto por la Póliza.

FERTILIDAD ASISTIDA: Tratamientos médicos o quirúrgicos y/o procedimientos cuyo protocolo o técnica ha sido desarrollada para solucionar la patología de la pareja estéril o infértil. Estos pueden ser pero no limitados a: Inseminación artificial, Fertilización in vitro (FIV), tratamiento con medicamentos para estimular la fertilidad masculina o femenina, inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), etc.

CUIDADOS DE CUSTODIA: Servicios proporcionados que incluyen pero no están limitados a asistencia personal para realizar actividades cotidianas que no requieren la destreza de un profesional.

CUIDADOS PALIATIVOS: La atención médica a pacientes cuya Enfermedad crónica, avanzada y de pronóstico limitado, no responde ya al tratamiento.

DONANTE VIVO: Una persona que dona uno de sus órganos, puede vivir sin él y es compatible con el receptor de dicho órgano.

ENFERMEDADES CONGÉNITAS, DEFECTOS CONGÉNITOS Y DEFECTOS HEREDITARIOS:

- a. Defecto Congénito: es toda alteración presente al momento del nacimiento.
- b. Defecto Hereditario: es aquel que presenta el recién nacido por malformaciones en el desarrollo fetal, a consecuencia de alteraciones en los genes transmitidos por los padres.
- c. Enfermedad Congénita: es aquella adquirida por el feto durante la gestación.

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. El término “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.

EMERGENCIA MÉDICA: La aparición inesperada y repentina de una condición médica acompañada de síntomas serios que pongan en peligro la vida del Asegurado, en la que se requiera la atención médica inmediata, siempre que se encuentre cubierta. No se considerará en ningún caso emergencia médica aquella que se presente después de transcurrido un lapso de setenta y dos (72) horas de presentada la condición médica.

Una causa de emergencia médica son los accidentes.

ENFERMERA (O): Una persona legalmente licenciada de acuerdo a los requisitos de la jurisdicción local para atender a los enfermos.

MÉDICAMENTE NECESARIO O NECESIDAD MÉDICA: Significa que un tratamiento, servicio, medicamento o estancia en un hospital:

- a. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del Asegurado.
- b. No excede en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- c. Ha sido prescrito por un médico.
- d. Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
- e. En el caso de un paciente internado en un hospital o centro de trasplante, no puede ser administrado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente.
- f. La necesidad médica es determinada por El Asegurador sobre la base de la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico no es necesariamente suficiente para que El Asegurador deba considerarlo médicamente necesario.

SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA: La opinión de un Médico independiente del que está atendiendo actualmente al Asegurado.

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, CLÍNICA U HOSPITAL: Institución que opera de conformidad con la ley, que proporciona instalaciones permanentes que brindan asistencia médica a pacientes internos, que dispone de personal médico regular y permanente, quienes primordialmente se

dedican a efectuar diagnósticos y a proporcionar servicios terapéuticos y atención médico - quirúrgica a personas lesionadas o enfermas.

No son considerados Hospitales o Clínicas las instituciones que son usadas principalmente como un centro para:

- a. Descanso.
- b. Cuidados de custodia.
- c. Cuidados de enfermería.
- d. Cuidado de ancianos.
- e. Cuidados de convalecencia.
- f. Tratamientos de alcoholismo, adicción a las drogas, condiciones nerviosas o condiciones mentales.

HOSPITALIZACIÓN: Ingreso del Asegurado a una instalación hospitalaria por veinticuatro (24) horas o más para recibir atención médica o quirúrgica. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una Hospitalización. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la Hospitalización.

EXAMEN MÉDICO DE RUTINA: 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: Hace referencia a los siguientes exámenes: Resonancias Magnéticas (MRI), Tomografías Axiales Computarizadas (CT Scan), Endoscopias, Cistoscopias, Stress Test.

EXPERIMENTO Y/O INVESTIGACIÓN: Cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, drogas, dispositivos, suministros u hospitalización que no cumplan con uno o más de los siguientes criterios: a) Estudios controlados publicados en la literatura médica revisada por otros profesionales de la misma especialidad demuestran que ese servicio o suministro tiene un efecto beneficioso neto en la salud para un diagnóstico específico. b) En el momento en que el servicio o suministro se provee, cumple con las normas generalmente aceptadas de práctica médica en los Estados Unidos. c) En el momento en que el servicio o suministro se provee, haya sido aprobado para la indicación o aplicación específica en cuestión por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) u otra agencia federal o agencia gubernamental de los Estados Unidos y cuya aprobación se requiere independientemente del lugar donde se incurra en los gastos médicos.

CENTRO(S) DE TRASPLANTE(S): Institución hospitalaria de conformidad con las normas y leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio, que tiene las siguientes características:

- a. **Se ocupa del cuidado de enfermos, accidentados, incluyendo procedimientos especiales, requeridos para el trasplante de órganos y tejidos, y la atención en unidades de cuidados intensivos, todo ello garantizado por el pago de remuneración.**

- b. Está especialmente equipada para efectuar trasplantes de órganos y tejidos, siendo reconocida y aceptada como un centro especializado para efectuar dichos trasplantes por el consenso de las organizaciones profesionales de la comunidad médica nacional y/o internacional.
- c. Proporciona, en forma continua, servicios de enfermería veinticuatro (24) horas al día, prestados por personal profesional de enfermería, debidamente registrado.
- d. Posee los equipos e instalaciones necesarios para efectuar intervenciones de cirugía mayor, incluyendo trasplantes de órganos y de tejidos.
- e. El término Centro de Trasplante no incluye una institución que es usada principalmente como un centro para descanso, cuidados de custodia, cuidados de enfermería, de ancianos, de convalecientes, rehabilitación, spas, tratamiento de alcoholismo, adicción a las drogas, condiciones nerviosas o condiciones mentales.

TRATAMIENTO DENTAL POR ACCIDENTE: Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar los dientes naturales dañados o perdidos en un Accidente cubierto.

CÉLULAS MADRES: Son Células Madres Adultas (Células Hematopoyéticas) que se obtienen de la sangre del cordón umbilical en el momento del parto y se almacenan mediante Criopreservación.

CUARTO PRIVADO: habitación preparada con una cama y para un solo paciente.

GASTOS NO CUBIERTOS: son aquellos gastos en exceso de la cantidad usual que se debe reconocer por un servicio o tratamiento

CUARTO SEMI PRIVADO: habitación preparada para dos pacientes con sus respectivas camas.

CUIDADOS INTENSIVOS: es una sección especial segregada de un hospital, en la cual los pacientes son atendidos por razón de una enfermedad grave, usualmente sin tomar en cuenta el diagnóstico, con técnicas y equipos especiales para salvar vidas, regular e inmediatamente disponibles dentro de la unidad; los pacientes están bajo continua observación de un cuerpo de enfermeras especialmente entrenadas y seleccionadas para el cuidado de este tipo de pacientes. La unidad se mantiene funcionando continuamente en vez de intermitente o temporalmente.

MEDICAMENTOS POR PRESCRIPCIÓN MÉDICA: Medicamentos cuya venta o uso está legalmente limitado a su indicación por un Médico dentro del país que se trate.

PACIENTE EXTERNO: Describe el servicio prestado fuera de un hospital, o servicio prestado dentro de un hospital sin ser admitido formalmente como paciente que utilice una cama.

PACIENTE INTERNO: Definición que se le da al paciente una vez admitido en el hospital formalmente.

ESTADOS UNIDOS (EEUU): Todas las referencias a los Estados Unidos han de interpretarse como referencias a los Estados Unidos de Norte América.

USD: Cuando se indique USD, USD\$, US\$, U\$ dólares o dólares americanos, se está haciendo referencia a la moneda de curso legal en los Estados Unidos (EEUU).

AERONAVE PRIVADA: Cualquier aeronave en un vuelo que no es regularmente programado o fletado por una aerolínea comercial.

AMBULANCIA AEREA: Transporte aéreo con equipamiento y personal médico entrenado para el traslado de un Asegurado desde el Hospital más cercano donde se encuentra hasta el Hospital que ha sido coordinado por El Asegurador.

AMBULANCIA TERRESTRE: Transporte terrestre con equipamiento y personal médico entrenado para el traslado de personas heridas o enfermas.

INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE (IT): Para todos los efectos de este seguro se entiende por incapacidad temporal (IT) aquella incapacidad sufrida por El asegurado que se produzca como consecuencia de un accidente, que temporalmente impida a la persona desempeñar cualquier trabajo o actividad remunerada, siempre que dicha incapacidad haya existido por un período continuo no menor de noventa (90) días y no haya sido provocada por El Asegurado.

CLÁUSULA 5. REQUISITOS BÁSICOS DE ELEGIBILIDAD

El Asegurado Titular y sus Asegurados dependientes deben cumplir con los siguientes requisitos para ser elegibles:

- a. Tener su país de residencia fuera de los Estados Unidos (EEUU), Brasil y Canadá.
- b. Para ser Asegurado Titular no ser menor de dieciocho (18) años de edad.
- c. El Asegurado Titular y los Asegurados Dependientes no deben ser mayores de 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 de los sesenta y cuatro (64) de edad.
- d. Pagar la prima correspondiente.

CLÁUSULA 6. DEPENDIENTES ELEGIBLES

- a. Los Dependientes Elegibles son el Cónyuge del Asegurado Titular y sus hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros o menores de edad para quienes El Asegurado Titular haya sido designado como tutor legal por una corte de jurisdicción competente, conocidos como Hijos Dependientes. Para hijos adoptados legalmente, bajo tutoría legal, se requiere presentar los documentos legales que establecen el nexo o la relación con El Asegurado Titular.
- b. La cobertura para los Hijos Dependientes se mantiene en vigor hasta la Fecha de Renovación de la Póliza después de cumplir los dieciocho (18) años de edad. A partir de los dieciocho (18) años de edad, los Hijos Dependientes que son estudiantes a tiempo completo en una universidad acreditada en el momento en que la Póliza es emitida o renovada y que dependen económicamente del Asegurado Titular, pueden ser Asegurados Dependientes hasta la Fecha de Renovación de la Póliza después de cumplir los veinticuatro (24) años de edad.

- c. El Asegurador se reserva el derecho de solicitar una certificación o constancia de estudios por escrito por parte de la universidad o institución donde asiste el Hijo (a) Dependiente.
- d. Los Asegurados Dependientes dejarán de ser elegibles en los siguientes casos: si un Hijo (a) Dependiente contrae matrimonio, o deja de ser estudiante a tiempo completo; si un Cónyuge cubierto bajo esta Póliza deja de estar casado con El Asegurado Titular por razón de divorcio o por anulación del matrimonio. En dichos casos, el seguro terminará en la Fecha de Renovación de la Póliza siguiente a la ocurrencia del evento del caso.

CLÁUSULA 7. SUMA ASEGURADA MÁXIMA

Es la cobertura máxima establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la póliza. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por asegurado, por año póliza. Todas las cantidades están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América.

CLÁUSULA 8. DEDUCIBLE

Es la cantidad señalada como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza que será descontada del monto a indemnizar de la reclamación presentada por El Asegurado. Esta cantidad será aplicada por Asegurado y por año póliza. Se aplicará de la siguiente manera:

- a. Para gastos cubiertos incurridos en el País de Residencia, se aplica un (1) Deducible, hasta el monto indicado para atenciones dentro del País de Residencia, por Asegurado por Año Póliza. El deducible en el país de residencia no se aplicará en el caso de que para un mismo asegurado ya se haya aplicado el deducible correspondiente a las atenciones prestadas fuera del país de residencia, estando en el mismo año-póliza
- b. Para gastos cubiertos incurridos fuera del País de Residencia, se aplica un (1) Deducible hasta el monto indicado para atenciones fuera del País de Residencia, por Asegurado por Año Póliza, salvo en las siguientes circunstancias:
 - i. Si el Deducible ha sido cubierto en el País de Residencia y el Asegurado incurre en gastos cubiertos fuera del País de Residencia donde el Deducible es más alto, solamente la diferencia entre estos dos Deducibles será responsabilidad del Asegurado.
 - ii. En caso que dos Asegurados incurran en gastos cubiertos fuera del País de Residencia en un Año Póliza, se aplicará un máximo de dos (2) Deducibles por certificado.
- c. En caso de Accidente Grave, no se aplicará ningún Deducible durante el período de la primera hospitalización.

CLÁUSULA 9. EXTENSIÓN GEOGRÁFICA DEL SEGURO

Los beneficios que otorga esta Póliza tienen validez en cualquier parte del mundo donde se encuentre El Asegurado Titular y demás Asegurados para la atención médica de una enfermedad, embarazo, intervención quirúrgica o lesiones causadas por accidente, siempre que el país de residencia del Asegurado Titular y demás Asegurados sea fuera de los Estados Unidos (EEUU), Brasil y Canadá.

CLÁUSULA 10. COBERTURAS

A los efectos de esta Póliza se entenderá por Gastos Cubiertos por concepto de atención médica por hospitalización, cirugía, maternidad y tratamiento ambulatorio los gastos médicos usuales, razonables y acostumbrados incurridos por El Asegurado durante la vigencia de esta Póliza y luego de la aplicación del deducible contratado y coaseguro respectivo, por tratamientos, servicios o suministros médicamente necesarios. Concluida la vigencia de la Póliza y si la misma no fuere renovada, El Asegurador indemnizará los gastos incurridos por los servicios que se estén prestando para ese momento, todo de conformidad con las condiciones y términos de la presente Póliza. Solamente se consideran gastos cubiertos, los descritos en las coberturas que se mencionan a continuación:

10.1 Cobertura de Servicios Hospitalarios: Se cubrirán de acuerdo con los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares:

- a) Costo de la habitación para El Asegurado hospitalizado. Habitación Hospitalaria Privada y Semi-Privada.
- b) Sala de operación.
- c) Sala de recuperación.
- d) Alimentación del paciente incluyendo dietas especiales.
- e) Acompañante de un menor de edad hospitalizado: Los cargos incluidos en la factura del Hospital por concepto de cama y alimentación para un acompañante de un Asegurado Dependiente hospitalizado menor de dieciocho (18) años de edad.
- f) Cuidados Intensivos.
- g) Unidad de terapia intensiva.
- h) Unidad de cuidados coronarios.
- i) Terapia respiratoria y fisioterapia, cuando sean facturados por la clínica.
- j) Terapia ocupacional del paciente hospitalizado, cuando se requiera como consecuencia de enfermedad o accidente amparado.
- k) Sala de operación.
- l) Sala de recuperación.
- m) Sala de emergencia, cuidados iniciales dentro de las primeras setenta y dos (72) horas de haber ocurrido el accidente o la emergencia médica.
- n) Equipos y servicios médicos en el hospital.
- o) Equipos de asistencia de corazón artificial o de circulación artificial.
- p) Equipos de asistencia del riñón artificial o diálisis.
- q) Suministro de material médico quirúrgico y de cura.
- r) Análisis de laboratorio, cuando sean facturados por el hospital, estando El Asegurado hospitalizado.
- s) Rayos X, cuando sean facturados por el hospital, estando El Asegurado hospitalizado.
- t) Estudios especiales requeridos con fines diagnósticos, cuando sean facturados por el hospital, estando El Asegurado hospitalizado.

- u) Electrocardiogramas, cuando sean facturados por el hospital.
- v) Administración de oxígeno.
- w) Electroencefalogramas.
- x) Soluciones intravenosas e inyecciones.
- y) Servicios quirúrgicos para pacientes no hospitalizados (ambulatorios).
- z) Tratamiento del Cáncer a través de quimioterapia y/o radiación.
- aa) Tratamiento quirúrgico de trastornos sintomáticos de los pies
- bb) Cirugía de reducción de riesgo de cáncer o cirugía profiláctica.
- cc) Cirugías Bariátrica, de By-pass Gástrico y cualquier tipo de procedimiento quirúrgico destinado a la pérdida de peso (siempre y cuando aparezca reflejado en las Condiciones Particulares de la Póliza)
- dd) Tratamiento de Alergias (siempre y cuando aparezca reflejado en las Condiciones Particulares de la Póliza)
- ee) Diálisis.
- ff) Exámenes de pre-hospitalización.
- gg) Monitor cardíaco.
- hh) Medicina Física y de Rehabilitación que se requiera como consecuencia de un accidente, intervención o enfermedad ocurrida durante la vigencia de esta Póliza. se cubrirán de acuerdo con los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares.
- ii) Cuidado Médico a Domicilio (enfermera privada).
- jj) Medicamentos por Receta durante la Hospitalización.

Cobertura de Servicios Médicos Mayores:

- a) Honorarios del médico cirujano, ayudantes y anesthesiólogos.
- b) Honorarios por consultas y tratamientos médicos, efectuados en el Hospital, consultorio u hogar del paciente.
- c) Anatomía patológica.
- d) Terapia ocupacional para pacientes ambulatorios, cuando se requiera como consecuencia de enfermedad o accidente amparado.
- e) Prótesis, equipos y aparatos especiales que se requieran por prescripción facultativa, para el uso del Asegurado a causa de una enfermedad o accidente amparado.
- f) Implantes quirúrgicos o prótesis (excluye dentales).
- g) Cirugía de reducción de riesgo de cáncer o cirugía profiláctica.

10.2. Trasplante de Órganos y Tejidos

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 tipos de trasplante:

- 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.

El Asegurador 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 El Asegurador.

10.3. Coberturas Ambulatorias:

Se cubrirán de acuerdo con los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares los cargos por exámenes especiales o pruebas de diagnóstico especializadas tales como:

- a. Análisis de laboratorio requeridos con fines de diagnóstico.
- b. Rayos X requeridos con fines de diagnóstico.
- c. Resonancia Magnética.
- d. Tomografías computarizadas.
- e. Endoscopias.
- f. Terapias y rehabilitación fuera de los centros hospitalarios.
- g. Tratamientos especiales: Quimioterapia, Radioterapia y Electroshock.
- h. Medicinas ordenadas por prescripción facultativa.
- i. Estudios especiales requeridos con fines de diagnóstico y cualquier otro que El Asegurador considere como tal deben realizarse previa certificación y/o autorización por parte del Asegurador.

10.4. Examen Médico de Rutina

Se otorga cobertura de acuerdo a los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza, un examen médico general anual, incluyendo gastos por Servicios de Laboratorio, Rayos-X y otros gastos médicos relacionados con el examen médico, por Asegurado adulto (a partir de los dieciocho (18) años de edad).

10.5. Cirugía Ambulatoria

Los servicios hospitalarios y honorarios médicos ocasionados por un asegurado que no requiera hospitalización y que se lleven a cabo en un hospital, clínica, centro de cirugía ambulatoria o consultorio médico, se cubrirán de acuerdo con los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares.

10.6. Atención Primaria de Salud

Los servicios médicos de consultas de control, exámenes de control anual ocasionados por un asegurado que se lleven a cabo en un hospital, clínica, centro de cirugía ambulatoria o consultorio médico, se cubrirán de acuerdo con los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares.

10.7. Medicamentos por Prescripción Médica

Se cubren solamente los medicamentos que:

- a. Requieran Prescripción Médica para ser expedidos y no sean de venta libre;
- b. Sean dispensados por un Médico o farmacéutico autorizado; y
- c. Estén aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) para el tratamiento de la condición del Asegurado.

En todos los casos la reclamación deberá estar acompañada de la prescripción médica. Se cubrirán de acuerdo con los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares.

10.8. Cobertura de Maternidad

A través de esta cobertura se indemnizarán los gastos médicos usuales razonables y acostumbrados en que incurra La Asegurada Titular o la 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.

- a. El beneficio de Maternidad tiene un Período de Espera de diez (10) meses. Ningún servicio relacionado a la maternidad que ocurra antes del Período de Espera de 10 meses tendrá Cobertura.
- b. El beneficio de Maternidad no está disponible para Hijas Dependientes. Las Hijas incluidas como Dependientes en una Póliza anterior (con El Asegurador o una Compañía Afiliada) que decidan continuar como Asegurada Titular o Cónyuge bajo otra Póliza, tendrán un Período de Espera de diez (10) meses a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia de la nueva Póliza para tener derecho al beneficio de Maternidad.
- c. 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 esa cobertura.

10.9. Complicaciones de Maternidad y Complicaciones del Nacimiento:

El beneficio incluye cualquier gasto médico de Complicaciones de Maternidad o Complicaciones del Nacimiento y 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.

10.10. Cobertura Provisional del Recién Nacido:

a. Si nace de un embarazo cubierto

Se otorga cobertura para gastos médicos de acuerdo a los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre y cuando aparezca reflejado 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. Para incluir al nuevo hijo(a) se requiere presentar el formulario de inscripción a más tardar dentro de los primeros (60) días a partir de la fecha de su nacimiento y el pago de la prima correspondiente, su

efectividad será a partir del primer día de nacido. Si pasados los sesenta (60) días no se ha recibido el formulario de inscripción se requerirá la presentación de pruebas de asegurabilidad.

b. Si nace de un embarazo NO cubierto

No gozará de la cobertura provisional. Para agregar al recién nacido a la póliza, se requiere la obligación del pago de la prima correspondiente, así como el envío de la solicitud de seguros correspondiente, la cual estará sujeta a la evaluación del riesgo por parte del Asegurador.

10.11. Células Madres

Se cubren de acuerdo a los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza los costos por obtención y almacenamiento por un año de las Células Madres del Cordón Umbilical por embarazo, siempre y cuando sea una Maternidad cubierta. Para este beneficio no aplica Deducible y está bajo el Periodo de Espera de Maternidad. Los gastos por este concepto se amparan por la cobertura de Maternidad.

10.12. Chequeo de Rutina de Menores de Edad

Siempre y cuando aparezca reflejado en las Condiciones Particulares de la Póliza, se cubre el chequeo de rutina de menores de edad de acuerdo a los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

10.13. Enfermedades Congénitas, Defectos Congénitos y Defectos Hereditarios

Este beneficio se cubrirá siempre y cuando esté detallado y listado en las Condiciones Particulares, la madre haya sido cubierta bajo el beneficio de Maternidad y el o los recién nacidos hayan sido inscritos dentro de los sesenta (60) primeros días del nacimiento. La cobertura es efectiva desde el momento del nacimiento y hasta el límite máximo establecido en las Condiciones Particulares, aplicable a cada recién nacido. Se excluyen condiciones que sean resultado de un tratamiento de fertilidad, o de cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida.

10.14. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA)

La compañía pagará los gastos bajo esta cobertura por las enfermedades que tuvieran lugar con motivo de sufrir el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), siempre y cuando esté detallado y listados en las Condiciones Particulares, y hasta el límite establecido en la misma y cuando el virus o la enfermedad no haya sido detectado antes del periodo de la vigencia de la póliza o fecha de inclusión de un asegurado en la póliza. Para este beneficio se deberá notificar previamente al Asegurador y obtener la autorización correspondiente. 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.

10.15. Enfermedades Psiquiátricas, Trastornos Mentales y Nerviosos

Los cargos de hospitalización, honorarios médicos, suministros y servicios ambulatorios para tratamiento de psiquiatría por trastornos nerviosos y/o mentales relacionados con psiquiatría,

autismo, enfermedad de Alzheimer, apnea del sueño y cualquier otro trastorno del sueño, se cubrirán de acuerdo con los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares.

10.16. Transporte de Emergencia

Se cubre el transporte de Emergencia, por Ambulancia terrestre o Aérea, al lugar más cercano de tratamiento apropiado, siempre y cuando:

- a. El transporte sea Médicamente Necesario, para trasladar al Asegurado al Hospital más apropiado donde existe el tratamiento requerido;
- b. El transporte esté relacionado con una Enfermedad o Accidente cubierto que no puede ser tratado donde se encuentra el paciente o donde se originó la Emergencia;
- c. El transporte por cualquier otro medio pueda resultar en la pérdida de la vida, de la integridad personal o de la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado: Siempre se evaluará la factibilidad de utilizar una ambulancia terrestre y, de no ser conveniente, se utilizará la ambulancia aérea.
- d. La Ambulancia Aérea tenga a bordo equipos e instrumentos médicos especializados, una tripulación capacitada en transportes médicos de emergencia y sea operada por una compañía legalmente licenciada y aprobada como operadora de ambulancias;
- e. El transporte por Ambulancia Aérea sea previamente notificado al Asegurador y sea autorizado y coordinado por El Asegurador;
- f. El Asegurado acuerde mantener al Asegurador libre de responsabilidad por cualquier negligencia resultante de tales servicios, o por demoras, o restricciones en los vuelos causados por problemas mecánicos, o por restricciones gubernamentales, por la aerolínea, o por el piloto, o debido a condiciones operacionales o por cualquier otra causa ajena al control del Asegurador.

Se cubrirán de acuerdo con los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares.

10.17. Enfermedad o Lesión en Aeronave Privada

Se cubre cualquier Enfermedad o Lesión sufrida como pasajero, piloto o miembro de la tripulación en una Aeronave Privada. Se cubrirán de acuerdo con los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares.

10.18. Cuidados Paliativos/Hospicio en Caso de Enfermedad Terminal

Se cubren los servicios relacionados con los Cuidados Paliativos/Hospicio, siempre y cuando el Médico tratante certifique que tiene una Enfermedad terminal con menos de seis (6) meses de vida y presente a El Asegurador un plan de tratamiento para los Cuidados Paliativos. Para este beneficio se deberá notificar previamente al Asegurador y obtener la autorización correspondiente. Los servicios cubiertos por este beneficio incluyen pero no se limitan a: consultas médicas, los servicios de Enfermeros, suministros médicos, Medicamentos por Prescripción Médica para el control de síntomas y el dolor, cuidado médico a domicilio y terapia física y ocupacional, siempre y cuando formen parte del plan de tratamiento autorizado por El Asegurador. Si es Médicamente

Necesario que El Asegurado esté internado en una residencia para enfermos terminales, la residencia debe especializarse en los Cuidados Paliativos. Se cubrirán de acuerdo con los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares.

10.19. Repatriación de Restos Mortales

En el caso que El Asegurado fallezca fuera de su País de Residencia, se cubre el costo de la repatriación de los restos mortales al País de Residencia del fallecido de acuerdo con los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares. Este beneficio se ofrece siempre y cuando el fallecimiento sea consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto por la Póliza. El beneficio se limita a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar el cuerpo del fallecido y transportarlo a su País de Residencia. Para este beneficio se deberá notificar previamente al Asegurador y obtener la autorización correspondiente.

10.20. Cobertura Dental por Accidente

Se cubre, de acuerdo con los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares, el tratamiento necesario para la reconstitución o el reemplazo de piezas dentales que hayan sido dañadas o perdidas en un Accidente cubierto, siempre que tal tratamiento sea provisto dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia de dicho Accidente.

10.21. Cirugía reconstructiva en caso de Enfermedad o Accidente

Se cubren las cirugías reconstructivas de acuerdo con los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares, siempre y cuando:

- a. La cirugía esté relacionada con una condición o enfermedad cubierta que no sea una Condición Pre-Existente.
- b. La cirugía esté relacionada con una Lesión producida por un Accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza.
- c. Cirugía de la nariz que sea Médicamente Necesaria para el tratamiento de deformidades de la nariz o del tabique nasal que hayan sido causadas por un trauma en un Accidente, o para el tratamiento de cáncer de la nariz, cubiertos por la póliza. Para estas cirugías se deberá notificar previamente al Asegurador y obtener la autorización correspondiente. La evidencia de trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiológicos (rayos-X, tomografías, resonancias magnéticas, etc.) y debe ser entregada al Asegurador para evaluar la autorización.

10.22. Terapia Física Ambulatoria, Rehabilitación, Cuidado Médico a Domicilio (enfermera privada)

Se cubre, de acuerdo con los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares, siempre y cuando el tratamiento haya sido prescrito y certificado por el Médico tratante, sea Médicamente Necesario para el tratamiento adecuado de la Enfermedad o Lesión y sea prescrito en lugar de la Hospitalización:

- a) Terapia Física y Rehabilitación: Se debe notificar y obtener pre-autorización por El Asegurador para cualquier tratamiento que exceda los 30 días. Este servicio incluye las terapias de lenguaje.

b) Cuidado médico en el hogar (incluyendo tratamientos, servicios médicos y de enfermería): Debe ser notificado y pre-autorizado por El Asegurador.

10.23. Beneficio por fallecimiento del Asegurado Titular

Se otorga cobertura de acuerdo a los límites y porcentajes indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza, al momento del fallecimiento del Asegurado Titular sus Asegurados Dependientes inscritos en esta Póliza podrán mantener la Póliza y los Endosos en vigor sin tener que pagar las primas correspondientes por un período de tres (3) años a partir del día posterior a la Fecha de Fin de Vigencia de la Póliza, siempre y cuando la causa de la muerte del Asegurado Titular se deba a una Enfermedad o Accidente cubierto bajo esta Póliza.

Este beneficio se aplica a los asegurados que estaban inscritos en la póliza al momento del fallecimiento del Asegurado Titular y para los beneficios y endosos de la póliza activos al momento del fallecimiento del Asegurado Titular.

10.24. Equipo Médico Durable o Dispositivos Especiales

Se cubren prótesis externas, dispositivos ortóticos, equipos médicos durables (alquiler o compra), e implantes. Para este beneficio se deberá notificar previamente al Asegurador y obtener la autorización correspondiente.

10.25. Seguro de Vida

El Asegurador pagará los beneficios bajo esta cobertura al demostrarse fehacientemente el fallecimiento del Asegurado y/o asegurados incluidos en la póliza, a consecuencia de una enfermedad y/o accidente cubierto bajo esta póliza. Se cubrirán de acuerdo con los límites y porcentajes por asegurado indicados en el Cuadro Póliza – Factura de Prima.

10.26. Beneficio adicional de Muerte Accidental y Desmembramiento

El Asegurador pagará los beneficios bajo esta cobertura al demostrarse fehacientemente el fallecimiento del asegurado y/o asegurados incluidos en la póliza, a consecuencia de un accidente cubierto bajo esta póliza. Se cubrirán de acuerdo con los límites y porcentajes por asegurado indicados en el Cuadro Póliza – Factura de Prima.

10.26.1. Desmembramiento por Accidente

Si a consecuencia de un Accidente sufrido por El Asegurado y amparado por esta Póliza, le sobreviene dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del mismo, cualquiera de las siguientes invalideces: Ablación total de la mandíbula, pérdida total de un dedo pulgar o índice de la mano, pérdida total de cualquier otro dedo de la mano , pérdida de una falange de un dedo de la mano ,pérdida total por amputación o inutilización de cualquier dedo de un pie, El Asegurador pagará el cincuenta por ciento (50%) de la Suma Asegurada que corresponda a esta cobertura para el momento de la ocurrencia del Accidente; en cualquier otro caso pagará el cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada que corresponda a esta cobertura.

10.27. Renta por Incapacidad Temporal por accidente del Asegurado Titular

El Asegurador pagará los beneficios bajo esta cobertura al demostrarse fehacientemente la incapacidad temporal (IT) del Asegurado Titular, a consecuencia de un Accidente cubierto bajo esta póliza. Se cubrirán de acuerdo con los límites, condiciones y porcentajes por asegurado indicados en el Cuadro Póliza – Factura de Prima.

CLÁUSULA 11. PLAZOS DE ESPERA

Todos los asegurados tienen derecho a disfrutar los beneficios previstos en esta 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, de su rehabilitación o para los nuevos asegurados a partir de la fecha de inclusión:

- a. Ninguno: En caso de accidentes o enfermedades de origen infeccioso. Si al ocurrir un accidente, existiese la enfermedad y esta agravase las consecuencias del mismo, o el accidente agravase la enfermedad, el caso será considerado a los efectos de este seguro y la aplicación de plazos de espera, como una enfermedad y no accidente.
- b. Tres (3) meses: En caso de enfermedades contraídas dentro de la vigencia del seguro.
- c. Diez (10) meses: Los gastos amparados en la cobertura de Maternidad.
- d. Enfermedad, accidente o defecto congénito padecido por un recién nacido, no tendrán plazos de espera, siempre que el nacimiento esté cubierto bajo la cobertura de maternidad y el niño sea inscrito en la póliza dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de su nacimiento.

CLÁUSULA 12. CONDICIONES PRE-EXISTENTES

Las Condiciones pre-Existentes se clasifican en dos categorías:

a) Condiciones Pre-Existentes declaradas en la Solicitud de Seguro:

- i. Las Condiciones Pre-Existentes libres de síntomas y/o tratamientos durante un período de al menos cinco (5) años anteriores a la Fecha de Inicio del Seguro estarán cubiertas al vencer el Período de espera de tres (3) meses, a menos que sean específicamente excluidas por El Asegurador mediante una Enmienda.
- ii. Las Condiciones Pre-Existentes 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 El Asegurador mediante una Enmienda.

b) Condiciones Pre-Existentes no declaradas en la Solicitud de Seguro:

Las Condiciones Pre-Existentes no declaradas en la Solicitud de Seguro no estarán cubiertas en ningún momento. Adicionalmente, El Asegurador se reserva el derecho de modificar, rescindir o cancelar la Póliza de seguros si se omiten las Condiciones Pre-Existentes en la Solicitud de Seguro.

CLÁUSULA 13. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

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 al 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 del Asegurado Titular, deberá:

- a. Notificar la ocurrencia del siniestro a través de los formularios establecidos por El Asegurador 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 al Asegurador 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.
- 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.
- d. Para gastos médicos incurridos en los Estados Unidos, El Asegurado deberá obtener de los Proveedores médicos los formularios conocidos como CMS-1500 (formulario universal de los Médicos en los Estados Unidos), UB-04 (formulario universal de los Hospitales en los Estados Unidos) o la factura detallada que contenga los siguientes datos: nombre del Proveedor, dirección y número de registro fiscal ("Tax ID"), fecha del servicio, Código de Procedimiento (código CPT) y Código de Diagnóstico (código ICD-9 o código ICD-10).

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 El Asegurador 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 al Asegurador cualquier información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación. Asimismo, El Asegurado autoriza al Asegurador 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.

El Asegurador mantendrá control sobre la confidencialidad de la información recibida y no podrá revelarla a organización externa alguna sin el previo consentimiento del Contratante o El Asegurado, dado mediante notificaciones escritas, o por cláusulas contractuales o convenios, o por la exigencia de la Ley vigente.

CLÁUSULA 14. CAMBIO DEL PAÍS DE RESIDENCIA

El Asegurado debe notificar por escrito al Asegurador cualquier cambio en su País de Residencia dentro de los primeros treinta (30) días después del cambio. El Asegurador se reserva el derecho de modificar o dar por terminada la cobertura de la póliza en caso de cambio de país de residencia del Asegurado Titular y/o cualquier Asegurado. Los cambios de residencia podrían resultar en un ajuste de primas y/o Deducible según el área geográfica. La falta de notificación al Asegurador de cualquier cambio de residencia a otro país, podría resultar en la modificación de la Póliza o en su rescisión a partir de la fecha en que debió hacerse la notificación.

CLÁUSULA 15. PRE-CERTIFICACIÓN

Sin perjuicio de lo establecido en el Cláusula 10. COBERTURAS de estas condiciones generales, El Asegurado está obligado a obtener del Asegurador una certificación de los beneficios pagaderos por esta Póliza, por gastos relacionados con Hospitalización y Cirugía derivados de enfermedad o accidente cubierto. Para obtener esta certificación, El Asegurado o cualquier persona actuando en su nombre, deberá ponerse en contacto con El Asegurador, personalmente o mediante llamada telefónica, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de la fecha de admisión para la hospitalización o de la fecha señalada para efectuar un procedimiento quirúrgico en caso que dicho procedimiento sea practicado sin requerir hospitalización. En los casos en los que la hospitalización o el procedimiento quirúrgico sea requerido como consecuencia de una emergencia y que esta condición de emergencia impidiese la debida notificación previa al Asegurador, El Asegurado o cualquier persona actuando en su nombre, deberá ponerse en contacto y notificar al Asegurador, personalmente o mediante llamada telefónica, tan pronto como le sea posible y en todo caso, durante las setenta y dos (72) horas siguientes a la ocurrencia del evento que de origen a la necesidad de la hospitalización o el procedimiento quirúrgico, a los efectos de obtener la certificación correspondiente a los gastos ya incurridos y por incurrir, salvo por causas extrañas no imputables al Asegurado.

Si después de la PRE-CERTIFICACIÓN inicial fueran necesarios días adicionales de hospitalización, el médico de cabecera, médico tratante, un representante oficial de la institución hospitalaria, El Asegurado o su representante, deberá antes de haber transcurrido el último de los días originalmente certificados, ponerse en contacto con El Asegurador para efectuar la PRE-CERTIFICACIÓN de los días de hospitalización adicionales necesarios.

Adicionalmente, El Asegurado deberá notificar al Asegurador y obtener la PRE-CERTIFICACIÓN correspondiente para los siguientes beneficios:

- a. Trasplante de Órganos y Tejidos (Cláusula 10, Numeral 10.2).
- b. Coberturas Ambulatorias (Cláusula 10, Numeral 10.3).
- c. Cuidados Paliativos/Hospicio en Caso de Enfermedad Terminal (Cláusula 10. Numeral 10.18).
- d. Repatriación de restos mortales (Cláusula 10, Numeral 10.19).
- e. Cirugía reconstructiva (Cláusula 10, Numeral 10.21).
- f. Terapia física ambulatoria y/o rehabilitación (Cláusula 10, Numeral 10.22).
- g. Equipo Médico Durable o Dispositivos Especiales (Cláusula 10, Numeral 10.24).

Para cumplir con el requisito de notificación antes citado, El Asegurado o cualquier persona actuando en su nombre, deberá ponerse en contacto y notificar al Asegurador, personalmente o mediante llamada telefónica, con por lo menos setenta y dos (72) horas de anticipación a la fecha de recibir cualquier cuidado médico relacionado con los servicios o beneficios mencionados anteriormente.

Si El Asegurado no cumple el procedimiento de PRE-CERTIFICACIÓN en los lapsos de tiempo arriba citados, salvo causa extraña no imputable al Asegurado, El Asegurador indemnizará sólo el setenta por ciento (70%) de los gastos usuales, razonables y acostumbrados por concepto de servicios médicos prestados en las zonas donde fueron efectuados.

CLÁUSULA 16. EXAMEN MÉDICO

El Asegurador, 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.

CLÁUSULA 17. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

El Asegurador no estará obligado a responder ante una reclamación en los siguientes casos:

- a) 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.
- b) Si El Asegurado no puede probar la ocurrencia del siniestro.
- c) Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Contratante, El Asegurado o el Beneficiario.
- d) 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 El Asegurador en lo que respecta a la Póliza de Seguro.
- e) 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 del Asegurador.

- f) Cuando el pago de la prima de renovación se hubiera realizado con posterioridad a la fecha de ocurrencia de un siniestro El Asegurador no tendrá responsabilidad alguna, salvo que se efectúe dentro del plazo establecido en la Cláusula 21. PERIODO DE GRACIA.
- g) Si El Asegurado incumpliere lo establecido en la Cláusula 13. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO de las Condiciones de esta Póliza.
- h) Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones y endosos, si los hubiere, de la Póliza.

CLÁUSULA 18. EXCLUSIONES O GASTOS NO CUBIERTOS

No se efectuarán indemnizaciones bajo esta Póliza, por los gastos en que El Asegurado hubiese incurrido, por los siguientes conceptos:

- a) Enfermedades preexistentes salvo lo estipulado en la CLÁUSULA 12. CONDICIONES PRE-EXISTENTES.
- b) Cirugía Plástica Reconstructiva - Cosmética, a menos que la intervención sea necesaria como consecuencia de un accidente o enfermedad ocurrido durante la fecha de vigencia de Póliza y cubierto por esta. Mamoplastia reductora. Salvo lo estipulado en la CLÁUSULA 10. COBERTURAS, Numeral 10.21. Cirugía reconstructiva.
- c) Complicaciones derivadas o consecuencia de enfermedades, tratamientos o intervenciones no amparadas bajo la presente Póliza.
- d) Tratamiento quiropedista o de cuidado de pedicurista, incluyendo los relacionados con síntomas de molestias en los pies tales como callos, pie plano, arco débil, hallux valgus o juanetes, zapatos ortopédicos y/o plantillas especiales.
- e) Tratamientos médicos y quirúrgicos y sus consecuencias aplicados para infertilidad, esterilización, inseminación artificial, disfunciones e insuficiencias sexuales, impotencia, inversión de la esterilización o cambio de sexo, así como tratamientos anticonceptivos, menopausia, andropausia. Tratamientos por Terapia Educativa del lenguaje y de estudio, tratamiento y hospitalización por alteraciones del crecimiento. 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.
- f) Todos los gastos de embarazo de hijas inscritas en la póliza como dependientes.
- g) Todo tratamiento a una madre y/o un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto por esta póliza.
- h) Cualquier negligencia o acto ilegal y/o voluntario de cualquiera de los Asegurados de exponerse a peligro, daños o lesiones provocados a sí mismo, intento de suicidio, lesiones por accidente adquiridas por el uso, abuso de bebidas alcohólicas, drogas o medicamentos no recetados por un médico aun las cometidas en estado de enajenación mental o inconsciencia, que ocasione que se incurra en gastos médicos o quirúrgicos.
- i) Lesiones o enfermedades como consecuencia directa o indirecta de energía atómica, guerra, terrorismo, fenómenos catastróficos de la naturaleza y participación activa en alteraciones de orden público o en actos delictuosos, así como manejo de armas y explosivos.

- j) No se cubrirá cualquier gasto o cargo por servicios, suministros, pruebas y tratamientos que no se encuentren estipulados de acuerdo a las normas médicas profesionales generalmente aceptadas. Tampoco tienen cobertura las terapias, tratamientos médicos y/o hospitalizaciones experimentales, incluyendo la acupuntura, medicina alternativa, medicina homeopática, orgonometría.
- k) Reducción o agrandamiento de las mamas, sin importar el diagnóstico, excepto aquellas reconstructivas a consecuencia de Cáncer de Seno.
- l) Consultas, cirugías hospitalarias o ambulatorias, complicaciones relacionadas por obesidad, por trastorno del comer, por control de peso, por control dietético, así como tratamiento alimenticio suplementario, salvo los indicados para el mantenimiento de la vida del enfermo grave. Regímenes de ejercicio y dietéticos, inyecciones.
- m) Exámenes rutinarios de la vista y el oído.
- n) Servicios optométricos o cirugía por refracción de la visión y la compra de lentes o de aparatos para mejorar la audición.
- o) Curas de reposo, curas de alcoholismo, curas o tratamientos derivados del uso o abuso de sustancias estupefacientes y psicotrópicas.
- p) Tratamientos dentales, cura y operaciones odontológicas que no sean a consecuencia de un accidente; tratamientos o intervenciones de la región cráneo mandibular, incluyendo el síndrome temporomandibular y otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura. Salvo lo estipulado en la CLÁUSULA 10.COBERTURAS, Numeral 10.20. Cobertura Dental por Accidente.
- q) Tratamientos no aceptados por la ciencia médica y aquellos de naturaleza investigativa o experimental y servicios prestados por institutos o sanatorios, no registrados ni autorizados como institutos hospitalarios, donde se brinden servicios de cuidados de larga duración, tales como: Curas de reposo, geriatría o similares.
- r) Medicinas sin prescripción facultativa.
- s) Enfermedades de transmisión sexual. Virus de Papiloma Humano (VPH Genital).
- t) Abortos provocados sin fines terapéuticos, parto atendido por comadronas.
- u) Llamadas telefónicas internacionales. Alimentación y otros gastos del acompañante del Asegurado hospitalizado, excepto lo indicado en el apartado **10.1 literal "e"**.
- v) La compra o alquiler de aire acondicionado, vaporizador, humidificador y equipo para hacer ejercicios o similares, que no sean médicamente necesarios para el tratamiento de una afección.
- w) Medicina física y de rehabilitación que se requiera como consecuencia de un accidente, intervención o enfermedad no cubiertas por esta Póliza. Salvo lo estipulado en la CLÁUSULA 10.COBERTURAS, Numeral 10.22. Terapia física Ambulatoria, rehabilitación.
- x) Servicios recibidos en alguna institución hospitalaria o cualquier otro servicio médico por los cuales no se exija pago alguno al Asegurado.
- y) Gastos personales tales como servicios de peluquería y barbería, la compra o el alquiler de artículos o suministros para la comodidad personal como: radio, televisor, aire acondicionado,

vaporizador, purificadores de aire y agua, humidificador, estuches para la presión arterial, camas ortopédicas, colchones y almohadas, bastones, equipos para hacer ejercicio y similares; prótesis o aparatos correctivos o instrumentos médicos que no sean médicamente necesarios. Excepto los equipos de inhaloterapias, contra reembolso de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados.

- z) Ambulancia Aérea, cuando el tratamiento que se requiera pueda, a juicio del Asegurador, ser prestado de manera adecuada en el lugar, ciudad o población donde se encuentre El Asegurado. Salvo lo estipulado en la CLÁUSULA 10.COBERTURAS, Numeral 10.16. Transporte de Emergencia.
- aa)Cualquier tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento independientemente del motivo por el cual ha sido indicado y tratamiento con estimulador o estimulación del crecimiento óseo.
- bb)Tratamientos y/o gastos por epidemias.
- cc)Tratamientos y/o gastos a consecuencia de las actividades o deportes riesgosos, como por ejemplo los deportes extremos, el manejo de explosivos, los trabajos en altura, entre otros.
- dd)Tratamientos y/o gastos estando prestando cualquier actividad relacionada con: servicio Militar, ejército, bomberos, policías adscritas a organismos del estado u organizaciones civiles de carácter público y/o privado.
- ee)Indemnización por daños y perjuicios atribuibles a prestadores de servicios de salud como médicos, anesthesiólogos, bioanalistas, enfermeras, conductores de ambulancias.
- ff) Tratamientos realizados por el cónyuge, padres, hermanas o hijos del Asegurado que recibió la atención médica.

CLÁUSULA 19. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

EL Asegurador asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de celebración del contrato de seguro, lo cual se producirá una vez que El Contratante notifique su consentimiento a la proposición formulada por El Asegurador o cuando este participe su aceptación a la solicitud efectuada por El Contratante, según corresponda. En todo caso la vigencia de la Póliza se hará constar en las Condiciones Particulares de la Póliza con indicación de la fecha en que se emita la hora y día de su iniciación y vencimiento.

CLÁUSULA 20. PAGO DE LA PRIMA

El Contratante debe la prima desde el momento de la celebración del contrato y es exigible por parte del Asegurador al momento de la entrega de la Póliza, las Condiciones Particulares de la Póliza o de la Nota de Cobertura Provisional. En caso de que la prima no sea pagada o se haga imposible su cobro por causa imputable al Contratante dentro de los primeros cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de su exigibilidad, El Asegurador tendrá derecho a resolver la Póliza. En caso de que ocurra un siniestro, durante el período antes mencionado, siendo exigible el pago de la prima y El Contratante o El Asegurado no lo hubieren realizado antes de finalizar el mismo, El Asegurador tendrá derecho a rechazar el reclamo por falta de pago de prima y la Póliza quedará automáticamente sin valor y efecto alguno desde la fecha de su celebración.

El pago de la prima solamente conserva en vigor la Póliza por el tiempo al cual corresponde dicho pago, según se haga constar en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de dicho excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por El Asegurador.

El Asegurador no está obligado a cobrar las primas a domicilio ni a dar aviso de sus vencimientos y si lo hiciera, no sentará precedente de obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento sin previo aviso. No obstante, si en la Póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en la caja del Asegurador.

CLÁUSULA 21. PERÍODO DE GRACIA

Si el Contratante no le notifica por escrito al Asegurador que esta Póliza ha de terminarse, se concederá un periodo de gracia de treinta y un (31) días, sin cobrar intereses, para cumplir con el pago de toda prima después de la primera, y la póliza continuará en vigor durante dicho periodo. Si la prima no es pagada durante este periodo de gracia se procederá conforme lo dispuesto en la sección 3, Artículo 156 y 161 de la ley N° 12 del 3 de Abril del año 2012.

“Artículo 156. Suspensión de cobertura. Cuando el contratante haya efectuado el pago de la primera fracción de la prima y se atrase por más del término del periodo de gracia 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 el efecto jurídico inmediato de suspender la cobertura de la póliza hasta por sesenta días. La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que 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. Cuando se trate de seguros de salud o de vida individual. La aseguradora no podrá cancelar el contrato correspondiente hasta el vencimiento del periodo de suspensión de sesenta días.”

“Artículo 161. Aviso de cancelación. 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 consten 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 aplicará lo que al respecto dispone el artículo 998 del Código de Comercio.”

CLÁUSULA 22. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La Póliza terminará automáticamente cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- a. Cuando El Asegurador descubre que las declaraciones contenidas en la Solicitud del Contrato son falsas o incompletas, a tal extremo que, de haberlas conocido, El Asegurador habría rechazado o restringido el seguro.
- b. Aviso por escrito del Contratante y/o Asegurado al Asegurador comunicando su decisión de no continuar con el Seguro, sin especificación de causa. Dicho aviso deberá efectuarse, como mínimo, con un pre-aviso de 15 días.
- c. Si alguna prima no se paga antes de terminar el período de gracia, la póliza quedará sujeta a lo indicado en la CLÁUSULA 21. PERIODO DE GRACIA.

CLÁUSULA 23. DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS

Esta Póliza será nula y El Asegurado carecerá de todo derecho de indemnización bajo la misma si hubiese cualquier declaración falsa o inexacta hecha al Asegurador, en cualquier tiempo, relativa a la salud de los asegurados inscritos, o si hubiese omisión, reticencia o simulación de circunstancias que, aun cuando hayan sido hechas de buena fe, de haber sido conocidas por El Asegurador, pudieran haberle retraído de celebrar este Contrato de Seguro o resolverlo, o haberle llevado a modificar sus condiciones, o a formarse un concepto diferente de la gravedad del riesgo.

CLÁUSULA 24. DECLARACIÓN ERRÓNEA DE LA EDAD

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, sin que se demuestre que haya dolo o mala fe, El Asegurador no resolverá el contrato a menos que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por El Asegurador, 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 del Asegurador 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 el Asegurador 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, El Asegurador 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, El Asegurador estará obligado a pagar al beneficiario la suma que por las primas canceladas corresponda de acuerdo con la edad real.

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

CLÁUSULA 25. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

El pago de la indemnización prevista en la presente Póliza deberá ser efectuado dentro de los treinta (30) días hábiles contados a partir de la fecha de recibir El Asegurador la reclamación con el último de los recaudos solicitados, salvo causa extraña no imputable al Asegurador. En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, la indemnización de aquellos siniestros que deban ser cancelados por reembolso corresponderá al Beneficiario; si los pagos hubiesen sido realizados directamente por El Asegurado Titular, corresponderán a sus herederos legales.

CLÁUSULA 26. RECHAZO DEL SINIESTRO

Cuando no proceda la cobertura de cualquier reclamo, de acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales, Particulares y Anexos de la presente Póliza, El Asegurador deberá notificar por escrito al Asegurado Titular (o en caso de su fallecimiento, a sus beneficiarios o herederos legales) , 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 de recibir El Asegurador el último de los recaudos necesarios.

CLÁUSULA 27. VIGENCIA, TÉRMINO Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La presente Póliza tiene una vigencia anual, la cual se describe en la carátula de la póliza y será renovable automáticamente. La renovación de la Póliza estará sujeta a las primas y regulaciones vigentes en cada aniversario. En cada renovación del contrato, El Asegurador podrá modificar las tarifas o beneficios de esta póliza cuando los resultados del programa lo requieran por razones de desviación de la siniestralidad, cambios en el rango de edad, cambios en los costos médicos hospitalarios y condiciones contractuales pactadas entre las partes, sujeto a la aprobación previa de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros según el Art. 146 de la Ley 12 del 3 de abril del 2012: *“Revisión de Tarifas. Con el objeto de que las tarifas comerciales se mantengan observantes de los principios de equidad, suficiencia y que no sean injustamente discriminatorias, la Superintendencia deberá revisar en todo momento que no violen dichos principios, las notas técnicas autorizadas o arriesguen la suficiencia del producto correspondiente. Sin perjuicio de lo anterior, los aumentos globales de la tarifa en las pólizas de salud individual deberán ser sustentados ante la Superintendencia para su debida aprobación antes de ser implementados a los asegurados. Para tales efectos, las aseguradoras deberán presentar las tarifas propuestas, incluyendo estimados de costos de reaseguros, de ser requeridos, costos de adquisición, costos de siniestros, así como los estimados asociados con los canales de distribución, gastos administrativos, impuestos y el margen bruto de ganancia.”* y siempre y cuando que la Compañía notifique al Asegurado por lo menos con 31 días de anticipación a la fecha de vencimiento de tal renovación. Los ajustes de primas producto de las desviaciones de los resultados y con los cuales se busca un equilibrio en éstos, se harán al próximo aniversario de la póliza.

CLÁUSULA 28. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

El Asegurador 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 del Asegurador, 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 del 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 del Asegurador, los actos que éste razonablemente le exija o que sean necesarios con el objeto de que El Asegurador ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago de la indemnización.

CLÁUSULA 29. MODIFICACIONES

Toda modificación a las condiciones de la Póliza entrará en vigor una vez que El Contratante notifique su consentimiento a la proposición formulada por El Asegurador o cuando éste participe su aceptación a la solicitud de modificación propuesta por El Contratante. Las modificaciones se harán constar mediante anexos, debidamente firmados por un representante del Asegurador y por El Contratante. Los anexos prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de la Póliza. Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto en la Cláusula 20. PAGO DE LA PRIMA de estas Condiciones Generales. Todo cambio referente a aumento o disminución de la suma asegurada o el deducible, deberá realizarse con efecto al siguiente período anual de la Póliza, es decir, al año-póliza próximo, con un período de anticipación mínimo de treinta (30) días hábiles a la fecha de terminación del año-póliza en curso y llenando una nueva solicitud.

La modificación de la suma asegurada o el deducible requerirán aceptación expresa de la otra parte y podría estar sujeto a evaluación médica. En caso contrario, se presumirá aceptada por El Asegurador con la emisión de las Condiciones Particulares de la Póliza, en las que se modifique la suma asegurada, y por parte del Contratante mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de la prima correspondiente, si la hubiere.

Se considera aceptada la solicitud escrita de modificación, si El Asegurador no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haberla recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando la modificación haga necesario un reconocimiento médico. El requerimiento del Asegurador de que El Asegurado se realice el examen médico, no implica aceptación de la modificación.

CLÁUSULA 30. CAMBIO DE PLAN

Cualquier cambio a otros planes médicos ofrecidos por El Asegurador podría estar sujeto a evaluación médica. En caso de cambio de Plan sin Maternidad a otro Plan con Maternidad habrá un Período de Espera de 10 meses para la Maternidad. Si el cambio del Plan conlleva un aumento de suma asegurada y/o disminución de deducible, las diferencias estarán sujetas a los plazos de espera previstos en la póliza.

CLÁUSULA 31. REHABILITACIÓN

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

CLÁUSULA 32. INVESTIGACIÓN DE RECLAMOS

El Asegurador podrá designar Médicos para revisar el estado del Asegurado mientras esté internado en una clínica, hospital o en su domicilio particular; o citarlo a consultorios que El Asegurador 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.

CLÁUSULA 33. RECLAMACIÓN FRAUDULENTA

El Asegurador quedará relevada de toda responsabilidad y El Asegurado perderá todo derecho de indemnización bajo esta Póliza, cuando:

- a. El Asegurado presente una reclamación fraudulenta, o engañosa, o apoyada en declaraciones falsas.
- b. En cualquier tiempo El Asegurado, o terceras personas que obren por cuenta de éste, o con su conocimiento, empleen medios, o documentos engañosos, o dolosos para sustentar una reclamación para derivar beneficios del seguro otorgado por la presente Póliza.

CLÁUSULA 34. SEGUROS COEXISTENTES

El Asegurado queda obligado a informar al Asegurador, en el momento de presentar la reclamación, los seguros coexistentes, indicando la suma asegurada y el tipo de seguro. En todo caso entre las Compañías Aseguradoras deben Coordinar los Beneficios o en todo caso el reembolso de beneficios será hecho primero así: La Póliza de vigencia más antigua deberá asumir los beneficios primero, de acuerdo con los términos y condiciones acordados en dicha póliza. En el evento de que el mismo cubra en su totalidad los gastos incurridos por El Asegurado, entonces no operará la cobertura de los seguros adicionales contratados.

En caso de que el primer seguro no cubra en su totalidad los gastos incurridos, entonces y de conformidad con la ley, las pólizas adicionales deberán pagar, de acuerdo con el orden cronológico de contratación, los beneficios previstos por ellas, las cuales, sumados a los beneficios pagados por otros aseguradores, en ningún momento podrán exceder el cien por ciento (100%) de los gastos cubiertos incurridos por El Asegurado.

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.

Todo lo previsto en esta cláusula queda sujeto a las condiciones, términos, exclusiones y limitaciones establecidas en esta póliza.

CLÁUSULA 35. 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 en la Cláusula N° 4. DEFINICIONES GENERALES de las presentes Condiciones Generales y dirimirán la cuestión en forma amigable. Su fallo será definitivo e inapelable.

CLÁUSULA 36. JURISDICCIÓN

Los litigios que se susciten y que no sean arreglados según lo dispuesto en la cláusula anterior, serán sometidos exclusivamente a la Jurisdicción de los Tribunales de la Ciudad de Panamá, con renuncia a cualquier otro fuero.

CLÁUSULA 37. PRESCRIPCIÓN

Cumplido el plazo de un año de la fecha de ocurrencia de un siniestro, El Asegurador quedará libre de la obligación de pagar las pérdidas o daños ocasionados por el mismo, a menos que esté en tramitación un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación.

CLÁUSULA 38. CADUCIDAD

El Contratante, El asegurado Titular o El Beneficiario perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra El Asegurador o convenir con éste el arbitraje previsto en la Cláusula 35. 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 El Asegurador 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 del Asegurador.

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.

CLÁUSULA 39. MONEDA

Todos los valores mencionados en esta Póliza están expresados en Dólares Estadounidenses (USD).

CLÁUSULA 40. AVISOS

Las comunicaciones relativas a la terminación del contrato o al rechazo de cualquier reclamación, o de cualquier otro asunto entre las partes, deberán hacerse por cualquier medio de comunicación que deje certificada su recepción de modo indubitable, dirigidas al domicilio del Asegurador o a la dirección del Contratante o del Asegurado Titular que conste en la Póliza, o a la dirección de su Agente o Corredor de Seguros, si lo hubiere.

La comunicación entregada al Agente o Corredor de Seguros produce el mismo efecto que si hubiese sido entregada a la otra parte, a partir de los cinco (05) días hábiles de haber sido recibida por el Agente o Corredor de Seguros.

Firma Contratante



Enrique Rondón
Por Mercantil Seguros y Reaseguros, S.A.

Aprobado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá mediante Resolución: N° DRLA-025 de fecha 31/03/2017