

Condiciones Generales de la Póliza de Salud MetroBlue Modular – Individual/Familiar

CLÁUSULA PRIMERA

La solicitud del Asegurado Principal, junto con todas las manifestaciones contenidas en ella y las que se hagan al médico examinador, son determinantes del consentimiento de ASSA Compañía de Seguros, S. A. (en adelante llamada la Compañía), a otorgar la cobertura y constituyen, junto con las condiciones generales, particulares y especiales de la Póliza, el Contrato completo de Seguro. **Cualquier omisión, inexactitud u ocultamiento en las manifestaciones hechas por el Asegurado Principal o algún familiar, eximirán a la Compañía de toda obligación respecto a este Contrato.**

Solamente el Gerente General de la Compañía o los funcionarios de la misma autorizados por él, están facultados para firmar válidamente esta Póliza o cualquier cláusula o modificación que se le agregue a este Contrato.

CLÁUSULA SEGUNDA

DEFINICIONES

Para todos los efectos de este Contrato, las expresiones siguientes tendrán la aceptación y el alcance que a continuación se les asigna:

1. EL CONTRATANTE

Es la persona natural o jurídica que acepta las obligaciones debidas a la Compañía y se compromete al pago de la prima estipulada.

2. ASEGURADO PRINCIPAL

Es la persona natural en cuya cabeza recae el seguro y quien aparece como Asegurado en las Condiciones Particulares de esta póliza. Deberá ser menor de sesenta (60) años de edad al momento de formular la solicitud. Expedida la póliza, no existe límite de edad para continuar como Asegurado Principal, salvo lo dispuesto en el Acápito 7 de la Cláusula Sexta de la misma.

3. FAMILIAR ASEGURADO

El término "Familiar Asegurado" significa:

- El Cónyuge, o en su defecto la persona que, viviendo en calidad de compañera permanente del Asegurado Principal, esté registrada como tal en la Compañía **siempre y cuando sea menor de sesenta (60) años en la fecha de su inscripción en el Seguro.**

- Los hijos mayores de nueve (9) días y menores de diecinueve (19) años, habidos dentro o fuera del matrimonio o legalmente adoptados, o hijastros que vivan en el hogar del Asegurado Principal, siempre y cuando hayan sido inscritos en la Compañía, sean solteros y dependan económicamente del Asegurado Principal.

- Los hijos solteros mayores de diecinueve (19) años pero menores de veintitrés (23) años, podrán permanecer inscritos en la póliza, siempre y cuando dependan económicamente del Asegurado Principal y se encuentren estudiando a tiempo completo. Se exigirá previa confirmación de esta circunstancia.

4. BENEFICIOS

El término "Beneficio" significa todas las sumas pagaderas por la Compañía de acuerdo a las condiciones del presente Contrato.

5. CO-PAGO

Esta cantidad será asumida por el Asegurado Principal o Familiar Asegurado por cada atención médica recibida. Una vez asumido este co-pago por cada atención médica debidamente cubierta por esta póliza, la responsabilidad de la Compañía será sólo por las sumas en exceso del co-pago aplicable y conforme a las estipulaciones de la póliza, hasta el límite máximo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

6. COASEGURO

Todo Asegurado Principal o Familiar Asegurado participará en coaseguro en su propio riesgo, conforme se estipule en esta póliza. El monto de coaseguro que deberá asumir el Asegurado Principal o Familiar Asegurado queda establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

7. HOSPITAL

El término "Hospital" y/o "Clínica" significa cualquier establecimiento que reúna las condiciones exigidas para atender enfermos y que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios.

8. MÉDICOS

El término "Médico" significa cualquier persona legalmente autorizada en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios médicos y/o quirúrgicos.

9. PERSONAS ELEGIBLES

Serán todas aquellas personas que tengan la calidad de Asegurado Principal o Familiar Asegurado, tal como quedó definido anteriormente, y que al momento de solicitar su ingreso al Seguro no se encuentren ni incapacitados, ni inválidos, ni reciban en el presente o hayan recibido en el pasado, de cualquiera fuente, beneficios por incapacidad.

10. COSTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS

La Compañía reconocerá para todos los beneficios los costos usuales, razonables y acostumbrados de cuidado de salud prevalecientes en el lugar donde se

presta el servicio. Estos costos serán reflejo de muestras estadísticas corrientes en poder de la compañía. Para determinar estos casos, la Compañía tomará en consideración la complejidad del servicio prestado.

11. MÉDICAMENTE NECESARIO

Servicios o suministros ordenados y proporcionados por un hospital, un médico u otro proveedor que la Compañía acepte:

- a) Que sean apropiados al diagnóstico, al tratamiento de la enfermedad o accidente del Asegurado Principal o Familiar Asegurado;
- b) que sean congruentes con las normas de prácticas médicas o profesionales aceptadas;
- c) que no sean primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado Principal, de su familia, de su médico u otro proveedor;
- d) que sea el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda ser proporcionado sin riesgo al Asegurado Principal o Familiar Asegurado; y que, en el caso de la atención a un paciente internado, no pueda administrarse a paciente externo sin incurrir en riesgo.

12. TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES

Esta tabla, la cual se adhiere y forma parte de esta póliza, establece los límites máximos de reembolso que efectuará la Compañía al Asegurado Principal o Familiar Asegurado, de acuerdo con las condiciones generales y particulares establecidas en esta póliza.

CLÁUSULA TERCERA

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

A. GASTOS CUBIERTOS POR HOSPITALIZACIÓN

Los gastos incurridos y amparados por concepto de servicios prestados por clínicas u hospitales y médicos serán indemnizados así, de acuerdo con el Coaseguro establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables:

- 1.- Costo de habitación Privada o Semi-Privada y alimentación del paciente (en ningún caso cubre los gastos del acompañante, ya sean parientes o no). En caso de que el Asegurado Principal

solicite habitación tipo suite, la diferencia en el costo será por su propia cuenta.

- 2.- Unidad de Cuidados Intensivos y/o Coronarios.
- 3.- Sala de Operación y Sala de Recuperación.
- 4.- Equipo de Asistencia de corazón y riñón artificial.
- 5.- Anatomía Patológica (todo órgano o tejido extirpado, para ser cubierto, requerirá estudio histopatológico y resultado de dicho estudio).
- 6.- Material médico quirúrgico y de cura.
- 7.- Análisis de laboratorio, rayos X y estudios especiales requeridos con fines de diagnósticos incurridos durante la hospitalización.
- 8.- Oxígeno, soluciones intravenosas e inyecciones.
- 9.- Servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios.
- 10.- Honorarios del cirujano principal y anestesiólogo.

B. GASTOS CUBIERTOS POR URGENCIA

La Compañía reconocerá bajo esta cobertura los gastos médicos por atención en el Cuarto de Urgencia, únicamente por los siguientes casos:

URGENCIA POR ACCIDENTE: Atención por heridas sufridas accidentalmente dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas.

URGENCIA POR ENFERMEDAD: Solamente se cubrirán Urgencias por Enfermedad en los siguientes casos, siempre y cuando se brinde la atención dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de la aparición de los síntomas:

- 1.- Cuadros clínicos severos que afecten los sistemas respiratorio, circulatorio, urológico o gastrointestinal;
- 2.- convulsiones;
- 3.- deshidratación severa;
- 4.- hemorragias;
- 5.- reacciones alérgicas agudas; o
- 6.- intoxicación severa.

Estas atenciones en Cuarto de Urgencias en la República de Panamá se cubrirán de acuerdo con los límites máximos establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables. **Cualquiera otra atención médica diferente a las mencionadas en este punto, serán consideradas como una consulta médica ambulatoria.**

Se cubrirá como urgencia la primera atención médica dentro de las primeras cuarenta y ocho (48) horas de la aparición de los síntomas o del accidente. Las atenciones posteriores por un mismo diagnóstico dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de la aparición de los síntomas o del accidente serán consideradas como una consulta médica ambulatoria.

C. GASTOS CUBIERTOS POR URGENCIA EN EL EXTRANJERO

En caso de que la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables establezca cobertura de gastos médicos por atención de Urgencia por Accidente o Enfermedad fuera de la República de Panamá, estos gastos estarán cubiertos de acuerdo con las regulaciones establecidas para considerar una Urgencia por Accidente o Enfermedad en el punto B de esta misma Cláusula, hasta los límites máximos que establezca la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

Cualquiera otra atención médica diferente a las mencionadas en este punto, no estará cubierta.

D. GASTOS MÉDICOS AMBULATORIOS CUBIERTOS

Los gastos médicos ambulatorios se indemnizarán de acuerdo con las Condiciones Generales establecidas en esta póliza, hasta el límite máximo por persona establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

- 1.- Honorarios por consultas y tratamientos médicos, ya sean efectuados en el consultorio o en el hogar del paciente.
- 2.- Análisis de laboratorios, rayos X y estudios especiales requeridos con fines de diagnóstico.
- 3.- Medicinas por prescripción facultativa.
- 4.- Tratamientos especiales de Quimioterapia, Radioterapia y tratamientos por Insuficiencia Renal (Diálisis).
- 5.- Pruebas de sensibilidad de alergias y sus tratamientos de inmunización, así como los tratamientos por bronquitis, asma y enfermedades respiratorias.
- 6.- Tratamientos de Terapia respiratoria y fisioterapia.

E. BENEFICIO MÁXIMO VITALICIO

La Compañía reconocerá todos los gastos médicos expresamente cubiertos de acuerdo con las Condiciones Particulares establecidas en esta póliza, y los beneficios expresamente detallados a continuación, hasta la suma máxima vitalicia por persona, establecida en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

F. DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL

En caso de que en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables se establezca un Límite de Desembolso Máximo Anual en concepto de coaseguro, el límite máximo que asumirá el Asegurado Principal o Familiar Asegurado en un año póliza, no excederá del límite máximo establecido como Desembolso Máximo Anual en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, con excepción de los gastos no amparados por esta póliza y del co-pago asumido por el Asegurado Principal o Familiar Asegurado.

G. BENEFICIO DE MATERNIDAD:

Solamente tendrá derecho al Beneficio de Maternidad la Asegurada Principal o Cónyuge inscrita en la póliza, según sea el caso, siempre y cuando el embarazo se inicie ciento ochenta (180) días después de la fecha de inclusión de la madre en la póliza. Se tomará como fecha de inicio del embarazo, la fecha de la última menstruación de la madre.

En caso de que en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables se establezca el Beneficio de Maternidad, la Compañía reconocerá por todos los

gastos ocasionados por el embarazo, y contra presentación de todas las facturas correspondientes, el costo de los mismos, sin que en ningún caso este valor pueda exceder el beneficio máximo señalado en la misma Tabla.

Para todos los efectos de este contrato, se incluirá bajo el término Embarazo, todos los gastos médicos prenatales, el alumbramiento, gastos postparto, pérdidas o abortos legales, complicaciones resultantes del mismo, y en general cualquiera atención médica que se requiera como consecuencia del mismo.

CLÁUSULA CUARTA

GASTOS NO CUBIERTOS

Todos los gastos ocasionados directa o indirectamente por una o cualquiera de las causas detalladas a continuación, quedan excluidos expresamente de la póliza y por lo tanto la Compañía no tendrá ninguna obligación en virtud de los mismos:

- 1.- Gastos médicos incurridos fuera de la República de Panamá, salvo que la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables establezca el Beneficio de Urgencias en el Extranjero. En ese caso, la cobertura se limitará a las condiciones establecidas en la Cláusula Tercera, punto B de esta póliza, hasta los límites establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.
- 2.- Procedimientos que no sean médicamente necesarios para el tratamiento de una afección, tales como: servicios de peluquería y barbería; la compra o alquiler de artículos para la comodidad personal (radio, televisor, aire acondicionado, vaporizador, humidificador, equipo para hacer ejercicios o similares); o instrumentos médicos que no sean médicamente necesarios; cualquier gasto incurrido por acompañante del Asegurado Principal durante la hospitalización del mismo.
- 3.- Suministro de bragueros, prótesis, aparatos o equipos ortopédicos.
- 4.- Tratamiento alimenticio suplementario, salvo los indicados para el mantenimiento de la vida del enfermo grave.
- 5.- Regímenes de ejercicio y dietéticos, inyecciones, medicamentos, cirugía o tratamientos relacionados con el control del

Cualquiera complicación resultante de un embarazo se considerará como un caso diferente a maternidad, siempre que hayan transcurrido treinta (30) días a partir de la fecha de terminación del embarazo.

En caso de que esta póliza establezca la cobertura del Recién Nacido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, la misma estará sujeta al límite máximo establecido en dicha tabla, siempre y cuando esta póliza esté en vigor y la madre esté amparada por el Beneficio de Maternidad conforme a esta Cláusula Tercera.

peso del paciente, ya sea por obesidad o por cualquier otro diagnóstico.

- 6.- Tratamientos dentales, curas u operaciones odontológicas, que no sean a consecuencia de un accidente sufrido dentro de la vigencia de la póliza.

En caso de fractura por trauma accidental de diente sano, la Compañía no considerará la reclamación sin:

- a) Radiografías periapicales del área afectada antes y después del tratamiento (para una mejor evaluación también serán necesarias fotografías antes y después de la restauración de las piezas afectadas).
- b) Informe del Asegurado Respecto a un Accidente y el Formulario de Reclamación que la Compañía le proporcionará debidamente completado por el Asegurado Principal y por el Odontólogo tratante.

La cobertura estará sujeta al límite máximo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables para la atención en Cuarto de Urgencias. Dicha atención deberá efectuarse dentro de las primeras veinticuatro (24) horas siguientes al accidente y sólo se cubrirán los gastos señalados a continuación, ocasionados por el accidente.

Cualquiera complicación o secuela de dicho accidente posterior a la atención en el Cuarto de Urgencias no estará cubierta por esta póliza.

- 7.- Cuidado de Enfermeras Especiales y Honorarios por Asistencia Quirúrgica.

- 8.- Tratamiento por Deficiencia o Sobreproducción de Hormona de Crecimiento, con excepción de Enanismo Deformante, siempre y cuando el Asegurado Principal o Familiar Asegurado, que tenga esta condición, haya nacido con la cobertura de esta póliza.
- 9.- Controles periódicos o exámenes generales o rutinarios, vacunaciones, certificaciones médicas; exámenes de la vista y del oído, servicios optométricos, cirugía por refracción de la visión, la compra de lentes regulares o intraoculares y de aparatos para mejorar la audición, implantes cocleares, así como sus pruebas de ajuste.
- 10.- Participación en actos de guerra, revolución, conmoción civil, conspiración, tumultos, motín, perturbación del orden público; cualquier acto delictivo, incluyendo duelos o riñas; cualquier tratamiento resultante de enfermedad o lesión causada por el mismo Asegurado Principal o Familiar Asegurado; suicidio o cualquier intento del mismo; mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental; enfermedades o tratamientos producto del alcoholismo; cualquier tratamiento, complicación o efecto secundario resultante de la ingestión de alcohol, de drogas o similares. Tratamientos por intoxicación medicamentosa.
- 11.- Hospitalización por trastornos mentales o por desórdenes nerviosos funcionales.
- 12.- Enfermedades y defectos físicos congénitos o adquiridos, secuelas de accidentes, de intervención quirúrgica o de enfermedad, que a juicio de la Junta Médica de la Compañía, debió ser sintomática antes de la fecha de vigencia de esta póliza o del ingreso de algún Familiar Asegurado en la misma. Estas condiciones, las cuales deberán ser declaradas en la Solicitud del Seguro, estarán cubiertas después de haber transcurrido un período de espera de doce (12) meses contados a partir de la fecha de vigencia de esta póliza o de la inclusión de algún Familiar Asegurado en la misma, salvo aquellas condiciones que por estipulación de la Compañía queden excluidas permanentemente de la cobertura de esta póliza. Enfermedades y defectos físicos congénitos en hijos adoptados, debidamente inscritos en la póliza, quedan excluidos permanentemente.
- 13.- Servicios prestados por institutos o sanatorios no registrados ni autorizados como instituciones hospitalarias, donde se brinden servicios de cuidados de larga duración, tales como curas de reposo, geriatría o similares, spas o hidroclínicas.
- 14.- Cualquier servicio o suministro que no sea, a juicio de la Compañía, médicamente necesario para el diagnóstico y/o tratamiento de cualquier enfermedad o lesión accidental.
- 15.- Tratamientos e intervenciones quirúrgicas por infertilidad, inseminación, impotencia, frigidez o cambio de sexo, así como los tratamientos con anticonceptivos y sus consecuencias; tratamientos por disfunción o insuficiencia sexual. Abortos provocados criminalmente. Tratamientos o cirugías por Gigantomastia.
- 16.- Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, como son la ligadura o extirpación de trompas y la vasectomía, ni su restitución funcional.
- 17.- La práctica de deportes profesionales, así como la de cualquier deporte peligroso que exponga, por irresponsabilidad, desconocimiento o por circunstancias agravantes, la vida o salud del Asegurado Principal o Familiar Asegurado, tales como: pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, uso de Go-Karts, vuelo sin motor y ultraligeros, rapel y cualquier otro tipo de práctica de salto en caída libre o similares. Viajes aéreos salvo que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado se encuentre viajando como pasajero.
- 18.- Medicinas sin prescripción facultativa; terapias recreacionales o educacionales; tratamientos a consecuencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o por infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sus consecuencias y/o controles periódicos. Enfermedades de transmisión sexual.
- 19.- Tratamiento cosmético o cirugía plástica, salvo la de tipo reconstructivo por accidente ocurrido estando esta póliza en vigor o por enfermedad cubierta por esta póliza.
- 20.- Complicaciones derivadas a consecuencia de enfermedades, tratamientos o intervenciones no amparadas bajo la presente póliza, así como los gastos incurridos después de la fecha de terminación de la póliza, aun aquellos derivados de secuelas de accidentes o

enfermedades conocidas o diagnosticadas durante la vigencia de la misma.

- 21.- Tratamientos de quiropodista o de pedicuro, incluyendo los relacionados con síntomas de molestias en los pies tales como callos, pie plano, arco débil, plantillas especiales, tratamientos o cirugías por Hallux Valgus o "juanetes" y cualquier tipo de pieza para insertar en los zapatos.
- 22.- Tratamientos o intervenciones en 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.
- 23.- Servicios recibidos en alguna institución del Estado o cualquier otro servicio médico por los cuales no se exija pago alguno al Asegurado Principal o Familiar Asegurado.
- 24.- Transplante de órganos ni sus consecuencias, ya sea que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado participe como donante o receptor del transplante.
- 25.- Tratamientos encaminados a corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje, el lenguaje y déficit atencional. Apnea del Sueño, Síndrome de Fatiga Crónica a consecuencia del Tabaquismo, Alcoholismo, Obesidad o a consecuencia de cualquiera enfermedad excluida en esta póliza.
- 26.- Las hijas registradas como Familiar Asegurado no tienen derecho al Beneficio de Maternidad.
- 27.- Monto en exceso de lo usual, razonable y acostumbrado por concepto de servicios

médicos prestados en la zona donde fueron efectuados.

- 28.- Cualquier servicio o suministro que no estuviere específicamente declarado como un beneficio bajo el presente contrato.

LIMITACIONES:

Esta póliza cubrirá a partir del segundo año de antigüedad del Asegurado Principal o Familiar Asegurado afectado, los gastos resultantes de las siguientes condiciones y/o procedimientos quirúrgicos:

- AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA.
- HERNIA Y EVENTRACIONES CUALESQUIERA QUE SEAN SUS CAUSAS (INCLUYENDO HERNIA HIATAL Y HERNIA DE DISCO INTERVERTEBRAL).
- HISTERECTOMÍA.
- CATARATAS, GLAUCOMA O PTERIGION.
- LAPAROSCOPIA GINECOLÓGICA.
- ENDOMETRIOSIS y/o DOLOR PÉLVICO CRÓNICO.
- INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE VESÍCULA Y VÍAS BILIARES.
- LITOTRIPSIAS DE VÍAS URINARIAS Y DE VÍAS BILIARES.
- SEPTUMPLASTÍA.
- LESIONES PIGMENTARIAS DE LA PIEL CONOCIDAS COMO LUNARES O NEVUS.
- CONDICIONES PREEXISTENTES DECLARADAS, NO EXCLUIDAS PERMANENTEMENTE.

Una vez transcurrido el período de espera de doce (12) meses, esta cobertura estará sujeta a todas las demás condiciones generales establecidas en esta póliza.

CLÁUSULA QUINTA

PAGO DE RECLAMACIONES

1. En caso de hospitalización, en cualquiera de los hospitales reconocidos por las autoridades de Salud de la República de Panamá, la Compañía cancelará la cuenta directamente al Hospital, de acuerdo con los beneficios establecidos en esta póliza. El Asegurado Principal o Familiar Asegurado solamente tendrá que pagar los gastos no cubiertos, así como el coaseguro y co-pago correspondientes, establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

2. Los gastos a los cuales se aplicará el sistema de reembolso son los que surjan de la atención médica recibida ambulatoriamente, los cuales estarán sujetos al co-pago y coaseguro establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.

Para efectuar el reembolso de estos gastos, el Asegurado Principal o Familiar Asegurado deberá enviar a la Compañía la siguiente documentación:

- Formulario de Reclamos de la Compañía debidamente completado y firmado por el Asegurado y por el Médico Tratante.

- Original de todos los comprobantes de pagos respectivos con su debido detalle de gastos.

3. PLAZO PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

Una vez terminada la hospitalización o efectuado el gasto, el Asegurado Principal deberá presentar a la Compañía el Formulario de Reclamación junto con los originales de las cuentas detalladas del hospital y del médico, así como los demás comprobantes relacionados con los gastos ocasionados cubiertos por la póliza. **Se concede un plazo máximo de noventa (90) días después de la salida del hospital o de efectuado cada gasto, para presentar la reclamación. Si el Asegurado Principal o Familiar Asegurado incumpliere este plazo, la Compañía quedará relevada de toda obligación respecto de la reclamación.**

4. PAGO DE RECLAMACIONES

Toda indemnización que la Compañía deba efectuar en virtud del presente contrato, será pagadera al Asegurado Principal, a la persona que él designe o a los herederos legalmente acreditados, **en un plazo no mayor de sesenta (60) días, contados a partir de la fecha en que la Compañía haya recibido a satisfacción toda la información requerida, según el numeral 2 de la Cláusula Quinta.**

5. PÉRDIDA DEL DERECHO DE LOS BENEFICIOS

En caso de que se llegare a comprobar que para la presentación de una reclamación se utilizaron, en cualquier forma, informes médicos, facturas, cuentas o certificados fraudulentos, la Compañía quedará completamente libre de toda obligación y el Asegurado Principal o Familiar Asegurado perderá todo derecho a indemnización. Además, la Compañía queda facultada para rescindir el Contrato.

6. SEGUROS COEXISTENTES

El Asegurado Principal queda obligado a informar a la Compañía, en el momento de presentar la reclamación, los seguros coexistentes, con indicaciones del Asegurado Principal, Familiares Asegurados y de la Suma Asegurada. La inobservancia de esta obligación le acarreará la pérdida del derecho a la prestación asegurada.

Existiendo varios seguros, la indemnización será proporcional a la responsabilidad de cada contrato. En todo caso, el reembolso de beneficios será hecho primero así:

- a) Si el Asegurado es Principal en ambas compañías de seguros, Assa cubrirá el cincuenta por ciento (50%) de los gastos elegibles;
- b) si el Asegurado es Principal en Assa y Dependiente en otra compañía, Assa cubrirá el ochenta por ciento (80%) de los gastos elegibles;
- c) Si el Asegurado es Dependiente en Assa y Principal en otra compañía, Assa cubrirá el veinte por ciento (20%) de los gastos elegibles;
- d) Si el Asegurado es Dependiente en ambas compañías de seguros, Assa cubrirá el cincuenta por ciento (50%) de los gastos elegibles.

En ningún caso, el pago efectuado por la Compañía podrá exceder del límite máximo de responsabilidad de la misma, de acuerdo con los beneficios máximos establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables. El monto total pagado entre ambas compañías no podrá exceder del monto total incurrido por el Asegurado Principal o el Familiar Asegurado.

7. SUBROGACIÓN

Por subrogación se entenderá el derecho de la Compañía de recuperar de cualesquiera fuentes, los pagos hechos en base a la póliza de Salud por lesiones recibidas por el Asegurado Principal o sus Familiares Asegurados, ya sean causadas por terceras personas o mientras la persona asegurada utiliza o maneja vehículos o equipos propios o de terceras personas que tienen cobertura para dichas lesiones.

La Compañía podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipos, o de los Contratantes de éstos. En igual forma lo podrá hacer del Asegurado Principal o sus Familiares Asegurados, si han recuperado ellos los pagos en violación del derecho de subrogación.

DERECHO DE SUBROGACIÓN: La Compañía pagará al Asegurado Principal o a quien éste señale, el beneficio de la póliza sujeto a que el Asegurado Principal y/o sus Familiares Asegurados:

- a) Firmen el finiquito respectivo y subroguen a la Compañía todos y cada uno de los derechos que pudieran corresponderle conforme a esta cláusula;
- b) No hayan tomado o tomen ninguna acción que pueda perjudicar los derechos subrogados; y
- c) Cooperen y asistan a la Compañía en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

8. La Compañía se reserva el derecho de comprobar la ocurrencia de toda lesión, enfermedad o siniestro, y el Asegurado Principal autoriza a la Compañía para solicitar

informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades.

9. SEGUNDA OPINIÓN

El Asegurado Principal o Familiar Asegurado deberá someterse al requisito de Segunda Opinión por parte del Médico o Médicos señalados por la Compañía para las siguientes intervenciones quirúrgicas: SEPTUMPLASTÍAS, CATARATAS, GLAUCOMAS, PTERIGION, CIRUGÍA LÁSER, HERNIORRAFÍAS, HISTERECTOMÍAS, IMPLANTES DE PRÓTESIS ORTOPÉDICAS y LAPAROSCOPIAS. La Compañía pagará el costo de la Segunda Opinión Médica. **El incumplimiento de este requisito causará una reducción del cincuenta por ciento (50%) en todos los Beneficios que, de haber cumplido con este requisito, hubiera podido recibir el Asegurado Principal o Familiar Asegurado por dicha intervención quirúrgica.**

CLÁUSULA SEXTA

DISPOSICIONES PARTICULARES

1. CAMBIOS

Los cambios de plan que desee hacer el Asegurado Principal y que implique mayores coberturas, **sólo podrán solicitarse con treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación anual y éstos se considerarán vigentes cuando la Compañía lo haya informado por escrito al Asegurado Principal. La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar dicha solicitud de cambio.**

2. TARIFAS

La Compañía se reserva el derecho de modificar la tarifa o prima a cobrar por este Seguro. La Compañía deberá avisar al Asegurado Principal sobre dicho cambio en un plazo no menor de treinta (30) días de anticipación.

Queda acordado que las tarifas están establecidas por rangos de edades por lo que las mismas están sujetas a cambios a medida que el Asegurado Principal o Familiar Asegurado avancen de un rango de edad a otro.

3. NACIMIENTOS

Si la Madre cumplió con el período de espera para el Beneficio de Maternidad que establece la Cláusula Tercera, a partir del décimo (10º) día, el recién nacido podrá ser inscrito en la póliza como Familiar Asegurado, mediante la presentación de la Solicitud de Inclusión de

La Compañía se reserva el derecho de solicitar una Segunda Opinión Médica para cualquier otro tipo de procedimiento quirúrgico cuando lo estime necesario.

10. PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

El Asegurado Principal o Familiar Asegurado, antes de someterse a un examen de Resonancia Magnética o a cualquier otro procedimiento especial para diagnóstico que no sea de uso común, tales como CATETERISMO CARDÍACO, MIBI, TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA, AMNIOCENTESIS, entre otros, deberá presentar a la Compañía un informe del médico tratante en el que se detalle el cuadro clínico, la sospecha o diagnóstico inicial y una relación de los exámenes efectuados hasta el momento en concepto de preautorización para tener cobertura de dichos exámenes.

Dependientes que provee la Compañía, y quedará automáticamente sujeto a todas las condiciones generales y particulares de la misma, sin pasar por requisitos de asegurabilidad. Esta solicitud de inclusión deberá presentarse a la Compañía en un plazo máximo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de nacimiento del bebé.

Si la Madre no tiene derecho al Beneficio de Maternidad para el alumbramiento de dicho embarazo, la Compañía se reserva el derecho de exigir las pruebas de asegurabilidad que estime convenientes y en base a ellas dejará constancia de posibles exclusiones, limitaciones o declinación de la Solicitud de Inclusión en esta póliza.

4. MATRIMONIOS

El Asegurado Principal que contraiga matrimonio dentro de la vigencia de la póliza podrá solicitar la inclusión de su cónyuge, si es elegible y mediante presentación de declaración de salud, dentro de los sesenta (60) días siguientes al acontecimiento. La cobertura la confirmará la Compañía por escrito.

5. RETIROS E INCLUSIONES

El retiro de familiares de la póliza tendrá efecto únicamente a partir del mes de Seguro inmediatamente siguiente al aviso correspondiente a la Oficina Principal de la Compañía.

Los familiares que no se incluyan en la póliza desde el momento en que son asegurables sólo podrán hacer la

solicitud de inclusión treinta (30) días anteriores a la fecha de renovación anual de la póliza, y mediante presentación de pruebas de asegurabilidad. Su cobertura y fecha de vigencia serán confirmadas por la Compañía por escrito.

La Compañía se reserva el derecho de exigir las pruebas de asegurabilidad que estime conveniente y en base a ellas dejará constancia de posibles exclusiones, limitaciones o declinaciones al Seguro.

La aceptación o rechazo de la inclusión de nuevos Familiares Asegurados o aumentos de valor, debe ser dada a conocer por escrito por la Compañía al Asegurado Principal a más tardar dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes de presentada la solicitud.

6. RENOVACIÓN

Esta póliza será renovada por períodos anuales y permanecerá vigente siempre que se acredite, mediante recibo oficial de la Compañía, el pago oportuno de las primas, según el sistema de pago que aparece en las Condiciones Particulares de la misma.

7. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

El presente Contrato podrá ser rescindido unilateralmente por cualquiera de las partes. Por la Compañía, mediante nota escrita al Asegurado Principal enviada a su última dirección registrada en los archivos, con no menos de quince (15) días de aviso contados a partir de la fecha de envío; por el Asegurado Principal, en cualquier momento mediante aviso escrito a la Compañía. La Compañía se reserva el derecho a cancelar este contrato por incumplimiento del pago de las primas o por abusos en la utilización de la póliza, o por conducta injustificada del Asegurado Principal que afecte el buen nombre de la Compañía, o por fraudes o estafa.

Cuando se pierde la condición de familiar asegurable, de acuerdo a su definición y edades, o el Asegurado Principal o Familiar Asegurado deja de ser residente permanente en Panamá, los beneficios del presente seguro terminarán automáticamente para la persona que pierda tal calidad o sobrepase los límites de edades señaladas.

La mala fe del Asegurado Principal o de los familiares en reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro, causa la pérdida de tal derecho y conlleva la cancelación de esta póliza.

8. RESCISIÓN DEL CONTRATO

Si la Compañía rescinde el Contrato y en esa fecha alguna de las personas cubiertas en virtud de esta

póliza se encontrase hospitalizada y tal hospitalización fuere cubierta por este Seguro, la Compañía indemnizará los gastos ocasionados por la misma pero sólo por dicho Período de Incapacidad. **No se reconocerá ningún otro beneficio.**

9. DECLARACIÓN INEXACTA U OCULTAMIENTO

El Asegurado Principal está obligado a declarar honestamente los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, según el cuestionario que le sea exigido por la Compañía.

El ocultamiento o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por la Compañía, le hubiesen hecho declinar el Contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad del Seguro.

Aunque la declaración no se haga con sujeción a un cuestionario determinado, el ocultamiento o la inexactitud producen igual efecto si el Asegurado Principal ha encubierto hechos o circunstancias que implique agravación objetiva del riesgo.

10. PRESCRIPCIÓN

La Prescripción de las acciones derivadas de este Contrato y de las disposiciones que lo rigen será la señalada por la Ley.

11. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS

Las partes 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 o aplicación del presente contrato.

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

12. NOTIFICACIÓN

Cualquiera notificación o aviso que desee dar la Compañía al Contratante y/o Asegurado, podrá ser entregada personalmente o enviada por correo certificado a la dirección del Contratante que aparezca en las Condiciones Particulares o a la dirección del Corredor de la póliza.

El aviso así enviado, se entenderá dado desde la fecha de la entrega personal o desde que sea depositado en las oficinas de correo y todo plazo que dependa de dicho aviso, comenzará a contarse desde esa fecha. Todo aviso o comunicación que deba hacer el Contratante y/o Asegurado a la Compañía conforme a esta póliza, deberá constar por escrito y ser entregado personalmente o remitido por correo por el Contratante o por el Corredor por cuyo conducto se haya contratado el seguro.

El Contratante y/o Asegurado, por este medio, autoriza a la Compañía a recibir o acatar cualesquiera instrucciones que reciba con relación a esta póliza por parte del Corredor designado en las Condiciones Particulares, como si hubiesen sido enviadas directamente por el Contratante y/o Asegurado.

13. NORMA SUPLETORIA

En lo no previsto en las presentes Condiciones Generales o Particulares, este Contrato se regirá por las disposiciones legales que rigen la materia.

14. DOMICILIO

Se fija como domicilio de las partes la República de Panamá.

15. MODIFICACIONES

Todas las modificaciones o Endosos a esta póliza deberán ser firmados por un funcionario autorizado de la Compañía.

16. PERIODO DE GRACIA

Se concede un período de gracia de treinta (30) días para el pago de cualquiera prima que no sea la inicial. Durante este período de gracia la póliza permanecerá en vigor. **Una vez vencido dicho período, la póliza caducará automáticamente, efectivo el día que inició este período de gracia.**

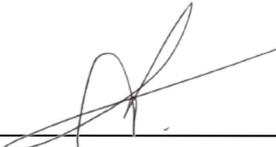
17. REHABILITACIÓN

Esta póliza podrá rehabilitarse bajo las siguientes condiciones:

- a) El Asegurado Principal deberá completar y firmar la Solicitud de Rehabilitación que provee la Compañía;
- b) la Solicitud de Rehabilitación y el pago de las primas atrasadas se reciben en la Compañía en un plazo máximo de noventa (90) días contados a partir de la fecha de caducidad de la póliza;
- c) la Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar dicha Solicitud de Rehabilitación.

En fe de lo cual se firma esta póliza en la República de Panamá.

ASSA Compañía de Seguros, S. A.



Representante Autorizado

68M00030

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS REEMBOLSABLES PÓLIZA DE SALUD PLAN METROBLUE MODULAR INDIVIDUAL/FAMILIAR

Esta Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, junto con las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza, constituyen el Contrato completo de Seguros.

A. BENEFICIOS DE HOSPITAL	OPCIÓN A	OPCIÓN B	OPCIÓN C
- Incluye la habitación diaria, cuidados intensivos, servicios misceláneos de hospital, honorarios del cirujano principal y del anestesiólogo:	90%	80%	70%
- Coaseguro:	10%	20%	30%
- Tratamiento por Quimioterapia y Radioterapia por cáncer, inclusive como ambulatorio:	80%	80%	N/A
	Después de B/.500.00 deducible por año.	Después de B/.1,000.00 deducible por año.	

B. URGENCIAS	OPCIÓN A	OPCIÓN B	OPCIÓN C
- Incluye la atención en el cuarto de urgencias y los honorarios del Médico Especialista:	Máx. B/.300.00 por evento	Máx. B/.200.00 por evento	Máx. B/.100.00 por evento
- Co-pago por atención:	B/.25.00	B/.25.00	B/.25.00

C. URGENCIAS EN EL EXTRANJERO	OPCIÓN A	OPCIÓN B	OPCIÓN C
- Incluye la atención en el cuarto de urgencias y los honorarios del Médico Especialista:	Máx. B/.5,000.00 por evento	Máx. B/.2,500.00 por evento	N/A
- Co-pago por atención:	B/.50.00	B/.50.00	N/A

D. GASTOS AMBULATORIOS	OPCIÓN A	OPCIÓN B	OPCIÓN C
- Consultas Médicas Externas:	Máx. 5 consultas por año	Máx. 3 consultas por año	Máx. 2 consultas por año
- Co-pago:	B/.15.00 por consulta	B/.15.00 por consulta	B/.15.00 por consulta
- Medicamentos, laboratorios, rayos X y otros exámenes de diagnóstico:	Máx. B/.750.00 por año	Máx. B/.500.00 por año	Máx. B/.250.00 por año
- Coaseguro:	10%	20%	30%

E. MATERNIDAD Y BENEFICIOS DEL RECIÉN NACIDO	OPCIÓN A	OPCIÓN B	OPCIÓN C
El término "Embarazo" incluye todos los gastos prenatales, alumbramiento y gastos postnatales:	Cubre el alumbramiento como cualquier otra enfermedad.	CesáreaB/.2,000.00 Parto Normal B/.1,250.00 Pérdida o Aborto Legal B/. 600.00	N/A N/A
	No cubre gastos prenatales ni post-natales.		N/A
- Gastos del Recién Nacido (0-9 días)	B/.2,500.00	B/.1,000.00	N/A

F. BENEFICIO MÁXIMO VITALICIO	OPCIÓN A	OPCIÓN B	OPCIÓN C
- Beneficio Máximo Vitalicio:	B/.1,000,000.00	B/.500,000.00	B/.250,000.00
La Opción A <u>quedará reducida</u> a B/.500,000.00 de Suma Asegurada al cumplir el Asegurado Principal o Familiar Asegurado la edad de sesenta (60) años.			

G. DESEMBOLSO MÁXIMO ANUAL EN CONCEPTO DE COASEGURO	OPCIÓN A	OPCIÓN B	OPCIÓN C
- Desembolso Máximo Anual – Coaseguro:	B/.7,500.00	B/.5,000.00	N/A

Nota: Los módulos y las opciones elegidas por el Asegurado quedan registradas en las Condiciones Particulares de la póliza.