Compañía de Seguros, S.A.

PÓLIZA INDIVIDUAL DE SALUD
ASSACARE
CONDICIONES GENERALES
COBERTURA AMBULATORIA Y HOSPITALARIA

Bases del Contrato

Art.1- – Se emite ésta póliza a causa de la solicitud individual del Asegurado, 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 de la póliza.

La Póliza y sus Endosos y/o Anexos firmados por un Ejecutivo autorizado de la Compañía, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

La Compañía podrá modificar esta Póliza o cualquiera de sus anexos 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. De no aceptar el Asegurado las modificaciones hechas, se aplicaran las disposiciones de la Póliza según se indican en el Art.13.

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 a la Compañía por medio de promesas o representación.

Art. 2 - Inicio de Beneficios
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.

Art. 3 – Si el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Asegurado podrá devolverla solicitando la corrección o anulación de la misma. El Asegurado o su Corredor de Seguros tendrá el plazo de 15 días de recibida la póliza para solicitar la corrección o anulación, en caso contrario, se considerarán aceptadas las condiciones.

DEFINICIONES BÁSICAS

Art. 4 -En este contrato se entiende por:

1. **Accidente:** Toda lesión corporal que pudiera ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por el Asegurado y que provenga directamente de una causa exterior violenta e involuntaria.
2. **Asegurado:** la persona en cuyo favor se presta el Seguro.
3. **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.
4. **Cirugía:** procedimiento quirúrgico que estudia las enfermedades y traumatismos que tienen que tratarse mediante técnicas operatorias, y que incluye el post operatorio.

5. **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 la Tabla de Beneficios.
6. **Complicaciones del embarazo:** condiciones que requieran estancia hospitalaria antes del fin del embarazo y cuyo diagnóstico es distinto del embarazo mismo, pero que son negativamente afectadas o directamente causadas por el embarazo; tales como la nefritis aguda, la nefrosis, la descompensación cardiaca, amenaza de aborto y las condiciones médicas o quirúrgicas de gravedad comparable. Se incluye, el embarazo ectópico, la finalización espontánea del embarazo en un momento en que no es posible un parto viable, la infección puerperal, la eclampsia y la toxemia.
7. **Condición Preexistente:** una condición es preexistente si la enfermedad se manifiesta o es diagnosticada por un médico antes de la fecha de inicio del Seguro o cuando un médico recomendó tratamiento antes de la fecha de Inicio del Seguro.
8. **Co-Pago:** es el pago que le corresponde al asegurado de acuerdo a los beneficios pactados.
9. **Costos Razonables:** 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.
10. **Cuarto Privado:** habitación preparada con una cama y para un solo paciente.
11. **Cuarto Semi Privado:** habitación preparada para dos pacientes con sus respectivas camas.
12. **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.
13. **Deducible:** se refiere al importe de gastos cubiertos que será por cuenta del asegurado y cuyo monto y forma de aplicación se especifica en la Tabla de Beneficios de esta Póliza y debe cubrirse cada año calendario.
14. **Dependiente(s):** Se refiere al cónyuge legítimo y/o hijo(s) soltero(s) que tienen cobertura de seguro bajo el asegurado principal.
15. **Edad:** 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.
16. **Enfermedad:** toda alteración del estado de salud que no sea consecuencia de accidente, dictaminada por un médico legalmente autorizado para la práctica de su actividad, que haga precisa la asistencia facultativa y cuya manifestación se presente durante la vigencia del contrato.
17. **Enfermedades Congénitas, Defectos Congénitos y Defectos Hereditarios:**

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

18. **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, sujetos a los períodos de carencia o espera para ciertas enfermedades establecidas en la presente póliza. Para aquellos Asegurados que ingresen posterior 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.
19. **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 él o los diagnósticos reportados, y se enmarquen dentro de los costos razonables.
20. **Gastos No Cubiertos:** son aquellos gastos en exceso de la cantidad usual que se debe reconocer por un servicio o tratamiento médico. Adicionalmente se consideran Gastos No Cubiertos, todos aquellos

procedimientos, servicios o tratamientos médicos que resultan a consecuencia directa o indirecta de las exclusiones detalladas en el Art. 17 de la presente Condiciones Generales.

21. **Hospital:** Institución con licencia que opera de acuerdo a la ley; tiene 24 horas de servicios con enfermeras graduadas; tiene un cuerpo médico de uno o más médicos; provee servicios terapéuticos y de diagnóstico para pacientes hospitalizados por lesiones o enfermedad, provee facilidades para cirugía mayor o tiene un convenio formal con otra institución para servicios quirúrgicos; y debe proveer sus cuidados y tratamientos por remuneración.
22. **Máximo Vitalici**o: es el límite máximo de indemnización que se otorga a cada asegurado, a consecuencia de una o varias enfermedades o accidentes cubiertos por la Póliza durante la vigencia de la misma.
23. **Médico:** Se refiere al profesional idóneo legalmente autorizado en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios médicos o quirúrgicos.
24. **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.
25. **Paciente Interno:** definición que se le da al paciente una vez admitido en el hospital formalmente.
26. **Póliza:** es el documento que contiene las Condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: La Solicitud de Inscripción, 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.
27. **Prima:** es el precio que la Compañía establece por la cobertura otorgada.
28. **Pruebas de asegurabilidad:** comprenden los requisitos que la Compañía estime necesario para evaluar el riesgo, a los que deberá someterse el Asegurado al momento de solicitar el seguro. Las condiciones preexistentes no declaradas impiden a la Compañía 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. La Compañía 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 la Compañía requiera para la evaluación del riesgo deberá ser asumido por el propuesto asegurado.
29. **Solicitud de Inscripción:** 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.
30. **Traumas por Accidente:** dos o más traumas a consecuencia de un accidente.
31. Urgencia y/o Emergencia Médica: toda situación clínica que pone en peligro la salud, la integridad o la vida del individuo y que requiere atención médica inmediata.

DECLARACION FALSA

Art.5- Esta Póliza será nula y el Asegurado carecerá de todo derecho de indemnización bajo la misma si hubiese cualquier declaración falsa o inexacta hecha a la Compañía, en cualquier tiempo, relativa a la salud de los asegurados inscritos, o si hubiese omisión, reticencia o simulación de circunstancias que, aún cuando hayan sido hechas de buena fe, de haber sido conocidas por la Compañía, pudieran haberla retraído de celebrar este Contrato de Seguro o resolverlo, o haberla llevado a modificar sus condiciones, o a formarse un concepto diferente de la gravedad del riesgo.

AVISO Y COMUNICACIONES-DOMICILIO

Art.6- Los avisos y comunicaciones que, con relación a la presente Póliza intercambien las partes contratantes, deberán ser formulados por escrito y dirigidos al domicilio señalado por las partes. Para estos efectos la Compañía señala como domicilio el indicado en la carátula de la Póliza, y el Asegurado, el lugar de la República de Panamá indicado en la Solicitud de Seguro y a través del Corredor de Seguros.

Esta Póliza ha sido extendida teniendo en cuenta que los asegurados y sus dependientes inscritos residan en la República de Panamá. En caso de que alguno de los asegurados cambiara de país de residencia, o

se estableciera por un tiempo mayor de tres (3) meses en otro país, la cobertura quedará automáticamente nula una vez transcurrido dicho plazo, procediéndose a la devolución de la prima correspondiente.

PERSONAS Y LÍMITE DE EDAD ASEGURABLES

Art.7- El término Titular, como se emplea en esta Póliza, se refiere a cualquier persona hábil para contratar, siempre y cuando sea mayor de edad y que no haya cumplido los **sesenta y cinco (65) años** de edad.

El término dependiente, como se emplea en esta Póliza se refiere al cónyuge, conviviente, entendiéndose como tal, a la persona que mantiene una relación de hecho de acuerdo a las Condiciones que establece el Código Civil Panameño, o compañero(a) del titular, que no haya cumplido sesenta y cinco (65) años de edad**,** y a los hijos solteros, reconocidos o legalmente adoptados, desde el 10mo. día de nacidos, siempre y cuando, hayan presentado pruebas de asegurabilidad dentro de los 30 primeros días a partir de su fecha de nacimiento, hasta los dieciocho años de edad, siempre que sean económicamente dependientes del Titular, pudiendo permanecer hasta el cumplimiento de los veinticinco (25) años de edad (inclusive), cuando se acredite que son estudiantes a tiempo completo de una Universidad o Colegio reconocido por el Ministerio de Educación, siempre y cuando el mismo no esté realizando ningún trabajo u ocupación remunerada.
Se requerirá para incluir bajo la cobertura de Seguro de familiares dependientes, presentar solicitud por escrito así como las pruebas de asegurabilidad y requisitos médicos tales como examen médico, urinálisis y/o cualquier otra prueba médica adicional que sea necesaria para la correcta evaluación del riesgo y cuanta información pueda ser requerida por la Compañía por dicho seguro. Tal seguro entra en vigor en la fecha que designe la Compañía, siempre y cuando las pruebas de asegurabilidad hayan sido presentadas, evaluadas y aprobadas por la ésta.

Para incluir a un nuevo hijo(a) se requiere presentar el formulario de inscripción a más tardar dentro de los primeros (30) días a partir de la fecha de su nacimiento y su efectividad será a partir del décimo (10) día de nacido. Si pasados los 30 días no se ha recibido el formulario de inscripción se requerirá la presentación de pruebas de asegurabilidad.

Elegibilidad y cobertura especial para recién nacidos; sujeto a que la póliza se encuentre vigente al momento del alumbramiento, a las limitaciones y excepciones de ésta póliza y a que la madre esté cubierta bajo el beneficio de maternidad, el(los) hijo(s) recién nacido del asegurado principal estarán sujetos automáticamente a una cobertura especial bajo esta póliza durante los primeros 9 días de nacido, con un límite máximo de responsabilidad de la Compañía indicado en la tabla de beneficios, por gastos incurridos por reclusión hospitalaria y honorarios médicos. Durante este período el asegurado principal deberá solicitar la inscripción del hijo(a) recién nacido como asegurado bajo esta póliza, en cuyo caso quedarán inscritos automáticamente como tales a partir de los 10 días de nacido.

CONDICIONES LIMITADAS

Art.8- Las siguientes intervenciones quirúrgicas, siempre y cuando las enfermedades no hayan sido preexistentes al inicio del seguro, tendrán cobertura luego de un período de espera de 12 meses:

a) Hernias (todo tipo)
b) Litotripcia Extra Corpórea o Cirugía por Litiasis Vesicular y Renal
c) Cirugía de Próstata
d) Cirugía por Fibromas en el Útero
e) Cirugía por Extracción de Quiste en Ovario y Anexos
f) Histerectomía

g) Cirugías Ginecológicas por Laparoscopia
h) Cirugía por Dolor Pélvico y/o por Endometriosis
i) Cirugía por Adenoides y Amigdalectomía
j) Cirugía ocular salvo aquellas que resulten de un accidente
k) Septumplastía
l) Varicocelectomía
m) Lesiones pigmentarias de la piel
n) Artroscopias
o) Hemorroides

PROCEDIMIENTOS SUJETOS A PRE-AUTORIZACION Y SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA

Art.9. Se requiere la pre-autorización de cualquier admisión como paciente interno, cirugía ambulatoria, procedimientos quirúrgicos, exámenes de diagnósticos complejos, tales como resonancia magnética, tomografía axial computarizada, cateterismo cardíaco, centelleos, MIBI, entre otros exámenes especiales cuyo costo sea superior al costo según se indica en la Tabla de Beneficios. El Asegurado deberá obtener pre-autorización por escrito en los formularios elaborados y proporcionados por la Compañía para ese fin (no se necesitará pre-autorización cuando un procedimiento quirúrgico se realice en caso de urgencia). El internamiento no podrá excederse de los días autorizados, sin antes pedir extensión de cobertura a la Compañía Aseguradora. El trámite de pre-autorización permitirá al Asegurado conocer de antemano cuanto le cubrirá su póliza por el procedimiento quirúrgico a realizarse. Todo el procedimiento anterior aplicará a cirugías programadas tanto en Panamá como en el extranjero. El no cumplir con este requisito causará la reducción en todos los beneficios que, de haber cumplido, hubiera podido recibir el Asegurado. Esta reducción se indicará en la Tabla de Beneficios.

A la vez la Compañía puede enviar a un Médico a verificar la hospitalización y a informarse del tratamiento médico que se le brinda al asegurado.

VIGENCIA, TÉRMINO Y RENOVACION DE LA POLIZA

Art.10- 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, la Compañía 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.

FORMA DE PAGAR LAS PRIMAS

Art.11- El Asegurado pagará las primas por adelantado a la Compañía. Las primas se pueden pagar en forma anual, semestral, trimestral o mensualmente.

PERIODO DE GRACIA PARA PRIMAS

Art.12- Si el Asegurado no le notifica por escrito a la Compañía que esta Póliza ha de terminarse, se concederá un período de gracia de treinta y un (31) días, para cumplir con el pago de toda prima después de la primera, y la póliza continuará en vigor durante dicho período. Si la prima no es pagada durante este período de gracia se procederá conforme lo dispuesto en la Sección 3, Artículos 156 y 161 de la Ley No. 12 del 3 de abril del 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 conste en el expediente de esta.

El aviso de cancelación de la póliza por incumplimiento de pago de la prima deberá enviarse al contratante por escrito, con una anticipación de quince días hábiles. Si el aviso no es enviado, el contrato seguirá vigente y se aplicará lo que al respecto dispone el artículo 998 del Código de Comercio. "

TERMINACION DE LA COBERTURA

Art.13-La Póliza terminará automáticamente cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

a) **Cuando la Compañía descubre que las declaraciones contenidas en la Solicitud del Contrato son falsas o incompletas, a tal extremo que, de haberlas conocido, la Compañía habría rechazado o restringido el seguro.**
b) **Aviso por escrito del Asegurado a la Compañía 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 según el Art. 12.**
d) **La Compañía puede terminar la Póliza, en cualquier tiempo, mediante notificación escrita al Asegurado por lo menos con treinta y un días (31) de anticipación, si en la fecha de tal aviso alguna de las personas cubiertas bajo esta Póliza se encontrase hospitalizada, la Compañía indemnizará los gastos ocasionados por la misma hasta la fecha en que dicho Asegurado sea dado de alta del hospital o hasta un máximo de 60 días, lo que ocurra primero.**

e) Por cambio de residencia según lo indicado en el Art. No. 6 de la presente póliza.

Los dependientes dejarán de estar asegurados en el momento en que el Titular pierda su condición de asegurado, por exclusión o fallecimiento.

Ningún reembolso será reconocido bajo la presente Póliza, por gastos incurridos después de la terminación del seguro.

REHABILITACION

Art.14- El Asegurado podrá solicitar la rehabilitación de su seguro, mediante la presentación de una solicitud de rehabilitación 30 días después de cancelada la póliza. Las estipulaciones contractuales comenzarán a regir a partir de la fecha de rehabilitación. La Compañía no se hará responsable de ninguna reclamación que se haya incurrido mientras la póliza estuvo cancelada.

La Compañía se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud de rehabilitación. El número máximo permitido para rehabilitaciones será de dos (2).

BENEFICIO MÁXIMO VITALICIO POR PERSONA

Art.15- La Compañía indemnizará hasta el Beneficio Máximo estipulado en la Tabla de Beneficios de la presente Póliza, los gastos por accidente o enfermedad que requieran tratamiento médico hospitalario o cirugía ambulatoria. En ningún caso la suma de los gastos parciales podrá exceder la suma asegurada máxima a indemnizar.

El Máximo Vitalicio por persona se reducirá a la cantidad estipulada en la Tabla de Beneficios, al cumplimiento de los 65 años del asegurado principal y/o su conyugue dependiente.

BENEFICIOS Y GASTOS CUBIERTOS

Art.16- El término "Gastos Cubiertos" que se emplea en esta Póliza, se refiere a los desembolsos en que incurra El Asegurado debido a una enfermedad o accidente, cuando éstos no estén considerados como "Exclusiones o Gastos No Cubiertos", y siempre que se originen por la práctica médica reconocida. Los honorarios por tratamientos médicos o quirúrgicos, anestesiología, procedimientos, diagnósticos, exámenes auxiliares y en general todo honorario profesional, será reembolsado dentro de los límites y porcentajes establecidos en la Tabla de Beneficios sujeto a los costos usuales, razonables y acostumbrados del área geográfica en que se incurran los gastos y a las estipulaciones del presente contrato.

A) Beneficio Hospitalario

La Compañía reconocerá los cargos elegibles dentro del hospital de acuerdo con el porcentaje y los límites establecidos en la Tabla de Beneficios Máximo Reembolsables de los tratamientos médicos hospitalarios hasta el Beneficio Máximo Vitalicio de la Póliza.

Bajo este rubro y hasta los límites que establece la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables, se cubren todos los gastos relacionados con el tratamiento del accidente o enfermedad, que se requieran durante una hospitalización tales como:

- Habitación diaria, alimentación en un Hospital o Clínica legalmente establecidos hasta el máximo que establece la Tabla de Beneficios Máximos Reembolsables.
- Sala de Operaciones, Sala de Recuperación, Unidad de Cuidados Intensivos y de Cuidados Intermedios y otros gastos necesarios.
- Medicinas, oxígeno, anestésicos y en general todo insumo necesario para el tratamiento del asegurado.

- Honorarios Profesionales por intervención quirúrgica, tratamientos médicos, anestesiología y en general todo Honorario Médico con su debida justificación y que no debe ser del primer y segundo grado de consanguinidad del asegurado.
- Gastos por atención suministrada por enfermeras tituladas**,** que no sea cónyuge, hijo(a), hermano(a), el padre o madre del individuo o de su cónyuge y que no vivan en la misma casa de habitación que el paciente. Se exceptúan las enfermeras especiales o privadas para el cuidado del asegurado.
- Gastos por tratamiento suministrados por un radiólogo o un fisioterapeuta y por exámenes de laboratorio hechos para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente.
- Gastos por el suministro de lo indicado a continuación, hecho por cualquier otra persona o establecimiento:
  sangre o plasma, siempre que la misma no haya sido donada por un familiar de primer grado de consanguinidad, miembros y ojos artificiales, yesos, tablilla, braguero, muletas, alquiler de silla de ruedas o cama especial de hospital, alquiler de pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria, Drogas o medicinas recetadas por un médico y que sean suministrados por un farmacéutico autorizado para ello, alquiler de tanques de oxigeno, equipos de succión, bombas para administración de venoclisis.

B) Beneficio de Urgencia y/o Emergencia:
Emergencia Accidental Ambulatoria: En este caso, todos los gastos efectuados en forma ambulatoria a consecuencia de un accidente, se cubren íntegramente sin aplicación del deducible, ni co-aseguro, y hasta los límites establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos reembolsables, siempre y cuando el tratamiento médico se realice dentro de las 48 horas inmediatas al suceso, de no ser así la cobertura será la misma que cualquier otro tratamiento ambulatorio no considerado de urgencia. La continuación del tratamiento luego de pasadas las 48 horas, se cubrirá de acuerdo a los beneficios indicados en la tabla de beneficios. En el caso de dos o más traumas, la cobertura se considera como una Enfermedad Catastrófica y su reembolso cambia al 80% después de deducible.

Emergencia por Enfermedad Ambulatoria: Todo caso con condición médica o quirúrgica aguda, de aparición inesperada, súbita, que ponga en riesgo la vida o el bienestar físico del individuo, afectando cualquiera de sus funciones vitales. Las siguientes condiciones se considerarán urgencias:

- Fracturas y Luxaciones
- Quemaduras
- Dislocaciones
- Heridas y laceraciones
- Hemorragias
- Accidentes físicos y traumáticos
- Envenenamientos
- Embolias pulmonares
- Dolor Torácico
- Asma bronquial y dificultad respiratoria aguda
- Vómito o diarreas severas
- Dolor Abdominal Agudo
- Intoxicación
- Convulsiones
- Reacciones febriles continuas
- Pérdida del conocimiento
- Infarto del miocardio

- Episodios neurológicos agudos
- Cólico renal y hepático
- Parafimosis o retención prepucial aguda
- Reacciones alérgicas agudas
- Retención aguda de orina
- Cuerpo extraño en ojos, nariz, cavidades naturales

Los gastos por servicios médicos u hospitalarios de urgencia para tratamiento de accidente o de enfermedades críticas detalladas cuando no se utilice los proveedores designados en la Red, serán reembolsados de acuerdo con los precios pactados con los proveedores de la Red de Proveedores. Para el tratamiento de condiciones distintas a las críticas detalladas, se cubrirá de acuerdo a lo estipulado en la Tabla de Beneficios.

C) Beneficio de Maternidad
La Póliza ofrece la cobertura de gastos por embarazo, según la Tabla de Beneficios. La cobertura es un privilegio único de la Asegurada Principal o Cónyuge asegurada, siempre y cuando el embarazo se inicie después del tiempo negociado e indicado en los términos de la Solicitud del Asegurado, tomando como inicio del embarazo, la fecha de la última menstruación~~,~~ de ser necesario se solicitará constancia del médico.

Bajo el beneficio de maternidad se ofrece cobertura por gastos ambulatorios de acuerdo a los beneficios negociados y establecidos en la Tabla de Beneficios. Entiéndase por gastos prenatales las: consultas, laboratorios, exámenes de ultrasonido, medicamentos, vitaminas o cualquier otro gasto ambulatorio relacionado con el embarazo.

D) Servicios de Ambulancia:
- Gastos por transporte terrestre dentro del territorio nacional, para la debida atención médica, hacia y desde el Hospital o cuarto de urgencia, hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.
- Gastos por transportación aérea (local e internacional) hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

E) Cobertura Ambulatoria: honorarios por consultas médicas, servicios y suministros de drogas y medicinas que requieran receta por un médico, anestésicos y su equipo de administración, Rayos X y servicios de laboratorio para diagnóstico (médicamente ordenados), serán reembolsados de acuerdo con Los límites y porcentajes indicados en la Tabla de Beneficios.

F) Exámenes especiales: Serán reembolsados de acuerdo con los límites y porcentajes indicados en la Tabla de Beneficios.

G) Gastos por tratamiento suministrados por un radiólogo o un fisioterapeuta y por exámenes de laboratorio para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente.

H) Cargos razonables y acostumbrados por aplicación de anestesia suministrada por un médico anestesiólogo.

I) La extracción de las terceras molares impactadas, de acuerdo a los beneficios indicados en la Tabla de Beneficios.

J) Gastos por Desórdenes Mentales y Nerviosos (Psiquiatría) hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.

K) Gastos Especiales preventivos de acuerdo a los máximos indicados en la Tabla de Beneficios.

L) Se cubrirán los gastos por o relacionados con los siguientes tratamientos o procedimientos bajo la sección de gastos médico mayor de acuerdo con el co aseguro y deducibles indicados en la Tabla de Beneficios:

- Hemodinámica
- Enfermedades Neurológicas o neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cardiovasculares
- Cirugía cardíaca y angioplastia
- Transplante de Órganos
- Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)
- Traumas mayores por Accidente (politraumatismo), incluye rehabilitación
- Cuidado Crítico Neonatal, Bebé Prematuro, Enfermedades Congénitas
- Tratamiento del cáncer, incluye Radioterapia y Quimioterapia
- Insuficiencia renal crónica (diálisis)
- Hospitalizaciones mayores de 10 días

N) Todas las cirugías o procedimientos quirúrgicos se cancelaran con base a los costos razonables y acostumbrados establecidos por la compañía aseguradora.

O) Honorarios por visita médica dentro del Hospital.

EXCLUSIONES O GASTOS NO CUBIERTOS

Art.17- Ninguna indemnización será pagadera, si la intervención Quirúrgica o Procedimiento practicado al Asegurado, resulta a consecuencia directa o indirecta de:

1. **Enfermedades preexistentes: Cualquier lesión o enfermedad por la cual el Asegurado haya consultado a un médico, haya recibido tratamiento o haya sido aconsejado por un médico a recibir tratamiento antes de la fecha de inicio del seguro del presente contrato.**
2. **Enfermedades o defectos congénitos, hereditarios o lesiones de cualquier naturaleza adquiridos al nacer (excepto si se indica en la tabla de beneficios).**
3. **Todos los gastos de embarazo de hijas inscritas en la póliza como dependientes.**
4. **Abortos provocados criminalmente o la terminación electiva del embarazo.**
5. **Gastos que se deban a tratamiento por Fecundación in Vitro, servicios médicos o quirúrgicos prestados en virtud de no poder concebir por medios naturales, así como cualquier procedimiento de índole semejante.**
6. **Tratamientos por impotencia sexual, frigidez o cambio de sexo, disfunción o insuficiencia sexual.**
7. **Tratamientos con fines de esterilización masculina (vasectomía) o femenina (salpingectomía, ligadura o extirpación de trompas), ni su restitución funcional (excepto si se indica en la tabla de beneficios).**
8. **Drogas, inyecciones, tratamientos o aparatos anticonceptivos para el control de la natalidad.**
9. **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, aún las cometidas en estado de enajenación mental o inconsciencia, que ocasione que se incurra en gastos médicos o quirúrgicos.**

10. **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.**
11. **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 tiene cobertura las terapias, tratamientos médicos y/o hospitalizaciones experimentales, incluyendo la acupuntura, medicina alternativa, medicina homeopática, tratamientos del dolor o de fisiología. (excepto si se indica en la tabla de beneficios).**
12. **No se cubren suplementos alimenticios, vitaminas y medicamentos que no estén aprobados por el Ministerio de Salud, o que no tengan registro en la República de Panamá.**
13. **Exámenes médicos de Control de la Salud, rutinarios, chequeos preventivos o anuales, que no estén relacionados para un tratamiento de una enfermedad (excepto si se indicada en la tabla de beneficios).**
14. **Tratamientos ambulatorios odontológicos por enfermedades periodontales y sus complicaciones, síndrome temporomandibular, trastornos de la mordida o trastornos del desarrollo mandibular o maxilar, desórdenes cráneo mandibulares, unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura, los implantes dentales, la restitución de prótesis dentales completas o incompletas, fijas o removibles, a menos que sean a consecuencia directa de un accidente presentado a la Compañía en un período no mayor de 90 días después de ocurrido el accidente. No se considera accidente las fracturas dentales causadas por la ingestión de alimentos.**
15. **Consultas, tratamientos, cirugías hospitalarias o ambulatorias, complicaciones relacionadas por obesidad, por trastorno del comer, por control de peso, por control dietético, por reducción gástrica, por cirugía bariátrica.**
16. **Gastos por cuidado de enfermeras especiales, recargos de anestesiólogos y honorarios por asistencia quirúrgica o cirujano de relevo (este último sujeto a evaluación y aprobación de la Compañía de Seguros).**
17. **Servicios proporcionados por médicos y enfermeras tituladas que sean parientes del asegurado hasta el segundo grado de consanguinidad y afinidad o por cualquier otro que conviva con la persona cubierta.**
18. **No se reembolsarán gastos médicos por los cuales al asegurado no se le haya exigido pago alguno. Que el hospital o centro pertenezca o sea manejado por el gobierno ya sea estatal, provincial municipal o cualquier subdivisión política o en instituciones de caridad o beneficencia.**
19. **No serán cubiertos productos farmacéuticos tales como: vitaminas, minerales, drogas, jeringas, instrumentos o utensilios, suplementos proteicos, aminoácidos, tónicos y otros similares, suministrados como coadyuvantes o de apoyo, así como también alimentos y sustitutos de alimentos, vacunas específicas o inespecíficas, autovacunas. Sedantes, ansiolíticos, psicotrópicos, antidepresivos y similares, administrados como coadyuvantes o tratamiento de fondo. (Excepto si se indica en la tabla de beneficios).**
20. **Quedan excluidos los procedimientos relacionados con la extracción de órganos de donantes, lo mismo que el costo de dichos órganos y las pruebas que se hagan a dichos donantes ya sea que se encuentre asegurado o no bajo la Compañía Aseguradora.**
21. **Cualquier cirugía, servicio o suministro que no sea médicamente necesario para el tratamiento de cualquier enfermedad.**
22. **Hospitalización que tenga por objeto el diagnóstico de un padecimiento, salvo aquellos casos en los cuales el procedimiento no pueda realizarse ambulatoriamente por su naturaleza.**
23. **Cirugía Plástica, Estética o con fines de embellecimiento, rejuvenecimiento a excepción de los casos necesarios, como consecuencia de un accidente (presentando a la compañía de seguros en un período no mayor de 90 días después de ocurrido el accidente).**

24. **Reducción o agrandamiento de las mamas, sin importar el diagnóstico, excepto aquellas reconstructivas a consecuencia de Cáncer de Seno.**
25. **Lesión corporal accidental por prácticas y/o carreras de automovilismo, motociclismo, carreras de caballo, escalando una montaña, paracaidismo, andinismo, deportes de invierno, pesca o actividades submarina, esquí acuáticos, saltos desde puentes o lugares elevados, aviación (excepto como pasajero en una línea aérea de vuelos regulares), toreo, boxeo u otro deporte notoriamente peligroso.**
26. **Cualquier gastos por apnea del sueño, síndrome de fatiga crónica, alopecia, calvicie, por cosmetología en general, cámara hiperbárica (sujeto a evaluación de la Cía. de Seguros), escleroterapia, quiropraxia, Cápsula endoscópica (solo si es en caso de sangrado digestivo de causa oscura que permanezca sin diagnóstico después de realizar endoscopía gástrica, colonoscopía y centelleo con critocitos marcados), hormona de crecimiento, tabaquismo (excepto si se indica en la tabla de beneficios).**
27. **Cirugía de refracción de córnea o queratotomía radial, queratoplastia, queratomileusis y Excímer Láser por miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia. Exámenes rutinarios de la vista y el oído, servicios optométricos, gastos relacionados al diagnóstico, tratamiento o cirugía por refracción de la visión, la compra de lentes regulares o intraoculares y de aparatos para mejorar la audición así como sus pruebas de ajuste (excepto si se indica en la tabla de beneficios).**
28. **Cualquier gasto por cargos incurridos por mantenimiento de signos vitales con respiradores o cualquier otro tipo de instrumentos especializados (sistemas de mantenimiento de vida) donde los demás sistemas del cuerpo están en estado letal y se use este mecanismo únicamente para mantenimiento de signos vitales.**
29. **Tratamientos de podiatra, quiropodista incluyendo los relacionados con callos y callosidades, uñas enterrada, pie plano, arco débil, plantillas especiales, cirugías por hallux valgus o "juanetes (excepto en menores de 12 años) y cualquier tipo de pieza para insertar en los zapatos. Tampoco tiene cobertura los corset, medias para várices o para tratamiento médico de ningún tipo.**
30. **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 inhaloterapia, contra reembolso de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados según se indique en la Tabla de Beneficios.**
31. **Enfermedades contagiosas que requieran asilamiento o cuarentena y sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemias.**
32. **Monto en exceso de lo usual, razonable y acostumbrado en concepto de servicios médicos prestados en la zona donde fueron efectuados y por cualquier otro servicio o asistencia médica por los que el individuo Asegurado no tiene que pagar.**
33. **Cargos hechos al asegurado por faltar a una cita programada.**
34. **Cualquier servicio o suministro que no estuviese específicamente declarado como un beneficio bajo el presente contrato.**

GENERALIDADES

PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESENTACION DE LOS RECLAMOS

Art.18- Una vez finalizado el tratamiento por una enfermedad o accidente, o efectuado algún gasto cubierto por esta Póliza, el Asegurado deberá presentar a la Compañía, la solicitud para el reembolso de los beneficios a que tenga derecho y para lo cual, la Compañía suministrará los formularios necesarios (Formulario de Reclamos), a los que el Asegurado deberá adjuntar todos los comprobantes originales, debidamente cancelados, de las cuentas pagadas, así como la siguiente documentación:

- Facturas o comprobantes de pago con clara y detallada indicación de los bienes y servicios recibidos, de acuerdo con los requisitos establecidos por la ley.
- Las facturas por medicamentos deberán estar acompañadas de la receta médica con su respectivo diagnóstico médico.
- Los análisis de laboratorio, radiología deben incluir orden del Médico y diagnóstico médicos.
- Acompañar el formulario de Reclamos debidamente completado por el asegurado y el Médico tratante.
- Los recibos y facturas por Honorarios Médicos profesionales, por laboratorios, medicamentos y otros, deberán emitirse a nombre del paciente, deben ser originales, sin tachones, borrones, ni alteraciones.
- Las recibos y facturas deben contar con el No. de R.U.C., su dígito verificador y numeración continua. Todos los formularios deben contener el Sello con el No. de Registro del Médico, la firma del Médico y su Especialidad.

El plazo máximo para la presentación del formulario de reclamos, de los comprobantes de pago y de la documentación sustentatoria, posterior al término de la vigencia de la Póliza será de 60 días.

Una vez la Compañía reciba toda la documentación del reclamo en forma satisfactoria, se procederá al pago del mismo en un plazo no mayor de 30 días hábiles.

En caso que el Asegurado falleciera estando el seguro en vigor, dejando cuentas reembolsables por esta Póliza, por servicios Médicos u Hospitalarios, la Compañía en primera instancia pagará las indemnizaciones directamente al Médico, Hospital, o a los herederos legales del asegurado en caso de existir cuentas pendientes por reembolsar al Asegurado antes de su fallecimiento. Si las cuentas pendientes hubieran sido satisfechas por un tercero, la Compañía reembolsará a la persona que hubiera satisfecho la deuda, previa comprobación de su derecho a la indemnización, a menos que de mutuo acuerdo, la Compañía y el Asegurado consideren preferible hacerlo de otra forma.
Cualquier documentación que se remita a la Compañía y que no incluya toda la información citada, no será considerada como una declaración de siniestro válidamente realizada. La Compañía notificará al Asegurado la información adicional que requiera.

El Asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del Médico Tratante y deberá dar a la Compañía toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.

INVESTIGACION DE RECLAMOS

Art.19- La Compañía podrá revisar al Asegurado por medio de médicos idóneos designados por ésta, durante el internamiento de aquel en una clínica, hospital, o en su domicilio particular; o citarlo al consultorio de dichos facultativos 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.
Si el asegurado no se sometiese a los reconocimientos antes mencionados, perderá su derecho a la indemnización correspondiente.

RECLAMACION FRAUDULENTA

Art.20- La Compañía, 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.

SEGUROS COEXISTENTES

Art.21- El Asegurado queda obligado a informar a la Compañía, en el momento de presentar la reclamación, los seguros coexistentes, indicando la suma asegurada y el tipo de seguro. De existir varios seguros, la indemnización será proporcional a la responsabilidad de cada contrato. Sin pretender que entre ambas Compañías asuman un gasto mayor al presentado, o sin pretender lucrar del 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.

SUBROGACION

Art.22- La Compañía al indemnizar uno o más beneficios cubiertos por esta Póliza, se subroga a el Asegurado en todos sus derechos y acciones para obtener de terceros responsables de lesiones o enfermedades ocasionadas, el importe de los beneficios pagados por la Compañía.

ARBITRAJE

Art.23- 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 el punto No. 23 del Art. No. 4 de las presente condiciones generales y dirimirán la cuestión en forma amigable. Su fallo será definitivo e inapelable.

JURISDICCIÓN

Art.24- Los litigios que se susciten y que no sean arreglados según lo dispuesto en el Artículo anterior, serán sometidos exclusivamente a la Jurisdicción de los Tribunales de la Ciudad de Panamá, con renuncia a cualquier otro fuero.

PRESCRIPCIÓN

Art.25- Cumplido el plazo de un año de la fecha de ocurrencia de un siniestro, la Compañía, 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.

Este modelo de póliza ha sido aprobado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para ser comercializado entre el público consumidor mediante Resolución No. 0332 del 05-09-2012.

ASSA Compañía de Seguros, S.A.

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

Compañía de Seguros

ASSACARE

TABLA DE COBERTURAS INTERNACIONAL

TABLA DE BENEFFICIOS - SALUD INDIVIDUAL	COBERTURA INTERNACIONAL
BENEFICIOS SIN APLICACIÓN DE CO-PAGO	
Honorarios médicos por Cirugía y Anestesia (Casos Pre autorizados)	100%
Asistentes quirúrgico (Solo casos especiales pre-autorizados)	100%
Visitas Médicas en el Hospital	100%
Urgencias por Accidente	100%
Ambulancia Terrestre	Hasta $150 al 100%
Ambulancia Aérea Local	Hasta $1,000 al 100%
COBERTURAS POR RECLUSION HOSPITALARIA CUBIERTAS AL 100% DESPUES DE SATISFACER EL COPAGO INDICADO	
Cuarto y Alimentación Diario, Cuidados Intensivos, Gastos Hospital	**Privado**
Co-pago diario hasta los primeros 10 días de (luego al 80% después del deducible)	$75
Cirugías Ambulatorias	Co-pago de $100
COBERTURAS DE PACIENTE EXTERNO CUBIERTAS AL 100% DESPUES DE SATISFACER	
Visitas Médicas Externas (General y Especialista)	$15
Laboratorios y Rayos X	35%
Estudios Especializados (mayores de $150.00 costo por estudio)	35%
Control de Niño Sano (Hasta los 6 años)	$15
Vacunas para Bebé Sano según cuadro Ministerio de Salud	40%
Urgencias por Enfermedad Detallada	$25
BENEFICIO DE MATERNIDAD – APLICAN CO-PAGOS ARRIBA INDICADOS SEGÚN BENEFICIOS	
Beneficio máximo hasta	$5,000
Incluye 9 consultas prenatales, 3 ultrasonidos, 2 monitoreos fetales, laboratorios, vitaminas y medicamentos, gastos del recién nacido sano y complicaciones.	
Aplica para todo asegurado principal independientemente del status y para el cónyuge después de 12 meses de período de espera para el inicio de la maternidad.	
BEBE PREMATURO, CUIDADO CRITICO NEONATAL Y CONDICIONES CONGENITAS DEL RECIEN NACIDO	
Solo para niños cuyo nacimiento esté amparado por los términos de la póliza y se hayan cubierto los gastos de maternidad de la madre.	
Hasta un máximo de	Hasta $40.000
Co-Aseguro (aplica después del deducible)	80%-20%

BENEFICIO COMPRENSIVO MEDICO MAYOR	
Beneficio Máximo por Persona Hasta cumplir 75 años De 75 años en adelante se reduce la suma asegurada al 50%	 **$100,000** $50,000
SIDA (15% del máximo vitalicio)	15% del máximo vitalicio
Deducible por Año Calendario Latinoamérica (Máximo 3 por familia)	$500
Deducible por Año Calendario Otras Regiones	$2,500
Co-aseguro para Gastos de Hospital y Honorarios Médicos Razonables y Acostumbrados en el área y para casos en el extranjero: Casos Pre-autorizados Casos No-Pre autorizados	 80%-20% 60%-40%
Stop Loss para Cargos de Hospital y Honorarios Médicos (Desembolso máximo anual por el asegurado en coaseguro del 20%) - Panamá y Latinoamérica - Otras Regiones	 $5,000 $10,000
Medicinas Recetadas	80%-20%
Urgencias por Enfermedad No Detallada	Máx. $1,000 por evento al 80% después deducible
Beneficio de Desórdenes Mentales y Nerviosos (Psiquiatría) (Incluye consultas, tratamiento, hospitalización)	Máximo Vitalicio de $25,000
Botas Ortopédicas	2 pares por año al 80% después de deducible
Inyecciones y Fisioterapias	80%-20%
Tratamiento de acupuntura (casos pre autorizados)	80%-20%
Extracción de Terceras Molares Impactadas (No aplica deducible)	Máx. $125 al 80%
Aparato de inhaloterapia para asma	80% hasta máximo $100
COBERTURA INTERNACIONAL	
Cuarto y Alimentación en Estados Unidos y lugares con costos afines (Al 80% después de deducible) – Máximo por día.	$300
Cuidados Intensivos en Estados Unidos y lugares con costos afines (Al 80% después de deducible) – Máximo 10 días	$700
Ambulancia Aérea Internacional (Al 80% después de deducible)	$10,000

MEDICINA PREVENTIVA (ASEGURADO PRINCIPAL Y CONYUGE)	
Un (1) Papanicolau de control Anual (Incluye visita de control de acuerdo a copago)	Co-pago 35%
Una (1) Mamografía de Control Anual (Asegurados de 40 años en adelante)	Co-pago 35%
Un (1) PSA de control Anual (Asegurados de 40 años en adelante)	Co-pago 35%
Salpingectomía	$500 al 80% después de deducible
Vasectomía	$500 al 80% después de deducible