

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
SEGURO DE SALUD
SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES Y/O INTERVENCIONES QUIRURGICAS
CONDICIONES GENERALES

ACUERDO DE SEGURO

Mediante esta Póliza y en consideración del pago, o de la garantía de pago, de la Prima estipulada dentro del período convenido y fundándose en la veracidad y exactitud de las Declaraciones del Asegurado, o de quien por él contrate este seguro, cuales Declaraciones forman parte integrante de esta Póliza - ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S. A. (denominada en adelante “la Compañía”) conviene con el Contratante nombrado en las Condiciones Particulares (denominado en adelante “el Contratante” y/o “el Asegurado” en la medida que la figura de Contratante y Asegurado concurren en la misma persona) en celebrar un Contrato de Seguro, sujeto a los términos, condiciones, límites de responsabilidad y demás estipulaciones contenidos en la Póliza o adheridos a ella mediante Endoso con el fin de trasladar el(los) riesgo(s) del(los) Asegurado(s) nombrado(s) en las Condiciones Particulares (denominado en adelante “el Asegurado”) a la Compañía. El derecho a gozar de las prestaciones que se puedan suministrar mediante esta Póliza depende del correcto cumplimiento de parte del Asegurado con todos dichos términos, condiciones y demás estipulaciones. En la medida que la figura de Contratante y Asegurado no concurren en la misma persona, será obligación del Contratante cumplir, o hacer que el Asegurado cumpla, con las obligaciones que la ley y/o el presente Contrato de Seguro atribuya al Asegurado.

CLAUSULA I – DEFINICIONES

ADMINISTRADOR DEL ASEGURADO: Es la persona natural o jurídica designada por el Asegurado en la Solicitud de Seguro a quien la Compañía hará entrega del pago de la Suma Asegurada estipulada en las Condiciones Particulares de esta Póliza cuando el Asegurado aún esté en vida y, a criterio de la Compañía, el Asegurado no esté en condiciones de recibir el pago. Una vez que la Compañía haya hecho el pago al Administrador del Asegurado, se entenderá para todos los efectos legales como si el mismo hubiere sido hecho en la persona del Asegurado.

ASEGURADO: Es la persona natural sobre quien recae el riesgo que se ha cedido a una Aseguradora, por medio de la celebración de un Contrato de Seguro.

ASEGURADORA / COMPAÑÍA DE SEGUROS: Persona jurídica constituida o inscrita de acuerdo con las Leyes de la República de Panamá y autorizada por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros, que tenga por objeto operaciones de seguros y/o de fianzas. Para efectos de este contrato, denominada indistintamente “la Compañía” o “la Aseguradora”.

AUTORIDAD COMPETENTE: Cualquier entidad, pública o privada, con competencia reconocida, a nivel local o internacional, que conoce de la materia o caso en particular, atendiendo la competencia asignada o conferida.

BENEFICIO(S): El término "Beneficio" significa las sumas pagaderas por la Compañía de acuerdo a las condiciones del presente Contrato.

CANCELACIÓN: Es la terminación de los efectos de la Póliza o de una Cobertura.

CERTIFICADO DE SEGURO: Documento expedido por la Compañía que contiene información mínima acerca del Número de Póliza Colectiva, Número de Registro del Producto en la Superintendencia, Vigencia de la Póliza, Monto Asegurado, y Monto de la Prima.

COBERTURA(S) BÁSICA(S): Se refiere a lo(s) Beneficio(s) mínimo(s) que la Compañía ofrece con la adquisición de la Póliza.

COBERTURA(S) ADICIONAL(ES) / COBERTURA(S) OPCIONAL(ES): Se refiere a lo(s) Beneficio(s) adicional(es) a la(s) mínimo(s) que la Compañía ofrece con la adquisición de la Póliza, previo el pago de la prima adicional por parte del Contratante.

CONDICIONES ESPECIALES: Es el conjunto de cláusulas que son incluidas por la Aseguradora en las Condiciones Generales, o mediante Endoso, por razones de orden técnico de la Póliza o para modificar alguna circunstancia contenida en las Condiciones Generales o en

cualquier parte del Contrato de Seguro. Se incluyen dentro de las Condiciones Especiales cualquier garantía específica que solicite la Aseguradora al Contratante o Asegurado(s) a fin de aceptar el aseguramiento de los riesgos objeto del Contrato de Seguro.

CONDICIONES GENERALES: Es el conjunto de cláusulas que recoge, de manera general, los términos, condiciones y principios básicos que regulan los contratos de seguro, como son los derechos, obligaciones, coberturas, limitaciones y exclusiones que adquieren o a las que se someten las partes contratantes.

CONDICIONES PARTICULARES: Es el conjunto de cláusulas que particularizan un Contrato de Seguro, según aspectos relativos al riesgo individualizado que se asegura, datos del Contratante, Asegurado, Dirección(es), Deducibles, Límite de Responsabilidad, Suma Asegurada, Vigencia de la Póliza, Primas, y demás características.

CONDICIÓN PREEXISTENTE: Es aquella enfermedad, embarazo, condición física o mental del Asegurado, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de la Póliza, que es conocida por el Asegurado, que ha sido diagnosticada por un médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por el Asegurado o por terceros.

CONDUCTO DE PAGO / METODO DE PAGO: Los pagos se deben realizar en la Dirección de la Compañía; sin embargo, el Contratante, por su cuenta y riesgo, podrá optar, para su facilidad, realizar el(los) pago(s) mediante vías alternas como transferencia bancaria, deducción automática a tarjeta de crédito, descuento directo a la cuenta de ahorro y/o cuenta corriente o cualquier otro método que el Contratante expresamente solicite y sea aceptado por la Compañía, según se muestra en las Condiciones Particulares. Sin embargo, el método o forma seleccionado por el Contratante no le exime de su responsabilidad de que el(los) pago(s) llegue(n) a la Dirección de la Compañía.

CONSENTIMIENTO: Es el acuerdo de voluntades que existe entre el Contratante y la Compañía determinado en el Contrato de Seguro.

CONTRATANTE: Es la persona natural o jurídica con la cual la Aseguradora realiza el proceso de comercialización que culmina en la celebración de un Contrato de Seguro. Es al que corresponden las obligaciones que se deriven del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado. Es la persona natural o jurídica que tiene la responsabilidad contractual de cumplir con el pago de la Prima aun cuando la haya delegado administrativamente en otra persona.

CONTRATO DE SEGURO / PÓLIZA DE SEGURO / PÓLIZA: Es el contrato mediante el cual la Aseguradora se obliga a aceptar, a cambio del pago por parte del Contratante de la Prima y del cumplimiento por parte de éste de las obligaciones que según el contrato le competen, la transferencia de riesgos asegurables, y se obliga contractualmente, ante el acaecimiento de un riesgo, a indemnizar con relación a la(s) Cobertura(s) por las pérdidas económicas sufridas o a compensar un capital, una renta y otras prestaciones convenidas. El Contrato de Seguro se constituye por escrito en la Póliza de Seguro compuesta por las Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Condiciones Generales, y las Declaraciones del Asegurado contenidas preferentemente en la Solicitud de Seguro. El Contrato de Seguro podrá contener Coberturas contra riesgos sobre sí mismo, o sobre otras personas, o sobre objetos o patrimonios, propios o de Terceras Personas que serán objeto del Contrato de Seguro.

CONTRATO DE ADHESIÓN: Aquel cuyas cláusulas han sido redactadas por la Aseguradora sin la participación del Contratante, pero con la aprobación de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros. En los contratos de seguro de adhesión, se considerarán nulas las estipulaciones que impliquen renuncia o disminución de un derecho reconocido en la Ley de Seguros y las normas que la desarrollan.

DECLARACIONES DEL ASEGURADO: Manifestación del Asegurado, o tutores en caso de Asegurados menores de edad, mediante la cual se comunica a la Aseguradora la situación que constituyen la base para la aceptación de un riesgo en particular (ver Cláusula IV - Disposiciones Generales - "NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO").

DÍA DE COBRO: Día en el que el Asegurado debe realizar el pago de la Prima en la Dirección de la Compañía de Seguros según la frecuencia y monto establecidos en las Condiciones Particulares.

DIRECCIÓN: Se refiere a la dirección de la Compañía, Contratante, Asegurado e Intermediario de Seguros establecida en las Condiciones Particulares que será utilizada para el envío de las notificaciones que por cualquier concepto deban hacerse las partes. Se incluye dentro del término Dirección, el domicilio físico empresarial o residencial, el apartado postal y/o la dirección de correo electrónico que aparezca en las Condiciones Particulares.

DONANTE: Persona de la cual se ha obtenido uno o varios órganos, tejidos o células para ser trasplantados en un Asegurado de esta Póliza.

DROGA(S): Sustancia(s) que alteran el funcionamiento del sistema nervioso central consumidas bajo prescripción/receta médica o a libre voluntad. Éstas se clasifican en drogas depresoras (alcohol, heroína, morfina, metadona, etc.), estimulantes (mayores tales como la cocaína o las anfetaminas; y menores como la nicotina o las xantinas); y perturbadoras (LSD, las drogas de síntesis, alucinógenos).

ELEGIBLE: Es la condición que hace a una persona apta para ser Asegurado por esta Póliza, por reunir las características que se encuentran detalladas en la Cláusula de “ELEGIBILIDAD”.

ENDOSO: Documento escrito que modifica parte de las Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Condiciones Generales, ya sea que se emitan coetáneamente o con posterioridad a la emisión de la Póliza, ya sea por solicitud del Contratante o como garantía o requerimiento de la Compañía para la aceptación del contrato. El(los) Endoso(s) se redactará(n) mediante documento(s) separado(s) y constituye(n) parte integral del Contrato de Seguro.

ENFERMEDAD: La alteración de la salud de una persona, la cual afecta los funcionamientos normales del cuerpo humano y se manifiesta a través de signos y síntomas, así como a través de los resultados anormales de los exámenes médicos que permiten llegar a un diagnóstico.

ENFERMEDAD(ES) GRAVE(S): Se refiere de forma particular a las Enfermedades objeto de la cobertura en la forma en que se definen dentro del presente Contrato de Seguro.

PADECIMIENTOS, ENFERMEDADES CONGÉNITAS O HEREDITARIOS: Alteración del estado de la salud fisiológica y/o morfológica en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el periodo de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento o después del nacimiento, o bien posteriormente a varios años.

EXCLUSIÓN(ES): Condición(es) o evento(s) por el(los) cual(es) la Compañía de Seguros no será responsable aun cuando el evento sea considerado fortuito, accidental o imprevisto. En este(os) caso(s), la Compañía no estará obligada a pagar indemnizaciones.

EXPEDIENTE CLÍNICO: Conjunto de documentos de valor médico legal, que contiene los datos, valoración, historial clínico e información de cualquier índole sobre la evolución clínica de un paciente, así como documentos relativos al proceso asistencial de cada enfermo, identificando a los Médicos y demás profesionales asistenciales que han intervenido en el mismo, procurando la máxima integración posible de la documentación.

FECHA EFECTIVA: Corresponde al día en que inicia la cobertura de esta Póliza para el Asegurado; sin embargo, para la validez del Contrato de Seguro es necesario que el Contratante haya efectuado el pago de la Prima o el primer pago fraccionado conforme a la Forma de Pago establecida en las Condiciones Particulares.

FORMA DE PAGO / FRECUENCIA DE PAGO / PERIODICIDAD DE PAGO / PLAZO DE PAGO: Frecuencia con el que el Contratante se obliga a realizar los pagos de la Prima en la Dirección de la Compañía, según se muestra en las Condiciones Particulares.

FORTUITO: Acontecimiento inesperado que no haya podido ser previsto, como un naufragio, un terremoto, una conflagración y otros de igual o parecida índole.

HORA OFICIAL / HORA CONTRACTUAL: Hora del día en la cual inicia y expira la Vigencia de la Póliza según se muestra en las Condiciones Particulares.

INTERÉS ASEGURABLE: Es el objeto del Contrato de Seguro y constituye la relación económica, amenazada en su integridad por uno o varios riesgos, en que una persona se halla consigo misma o con otra persona, o derechos tomados en sentido general o particular.

INTERMEDIARIO DE SEGUROS: Son los agentes de seguros, las sociedades agencias de seguros (en adelante “Agente de Seguros”); las sociedades corredoras o productoras de seguros, los corredores o productores de seguros (en adelante “Corredor de Seguros”), y las Empresas del Canal Alternativo de Comercialización. Es el mediador en la contratación del seguro entre el Contratante o Asegurado y la Compañía. El Corredor de Seguros es el representante del Contratante en la celebración del Contrato de Seguros (ver Cláusula IV - Disposiciones Generales - “INTERMEDIARIOS DE SEGUROS - EFECTOS Y RESPONSABILIDADES”).

LESIÓN: Daño infringido al cuerpo humano por una causa externa.

LÍMITE DE RESPONSABILIDAD: Es la cantidad máxima que pagará la Compañía en concepto de una Cobertura o Beneficio particular según se muestra en las Condiciones Particulares. Cualquier Límite de Responsabilidad que no se encuentre definido dentro de alguna Cobertura o Beneficio se entenderá como un Límite de Responsabilidad dentro de la Cobertura Básica.

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

1. Que sean apropiados al diagnóstico, al tratamiento de la Enfermedad
2. Que sean congruentes con las normas de prácticas médicas o profesionales aceptadas;

- Que no sean primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su médico u otro proveedor;
3. Que sea el nivel de servicio o suministro más apropiado que pueda ser proporcionado con el menor riesgo posible para el Asegurado; y que, en el caso de la atención a un paciente internado, no pueda administrarse a paciente externo sin incurrir en riesgo.

MÉDICOS: El término “Médico” significa la persona que ha obtenido un título universitario para ejercer la profesión en la República de Panamá y/o en el país donde se preste el servicio médico, que ha sido legalmente autorizada y se le ha otorgado la idoneidad en el área donde ejerce la práctica de su profesión, para prestar servicios médicos y/o quirúrgicos. Para trabajar como médico idóneo en la República de Panamá se requiere cumplir los requisitos del Consejo Técnico de Salud que dentro del Ministerio de Salud o la Autoridad Competente del país, es el ente encargado de aprobar la revalidación de los títulos profesionales, de la vigilancia de los procesos de formación, regulación, evaluación y vigilancia de la práctica de los profesionales y técnicos que laboran en el sector salud.

PERÍODO DE ESPERA: Es el tiempo que debe transcurrir de vigencias continuas de la Póliza, para que se puedan cubrir las Enfermedades Graves y/o Intervenciones Quirúrgicas.

PERIODO DE GRACIA: Plazo durante el cual, aunque la Compañía no haya recibido el(los) pago(s) de la(s) prima(s) acordada(s), con excepción del primer pago o pago único convenido, surten efecto las coberturas de la Póliza en caso de Siniestro. Tiene como justificación no sólo facilitar al Contratante el pago de las primas, sino, fundamentalmente, evitar las situaciones de injusticia que se producirían cuando un Contratante y/o Asegurado no hubiese podido cumplir con su obligación de pago de primas en la Dirección de la Compañía por causas imputables a retrasos o deficiencias administrativas de la Compañía o Intermediario de Seguros.

PERÍODO DE SOBREVIVENCIA: Corresponde al tiempo que, en caso de Siniestro, debe permanecer con vida el Asegurado para que la Compañía indemnice el Siniestro.

PRIMA: Es el precio del seguro o contraprestación que el Contratante paga a la Compañía por la transferencia de los riesgos Objeto del Seguro.

PRIMA DEVENGADA: Porción de la Prima que la Compañía tiene derecho a ganar durante la Vigencia de la Póliza.

PÚBLICO CONSUMIDOR: Se refiere a personas naturales o jurídicas quienes se adhieren a los Contratos de Seguro con cláusulas redactadas por la Aseguradora, con lo cual se limitan a aceptar o rechazar el contrato en su integridad. Dentro del “Público Consumidor” no se incluyen a las personas que negocian el contenido y cláusulas del Contrato de Seguro.

RECEPTOR: Persona que recibe uno o más órganos, tejidos o células donados por un humano.

RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: La renovación contendrá los términos y condiciones que las partes acuerden para el nuevo período de vigencia. En la Cláusula IV – Disposiciones Generales – “RENOVACION” se expresa si el Contrato de Seguro corresponde a un caso de renovación, o si el Contrato de Seguro corresponde a un caso en donde la renovación no es una obligación contractual de la Compañía ni tampoco del Contratante o Asegurado.

RESPONSABLE DE PAGO: Lo es el Contratante o la persona natural o jurídica en la cual el Contratante ha delegado de forma contractual o administrativa la función de pagar las primas, sin que esto constituya un cambio en la obligación contractual que tiene el Contratante de pagar las primas a la Compañía en la Dirección de ésta. **El pago de la Prima por parte de una persona distinta al Contratante está sujeto a la autorización de la Compañía; por tanto, la Compañía, en cualquier momento podrá rechazar que el pago de la Prima sea efectuado por una persona distinta al Contratante.**

SECCIÓN(ES): Conjunto de Coberturas que son aplicables a una persona dentro de una misma Suma Asegurada.

SEGUNDA OPINIÓN: Es un requisito por parte del Médico(s) señalado(s) por la Compañía cuando éste o éstos lo estimen necesario.

SINIESTRO: Constituye una lesión, enfermedad o condición médica o intervención quirúrgica amparada bajo alguna de las Coberturas de la Póliza.

SOLICITUD DE SEGURO / SOLICITUD DE CONTRATO DE SEGURO: Formulario o Cuestionario que recoge Declaraciones del Contratante y/o Asegurado que contiene información mínima para efectuar la evaluación del riesgo y eventual expedición de la Póliza o Cobertura. La Solicitud de Seguro no limita la responsabilidad del Contratante o Asegurado de declarar cualquier Lesión, Enfermedad, padecimiento o incapacidad que sean de su conocimiento y que no sean expresamente solicitados en el Formulario o Cuestionario.

SUBROGACIÓN: Son (i) los derechos que corresponden al Asegurado afectado contra los autores responsables del Siniestro que, en razón del Siniestro, se transfieren a la Compañía hasta el monto de la indemnización pagada; y (ii) los derechos que corresponden a la Compañía con motivo de recuperar de cualesquiera fuente, los pagos hechos basándonos en la Póliza de Salud por lesiones recibidas por el Asegurado ya sea 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.

SUMA ASEGURADA: Es el valor económico que declara el Asegurado o Contratante en el formulario, cuestionario o Solicitud de Seguro sobre su persona o sus bienes, y que es determinante para que la Compañía establezca la Prima o haga una indemnización en caso de Siniestro. Corresponde a la suma máxima que pagará la Compañía en concepto de Siniestro(s) durante la Vigencia de la Póliza.

TERRORISMO: Se entenderá terrorismo como todo acto, incluyendo, pero no limitado al empleo de fuerza o violencia y/o intento de ello, de cualquier persona o grupo(s) de personas, si actúa sola o de parte de o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), comprometido para propósitos políticos, religiosos, ideológicos, o similares propósitos, incluyendo la intención de influir en cualquier gobierno y/o poner al público, o cualquier sector del público, bajo temor (NMA 2921).

TRASPLANTE DE ÓRGANOS: Procedimiento en el que un órgano, tejido o las células de un Donante humano son implantados en un receptor humano. En el caso de los auto trasplantes, el mismo individuo funciona como Donante y como Receptor.

VARIABLES FINANCIERAS: Son aquellos componentes o características de la Póliza que podrán cambiarse o modificarse a la Renovación de la Póliza tales como Prima, Límite de Responsabilidad, Suma Asegurada y Coberturas de la Póliza.

VENCIMIENTO DE LA POLIZA: Es la fecha en que se da por terminado el Contrato de Seguro.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA: Es el período durante el cual la Compañía se compromete, mediante el pago de una Prima, a cubrir un bien o una persona según se detalla en las Condiciones Particulares.

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) / SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA): El Sida consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos.

CLAUSULA II – OBJETO, COBERTURAS Y EXCLUSIONES

SECCION UNICA – ENFERMEDADES GRAVES Y/O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

OBJETO DEL SEGURO DE LA SECCION UNICA

La Póliza de Seguro de Enfermedades Graves y/o Intervenciones Quirúrgicas corresponde al Ramo de Personas dentro del Seguro de Salud Individual. En términos generales se trata de una Póliza de seguro de riesgos nombrados cuyo fin es indemnizar al Asegurado con la ocurrencia del Siniestro dentro de la Vigencia de la Póliza. El Siniestro se constituye con: (i) el diagnóstico de alguna de las Enfermedades Graves nombradas en la Póliza; o (ii) la necesidad, confirmada mediante Segunda Opinión de un Médico Especialista, de someter al Asegurado a alguna Intervención Quirúrgica nombrada en la Póliza. En cualquier caso, la indemnización estará sujeta a la aprobación del Médico o Médicos de la Compañía, al Período de Espera, Período de Supervivencia, definiciones, limitaciones, exclusiones y demás términos y condiciones de la Póliza.

BASES DE ASEGURAMIENTO

La Suma Asegurada ha sido contratada por el Contratante y/o Asegurado en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Dicha Suma Asegurada representa la base para establecer el Límite de Responsabilidad máximo de la Compañía.

La responsabilidad de la Compañía en ningún momento será superior a la Suma Asegurada y/o Límite de Responsabilidad de la Póliza.

BASES DE INDEMNIZACIÓN

La Compañía en ningún momento será responsable por una suma superior a la Suma Asegurada y/o Límite de Responsabilidad de la Póliza. El pago se realizará de acuerdo a lo contenido en la Cláusula IV - Disposiciones Generales - "AJUSTE Y LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS".

COBERTURA(S) BASICA(S)

En consideración del pago de la Prima estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Contratante y/o Asegurado y la Compañía con la celebración del presente Contrato de Seguro, se adquiere(n) la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Básica(s) y Beneficio(s) según se detalla(n) en las Condiciones Particulares:

La Compañía pagará la Suma Asegurada, hasta el Límite de Responsabilidad indicado en las Condiciones Particulares para esta Cobertura, si se comprueba fehacientemente que el Asegurado es objeto de Siniestro con motivo de alguna y solo una de las Enfermedades Graves o Intervenciones Quirúrgicas de las que se listan a continuación y no habiendo acumulación de indemnizaciones aunque haya correlación entre las mismas, menos cualquiera suma que se adeude a la Compañía, siempre y cuando el mismo cumpla con el Período de Espera, en aquellas Enfermedades Graves o Intervenciones Quirúrgicas que aplique, Período de Sobrevivencia, definiciones, limitaciones, exclusiones y demás términos y condiciones de la Póliza.

Para todos los efectos de la presente Póliza, aplicará el siguiente alcance y definiciones para las Enfermedades Graves o Intervenciones Quirúrgicas cubiertas bajo esta Póliza:

- a) **Cáncer:** Diagnóstico de un tumor maligno caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolados de estas células con invasión y destrucción del tejido normal. Se incluye a la leucemia.

El diagnóstico clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmado por un estudio histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Para la confirmación del diagnóstico, en todos los casos será requisito indispensable la presentación de un Informe histopatológico por escrito elaborado por un histopatólogo u oncólogo calificados.

El cáncer incluye y no está limitado a los siguientes tipos:

- A la leucemia
- Al linfoma maligno
- A la Enfermedad de Hodgkin
- A las enfermedades malignas de la médula ósea
- Al cáncer metastásico de piel.
- Al melanoma maligno

Exclusiones:

- Carcinoma “in situ”, displasia cervicouterino, NCI-1, NCI-2, NCI-3, así como todas las lesiones premalignas y cánceres no invasivos.
- Cáncer incipiente de próstata clasificado en TNM como T1 (incluyendo T1a y T1b) o sus equivalentes en otras clasificaciones.
- Melanomas de la piel con grosor de Breslow menor de 1.5 milímetros o menor de nivel 3 de Clark
- Hiperqueratosis, cánceres de piel de células basales y escamosas
- Leucemia linfática crónica
- Todos los tumores en presencia de infección por VIH/SIDA

Período de Espera: Se deberá cumplir con un Período de Espera de noventa (90) días que se registrará de conformidad con lo establecido en la Cláusula IV - Disposiciones Generales - “PERIODO DE ESPERA”.

- b) **Infarto del Miocardio:** Se define como la muerte de una porción del músculo cardíaco como consecuencia de una inadecuada irrigación sanguínea hacia una zona relevante. El diagnóstico debe estar basado en todas las siguientes situaciones:

- Un historial del típico dolor de pecho, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.
- Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma ECG.
- Aumento de las enzimas cardíacas por sobre los valores normales.
- Estudio del músculo cardíaco con radioisótopos.

Exclusiones:

- El infarto subendocárdico
- La angina de pecho
- El infarto “No Q”
- Los microinfartos con únicamente elevación mínima de las troponinas T o I

Período de Espera: No aplica.

- c) **Derrame e Infarto Cerebral:** Se define como la enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intra-craneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extra-craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y se deberá registrar un déficit neurológico irreversible.

Exclusiones:

Se excluye de esta cobertura las causas traumáticas accidentales, los episodios de Isquemia Cerebral Transitoria (TIA) y los hallazgos incidentales en estudios rutinarios de imágenes cerebrales.

Tiene que quedar comprobada una deficiencia neurológica significativa, de una duración de por lo menos veintiocho (28) días.

Período de Espera: No aplica.

- d) **Cirugía Arterio coronaria (By Pass – 3 o más arterias):** Es la que requiera la cirugía a corazón abierto de tres (3) o más arterias coronarias con el fin de corregir el estrechamiento o bloqueo significativo (más del 50% de la luz del vaso), por medio de una revascularización (by-pass), ya sea con puentes arteriales o venosos, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.

El Asegurado deberá obtener aprobación expresa de la Compañía por adelantado, tanto para el procedimiento como para la facilidad donde se realizará la Cirugía Arterio coronaria (By Pass – 3 o más arterias).

La Cirugía Arterio coronaria (By Pass – 3 o más arterias) se cubrirá únicamente cuando sea prestada en instalaciones capacitadas y reconocidas para intervenciones quirúrgicas. Este beneficio debe ser aprobado con anticipación por la Compañía, quien puede solicitar una Segunda Opinión médica, una vez que un médico ha determinado y documentado la necesidad de la Cirugía. La Cirugía Arterio coronaria (By Pass – 3 o más arterias) debe ser Médicamente Necesaria.

La Compañía de Seguros certificará que el Asegurado es candidato para realizarse la Cirugía Arterio coronaria (By Pass – 3 o más arterias); entonces se procederá con la indemnización después de realizarse la intervención quirúrgica.

Se excluye la angioplastia de globo y otras técnicas mediante catéteres que no requieran cirugía.

Período de Espera: no aplica.

- e) **Trasplante de Órganos Mayores:** La realización actual de un Trasplante de Órganos en que el Asegurado participa como Receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, riñón, pulmón, hígado, médula ósea o páncreas total como consecuencia de su deterioro funcional severo, por otro órgano similar obtenido de un donador.

El trasplante debe tener una indicación médica, y ésta deberá estar basada en la historia de enfermedad con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como en la documentación hospitalaria del trasplante efectuado.

De haber la necesidad de intervenir quirúrgicamente por más de un Trasplante de Órganos mayores solo se indemnizarán el Límite de Responsabilidad de la Póliza.

El Asegurado deberá obtener aprobación expresa de la Compañía por adelantado, tanto para el procedimiento como para la facilidad donde el trasplante será realizado.

Los Trasplantes de Órganos se cubrirán únicamente cuando sean prestados en instalaciones capacitadas y reconocidas para intervenciones quirúrgicas de Trasplante de Órganos. Este beneficio debe ser aprobado con anticipación por la Compañía, quien puede solicitar una Segunda Opinión médica, una vez que un médico ha determinado y documentado la necesidad de trasplantar un órgano o tejido humano. El Trasplante de Órganos Mayores debe ser Médicamente Necesario.

La Compañía de Seguros certificará que el Asegurado es candidato para realizarse un Trasplante de Órganos; entonces se procederá con la indemnización después de realizarse la intervención quirúrgica y luego de haber pasado el Periodo de Supervivencia.

Se excluye el trasplante de islotes de Langerhans.

No se indemnizará al Asegurado si es intervenido quirúrgicamente en un procedimiento de Trasplante de Órganos en calidad de Donante.

Período de Espera: Se deberá cumplir con un Período de Espera de noventa (90) días que se registrará de conformidad con lo establecido en la Cláusula IV - Disposiciones Generales - "PERIODO DE ESPERA".

- f) **Esclerosis Múltiple:** Se define como la enfermedad cuyo diagnóstico inequívoco fue realizado por un neurólogo calificado y se confirma al menos anomalías neurológicas moderadas y persistentes, consistentes con el deterioro de la función, pero que no necesariamente llevan al Asegurado a una silla de ruedas en forma permanente.

Esta Enfermedad se caracteriza por zonas de tejidos endurecidos del cerebro o de la médula espinal que se manifiestan por parálisis parcial o completa, parestesia, y/o neuritis óptica. Y su evolución se caracteriza por episodios de exacerbación y remisión.

El diagnóstico se fundamenta en el historial, en los exámenes físicos y en el análisis del líquido cerebro-espinal; para efectos de esta definición, un episodio anterior o un episodio único de Esclerosis Múltiple no será considerado como una Esclerosis Múltiple. **En ningún caso la Compañía pagará este beneficio si el primer episodio ocurrió antes de la Fecha Efectiva de la Póliza.**

Período de Espera: No aplica.

CLAUSULA III – EXCLUSIONES GENERALES

Ningún pago se hará efectivo bajo este beneficio si la Enfermedad Grave o Intervención Quirúrgica en cuestión ha sido causada directa o indirectamente por:

1. Cualquier enfermedad y/o intervención quirúrgica que no se encuentre expresamente nombrada en la(s) Cobertura(s) Básica(s).
2. Guerra declarada o no, hostilidades armadas, guerra civil, invasión, revolución, rebelión, insurrección, cualquier acción bélica, guerrilla, terrorismo; y todas las situaciones similares a las anteriormente descritas y las acciones dirigidas a evitarlas o contenerlas.
3. Los siniestros ocurridos a consecuencia de la liberación súbita de energía atómica o nuclear, así como por radiación nuclear o contaminación radioactiva (controlada o no).
4. La comisión o intento de comisión, por parte del Asegurado, de asalto, asesinato, atentado, delito, infracción o cualquiera otra violación o intento de violación de la ley o resistencia al arresto.
5. Participación del Asegurado en motines, riñas o huelgas.
6. Intento de suicidio o auto lesión intencional por parte del Asegurado.
7. Adicción o abuso de Drogas, ya sean depresoras, estimulantes y/o perturbadoras.
8. Enfermedades en conexión o en presencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA).
9. No se cubren bajo circunstancia alguna: Angioplastia y cualquier otra intervención que no sea el puente coronario, valvulotomías, recambios valvulares o cualquier otra cirugía cardíaca.
10. Enfermedades y/o intervenciones quirúrgicas por una Condición Preexistente o que tengan relación con una Condición Preexistente.
11. Padecimientos congénitos.
12. Cualquier enfermedad o secuela producto de accidente.

13. Ningún pago se hará efectivo bajo este beneficio si el siniestro ocurre, o los primeros síntomas objeto del siniestro se presentan antes de transcurrido el Período de Espera de noventa (90) días calendario contados a partir de la Fecha Efectiva de este Contrato.
14. Ningún pago se hará efectivo si el Asegurado no cumple con el Período de Supervivencia de veintiocho (28) días calendario contados a partir de la fecha del Siniestro.
15. Cualquier Enfermedad Grave o Intervención Quirúrgica no mencionada dentro de la Póliza.

CLAUSULA IV - DISPOSICIONES GENERALES

1. PRELACIÓN ENTRE LAS DISTINTAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA

La interpretación de la Póliza de seguro respecto de su condicionado debe seguir el siguiente orden de prelación: Las Condiciones Especiales tendrán prelación sobre Condiciones Particulares; las Condiciones Particulares tendrán prelación sobre las Condiciones Generales.

2. ACCESO A LA INFORMACION

Esta Póliza, así como sus documentos, Formularios, Solicitud de Seguro correspondiente, los Endosos o Designación(es) de Beneficiario(s) (si los hubiere), cualesquiera Cobertura(s) Adicional(es) o Suplementarios que hayan sido solicitados y adheridos como parte de ella, y la Aceptación del Asegurado - Contratante constituyen el Contrato de Seguro completo.

Por lo cual, se entiende que desde el momento en que el Contratante y/o Asegurado, o su Representante solicitan a la Compañía una oferta comercial ya sea completando una Solicitud de Seguro, Formulario, Cuestionario o documento que incluya Declaraciones del Asegurado para que la Compañía efectúe la evaluación del riesgo y eventual expedición de la Póliza, el Contratante y/o Asegurado o su Representante autorizan a la Compañía a tener acceso, usar, compartir, manejar, tratar y/o custodiar los datos personales para los propósitos y alcances específicos relacionados con su actividad comercial y servicios financieros, incluyendo la de seguros y reaseguros producto de la gestión, negociación y/o contratación de las Pólizas de Seguros, incluyendo acceso a su Expediente Clínico en cualquier ubicación, historial de tránsito, historial de crédito y utilice sus datos personales para validar la veracidad de sus declaraciones, su estado de salud y cualquier otro tipo de información que la Compañía requiera en virtud del presente Contrato de Seguro.

La información obtenida quedará tutelada de conformidad con lo establecido en la Cláusula IV – Disposiciones Generales - “CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN”, por lo que no podrá ser compartida con terceros no autorizados, en concordancia con la Ley de Seguros No. 12 de 3 de abril de 2012 y la Ley de Protección de Datos Personales No. 81 del 26 de marzo de 2019 vigentes en la República de Panamá.

3. PERIODO DE GRACIA

No aplica por tratarse de un Contrato de Seguro de vigencia mensual.

4. ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS Y EFECTOS DEL PAGO DE LA PRIMA

Sobre el pago de las primas se hace constar que el Contratante y la Compañía han acordado que el pago de la Prima, el primer pago fraccionado, y/o los pagos fraccionados subsiguientes serán pagados en el Día de Cobro, Forma de Pago, y en los montos indicados en las Condiciones Particulares.

Las primas deberán ser pagadas en la Dirección de la Compañía. El hecho que la Compañía permita, en una o varias ocasiones, que el pago de las primas se realice en un sitio distinto a la Dirección de la Compañía, mediante descuento directo a “TCR” (Tarjeta de Crédito), “ACH” (Automated Clearing House), o cualquier Conducto de Pago indicado en las Condiciones Particulares, y/o a una persona distinta (Responsable de Pago o Intermediario de Seguros), no constituye una modificación a la obligación de pago de las primas en la Dirección de la Compañía.

Cualquiera que sea la Forma de Pago, el Contratante deberá cumplir con el pago de la Prima o el primer pago fraccionado, a la emisión o Renovación de la Póliza. El incumplimiento del Contratante de dicha obligación conllevará la nulidad absoluta del contrato, sin necesidad de declaración judicial alguna, por lo que se entenderá que la Póliza nunca entró en vigencia.

Para efectos del pago de la Prima; ya sea el pago de la Prima, el primer pago fraccionado, o cualquiera de los pagos subsiguientes, cuando en las Condiciones Particulares se haya pactado algún Conducto de Pago que garantice el cobro de la Prima por parte de la Compañía, tales como "TCR" (Tarjeta de Crédito) o "ACH" (Automated Clearing House), la Compañía considerará que el Contratante ha cumplido con la obligación del pago de la Prima, el primer pago fraccionado o cualquiera de los pagos subsiguientes.

Cuando el Contrato de Seguro se haya celebrado con la intermediación de un Agente de Seguros o una Empresa de Canal Alternativo de Comercialización, y así lo indiquen las Condiciones Particulares y/o el certificado de seguro correspondiente, la Compañía tendrá la obligación de considerar los pagos realizados a éstas en su Dirección como pagados a la Compañía en su Dirección.

5. REHABILITACIÓN

No aplica por tratarse de un Contrato de Seguro de vigencia mensual.

6. RENOVACIÓN

El presente Contrato de Seguro no corresponde a un caso en donde la renovación es una obligación contractual de la Compañía o del Contratante o Asegurado; por tanto, después del Vencimiento de la Póliza la Compañía y el Contratante, o su Intermediario de Seguros, podrán pactar los términos y condiciones que aplicarán para dar continuidad a la(s) Cobertura(s).

En consecuencia, de lo anterior, de darse la Renovación de la Póliza, se podrán modificar los términos y condiciones del Contrato de Seguros, incluyendo la Prima, con el objeto de no arriesgar la suficiencia del producto. La Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá podrá revisar en todo momento que dichas modificaciones no violen los principios de equidad, suficiencia y no sean injustamente discriminatorias.

7. PERIODO DE ESPERA

Existirá un Periodo de Espera de noventa (90) días calendario, contados desde la Fecha Efectiva de la Póliza para aquellos diagnósticos cubiertos y/o procedimientos quirúrgicos que así lo establezcan. Estos noventa (90) días calendario estarán conformados por las tres (3) primeras vigencias continuas, a partir de la Fecha Efectiva de la Póliza.

Una vez transcurrido el Período de Espera de noventa (90) días, esta cobertura estará sujeta a todas las demás Condiciones Generales establecidas en esta Póliza.

8. CONDICIONES PREEXISTENTES

Se considera una enfermedad, condición física o mental del Asegurado, que se manifiesta antes de cualquier cobertura de la Póliza, que es conocida por el Asegurado, que ha sido diagnosticada por un médico, o sobre la cual se han revelado síntomas que no podrían pasar desapercibidos por el Asegurado o por terceros.

Las Condiciones Preexistentes no estarán cubiertas en ningún momento. Adicionalmente, la Compañía se reserva el derecho de rescindir la Póliza de acuerdo a la Cláusula IV - Disposiciones Generales - "NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO".

9. CAMBIOS O MODIFICACIONES

Durante la Vigencia de la Póliza se podrán cambiar los términos y condiciones solamente mediante un Endoso debidamente aceptado y firmado por el Contratante y un representante autorizado de la Compañía.

La Compañía comunicará la modificación al Contratante, según lo contenido en la Cláusula IV - Disposiciones Generales - "NOTIFICACIONES", y otorgará treinta (30) días calendario para que el Contratante manifieste si acepta o no las nuevas condiciones. Si dicho plazo transcurriera sin que el Contratante se manifieste, se tendrán por aceptadas las nuevas condiciones desde la fecha de comunicación y se procederá al cobro del ajuste de Prima que corresponda (si la hubiere) o se variarán los términos y condiciones para adecuarlos a la situación del riesgo vigente al momento de dichos cambios.

Cuando el Contratante acepte expresamente las nuevas condiciones, los cambios o modificaciones en el contrato se incorporarán y serán efectivos a partir del día en que se haya pagado la Prima correspondiente (si la hubiere). **Si el Contratante no aceptara las nuevas condiciones en virtud de los cambios o variaciones en el riesgo procederá la Terminación del Contrato según la Cláusula IV - Disposiciones Generales - "TERMINACION DEL CONTRATO".**

10. EDAD DE ELEGIBILIDAD Y EDAD DE TERMINACION

La Edad de Elegibilidad mínima será de dieciocho (18) años; es decir, las personas que no hayan cumplido dieciocho (18) años no pueden ser aseguradas bajo este Contrato de Seguro. La Edad de Elegibilidad máxima será de sesenta y dos (62) años; es decir, las personas que tengan sesenta y tres (63) años cumplidos no podrán ser aseguradas bajo este Contrato de Seguro. La Edad de Terminación será a los sesenta y cinco (65) años; es decir, esta Póliza deja de surtir efectos y el Asegurado se encontrará sin cobertura a partir de la fecha en que cumple los sesenta y cinco (65) años de edad.

11. REGISTROS E INFORMES

El Contratante tendrá un registro actualizado de los Asegurados por la Póliza conteniendo, por cada persona, las generales esenciales. El Contratante estará obligado a enviar periódicamente a la Compañía, a través de los medios y en los formatos indicados por la Compañía, la información que pueda considerarse razonablemente necesaria para la administración de la Póliza y para la determinación de las tarifas y montos de primas.

Todos los registros del Contratante que puedan ser relacionados con esta Póliza estarán expuestos a inspección por parte de la Compañía en cualquier momento, y el Contratante está obligado a cooperar con las inspecciones que realice la Compañía y facilitar cualquier información adicional relacionada con la Póliza que la Compañía solicite y que el Contratante pueda razonablemente obtener o facilitar.

El error cometido por la Compañía de no proceder con las instrucciones del Contratante de dar por terminada la cobertura de un Asegurado en la fecha que exprese tal instrucción, ocasionará un ajuste y devolución de primas, correspondiente al período que se mantuvo la vigencia de la cobertura en exceso de la fecha señalada en tal instrucción.

Igualmente, si la Compañía mantuviera vigente la cobertura de un Asegurado que haya dejado de ser Elegible por haber alcanzado la edad máxima conforme a lo estipulado en la Póliza, ocasionará que la Compañía efectúe un ajuste y devolución de prima no devengada correspondiente al período en que el Asegurado no fue Elegible.

12. AVISO DEL SINIESTRO Y FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO

- a. El Contratante, el Asegurado o el Administrador del Asegurado deberá avisar por escrito a la Compañía lo antes posible después de haber sido el Asegurado diagnosticado con una Enfermedad Grave y/o de la necesidad de una intervención quirúrgica por uno de los procedimientos nombrados en la Póliza. El plazo para dar el aviso de siniestro no deberá exceder de noventa (90) días calendarios desde la fecha en que ocurrió el siniestro o desde que se tuvo conocimiento del mismo.
- b. Se deberá incluir el diagnostico firmado por un Médico Especialista legalmente autorizado para ejercer la medicina en la República de Panamá, y confirmado por la Junta Médica de la Compañía. En cualquier caso, la Compañía se reserva el derecho de obtener una Segunda Opinión de un Médico Especialista independiente. Dicho diagnóstico deberá estar debidamente sustentado por información clínica, radiológica, histológica y de laboratorios aceptables.

- c. En el caso de intervenciones quirúrgicas, será requisito indispensable que el Contratante, el Asegurado o el Administrador del Asegurado comunique a la Compañía de manera previa y obtenga la aprobación expresa de la Compañía por adelantando.
- d. Se requiere completar por el médico tratante el Formulario de Pre-autorización para las intervenciones quirúrgicas nombradas en la Póliza. Este Formulario deberá ser enviado a la Compañía para su aprobación de la intervención quirúrgica y de la instalación capacitada donde se realizará el servicio médico. Este Formulario Pre-autorización debe ser entregado a la Compañía con cinco (5) días previos a recibir el servicio médico.
- e. Los procedimientos o intervenciones quirúrgicas se cubrirán únicamente cuando sean prestados en instalaciones capacitadas y reconocidas para intervenciones quirúrgicas de los procedimientos nombrados en la Póliza. Este beneficio debe ser aprobado con anticipación por la Compañía, quien puede solicitar una opinión médica, una vez que un médico ha determinado y documentado la necesidad del procedimiento. El procedimiento o intervención quirúrgica debe ser Medicamente Necesario y aprobado por la Compañía.

El Asegurado debe enviar a la Compañía la reclamación formal y deberá aportar la siguiente información:

- a. Formulario de Reclamación de la Compañía debidamente firmada por el Asegurado y por el médico tratante, debidamente completado y firmado.
- b. **Pruebas Adicionales solicitadas por la Compañía:** La Compañía se reserva el derecho de comprobar la ocurrencia de toda Lesión, Enfermedad o Siniestro, y el Asegurado autoriza a la Compañía para solicitar informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades.
- c. **Documentación de Segunda Opinión:** El Asegurado deberá someterse a una Segunda Opinión por parte del Médico o Médicos señalados por la Compañía para las Enfermedades Graves y/o Intervenciones Quirúrgicas amparados bajo esta Póliza.

La Compañía se reserva el derecho de solicitar una Segunda Opinión Médica para cualquier tipo de Enfermedad Grave y/o Intervención quirúrgica cuando lo estime necesario y así determinar que el mismo sea Medicamente Necesario. La Compañía pagará el costo de la Segunda Opinión Médica.

El Asegurado facilitará toda información y documentación, si así lo exigiera la Compañía.

La presentación de los documentos e intercambio de correspondencia entre el Asegurado y la Compañía no implica responsabilidad o aplicabilidad de cobertura bajo la Póliza, ya que los documentos son requeridos precisamente para evaluar la procedencia de la indemnización.

Si el Asegurado no cumple con estas obligaciones, o si el aviso de siniestro no es presentado dentro del plazo indicado, la Compañía tendrá derecho a declinar cualquier posible indemnización.

13. COLABORACIÓN DEL ASEGURADO

El Asegurado prestará toda la ayuda que esté a su alcance para facilitar la investigación y el ajuste de cualquier reclamación, obligándose a presentar para su examen todos los documentos, facturas y comprobantes que en cualquier forma estén relacionados con la reclamación presentada. La Compañía podrá requerir al Asegurado que colabore en todas las investigaciones y procesos, a través de cualquier documento, información o declaración que sean reconocidos en derecho como válidos.

El Asegurado 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.

La falta de cumplimiento de estas obligaciones o negligencia de terceros en la salud y bienestar del Asegurado, o su resistencia al cumplimiento, releva a la Compañía de la obligación de cubrir la indemnización correspondiente.

14. AJUSTE Y LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

- a) Toda reclamación ya ajustada, será pagada al Asegurado, dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha en que:
 - i. no exista ninguna acción judicial o investigación oficial con relación al siniestro ocurrido o a la responsabilidad del Asegurado sobre la ocurrencia del siniestro.

- ii. la Compañía haya recibido de forma oportuna y aceptado las pruebas de interés y de pérdida en las oficinas de esta Compañía de acuerdo con la Cláusulas de “AVISO DE SINIESTRO Y FORMALIZACION DEL RECLAMO”.

b) La Compañía indemnizará al Asegurado y/o Administrador del Asegurado.

Toda indemnización que la Compañía deba efectuar en virtud del presente contrato, será pagadera al Asegurado o al Administrador del Asegurado 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.

La Compañía determinará si el Asegurado se encuentra en condiciones de recibir el pago por la Enfermedad Grave y/o Intervención Quirúrgica cubierta por la Póliza. En el caso que no se encuentre en condiciones de recibir la indemnización, la Compañía realizará el pago al Administrador del Asegurado designado en la Solicitud del Seguro y se entenderá para todos los efectos legales como si el mismo se hubiere hecho al Asegurado.

En la eventualidad que una vez presentado el Siniestro en la Compañía y habiéndose cumplido el Período de Sobrevivencia, el Asegurado falleciese antes de que la Compañía hubiere realizado el pago al Asegurado o al Administrador del Asegurado, la indemnización será pagada a aquellas personas que judicialmente hayan sido declaradas sus herederos.

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 perderá todo derecho a indemnización. Además, la Compañía queda facultada para rescindir el Contrato.

15. DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

La Compañía no se hará responsable por la calidad del servicio profesional o técnico recibido de cualquier institución o individuo y objeto de cobertura. Tampoco tendrá responsabilidad en reclamaciones basadas en actos de omisión, negligencia o impericia de un hospital, laboratorios, enfermera, médico o proveedor. La Compañía es responsable, únicamente, por el pago de los beneficios elegibles bajo las estipulaciones de esta Póliza.

De igual manera, el Asegurado exonera de responsabilidad a la Compañía por las complicaciones resultantes de cualquier negligencia en los servicios recibidos de la entidad que provee la transportación aérea o terrestre de pacientes, incluyendo retrasos o restricciones del vuelo.

16. SUBROGACIÓN

Por subrogación se entenderá el derecho de la Compañía de recuperar de cualquier fuente, los pagos hechos basándose en la Póliza de Salud por lesiones recibidas por el Asegurado 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.

Como consecuencia del pago de la indemnización, la Compañía de pleno derecho se subrogará automáticamente en los derechos que el Asegurado puede tener, así como en sus correspondientes acciones contra los autores responsables del siniestro, pérdida, daño o gasto, por cualquier carácter o título que sea por el solo hecho del pago de la indemnización y hasta el monto de ella.

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, si han recuperado ellos los pagos en violación del derecho de subrogación.

Si por cualquier circunstancia la Compañía necesitare exhibir algún documento en que el Asegurado hiciera a favor de ella a la subrogación de todos sus derechos y acciones surgieran a consecuencia del siniestro, el Asegurado quedaría obligado a reiterar la subrogación en escritura ante un Notario Público.

Tanto antes como después de cobrar la indemnización, el Asegurado queda obligado a presentar las denuncias correspondientes ante los tribunales competentes, con el objeto de que la Compañía pueda ejercer los derechos, recursos y acciones derivados o procedentes de la subrogación aquí prevista.

En caso de que el siniestro esté amparado bajo la Póliza y la Compañía deba proceder con indemnización con motivo del mismo, la responsabilidad de la Compañía quedará limitada a las mismas limitaciones que el Asegurado haya pactado con los responsables del siniestro. Si pagada la indemnización y cedidos los derechos, no se pudiere ejercer la subrogación por algún acto imputable al Asegurado, la Compañía podrá requerirle al Asegurado el reintegro de la suma indemnizada.

17. NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO

Este contrato terminará y la Compañía quedará liberada de sus obligaciones contractuales cuando, con fundamento en las pruebas analizadas, determine que el Contratante, el Asegurado, o sus representantes han declarado de manera falsa o inexacta hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, por la Compañía o por los representantes de uno u otro que hubieren podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato. Si la falsedad o inexactitud proviniera del Asegurado o de quien lo represente, la Compañía tiene derecho a las primas pagadas; si proviniera de la Compañía o su representante, el Asegurado puede exigir la devolución de lo pagado por primas, más un diez por ciento (10%) en calidad de perjuicios.

18. OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE Y/O ASEGURADO

- a) Pagar la Prima en la Dirección de la Compañía de acuerdo a la Forma de Pago o Calendario de Pago detallado en las Condiciones Particulares.
- b) Presentar declaraciones exactas y verdaderas con relación a los hechos o circunstancias conocidas como tales por el Contratante y/o el Asegurado que de algún modo hubieren podido influir en la existencia o condiciones de la Póliza y/o sus renovaciones. Lo anterior incluye no ocultar hechos o circunstancias que de algún modo hubieren podido influir en la existencia o condiciones de la Póliza y/o sus renovaciones.
- c) Revisar que la Póliza contenga al Intermediario de Seguro o Corredor de Seguro seleccionado por el Contratante y/o Asegurado, y que la Póliza se encuentre libre de errores con relación a las declaraciones prestadas para la contratación de la póliza. A la vez, someter para la aceptación de la Compañía la actualización de su domicilio, ubicación, uso, Suma Asegurada y demás características del riesgo en la medida en que estas se hayan visto modificadas. El Contratante y/o Asegurado no deben esperar a la renovación para someter a la Compañía los cambios que sean necesarios para la actualización o corrección de las declaraciones o características del riesgo que se hayan visto modificadas.
- d) Colaborar a la Compañía en el proceso de investigación y ajuste de cualquier reclamación o Siniestro.
- e) Dar Aviso de Siniestro y formalizar el reclamo dentro de los plazos y condiciones definidos en la Cláusula "AVISO DEL SINIESTRO Y FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO".
- f) No encontrarse o ser incluido en listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos, listas emitidas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y/o cualquier otra lista a nivel mundial que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el delito de blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento del terrorismo, guerras, el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva y actividades ilícitas de cualquier tipo. Igualmente evitar que la Compañía en ningún momento quede expuesta a sanciones por la violación de disposiciones internacionales o locales sobre la prevención del delito de Blanqueo de Capitales, prevención de Financiamiento del Terrorismo y prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva, así como posibles pagos de Siniestros que pudiesen transgredir sanciones económicas y/o comerciales establecidas en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte la República Panamá o naciones amigas o aquellas con las que la República de Panamá mantiene relaciones diplomáticas o comerciales, incluyendo pero sin limitar de la Organización de las Naciones Unidas, los Estados Unidos de América, Reino Unido o de la Unión Europea.

Cuando el Contratante y/o Asegurado incumpla(n) alguna de las obligaciones aquí listadas, y/o cualquier otra obligación dimanante de la Póliza o la legislación vigente, la Compañía quedará facultada para rescindir unilateralmente el contrato, modificar sus condiciones, suspender su ejecución, revocar o limitar cualquier derecho del Contratante y/o Asegurado derivado del contrato.

19. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

El seguro otorgado por esta Póliza bajo condiciones normales (no habiéndose cancelado de forma previa sea por mutuo acuerdo, falta de pago de las primas, o decisión unilateral), vencerá automáticamente en la fecha y Hora Oficial expresadas en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Podrá ser prorrogado a petición del Asegurado y aceptación de parte de la Compañía, pero la prórroga deberá hacerse constar en documento firmado por la Compañía y se regirá por las condiciones consignadas en el mismo.

Este contrato podrá ser cancelado de forma anticipada por:

- a) **Mutuo Acuerdo.**
- b) **Finalización del interés asegurable o económico del Asegurado.**
- c) **Falta de pago de primas siempre que la Compañía cumpla con lo estipulado en la Cláusula IV - Disposiciones Generales - “ACUERDO DE PAGO DE PRIMAS Y EFECTOS DEL PAGO DE LA PRIMA”.**
- d) **Por el Contratante: Unilateralmente cuando el Contratante decida no mantener el seguro o termine la cobertura para el Asegurado. En este caso el Contratante deberá dar aviso por escrito a la Compañía según la Cláusula IV - Disposiciones Generales - “NOTIFICACIONES”. En tal caso la Compañía cancelará el contrato a partir de la fecha en que se recibe el aviso o bien a partir de la fecha señalada expresamente por el Contratante, que no podrá ser anterior a la fecha en que recibe el aviso. Sin derecho a devolución de Prima del mes corriente.**
- e) **Por la Compañía: Unilateralmente cuando el Contratante y/o Asegurado se encuentre en incumplimiento de sus obligaciones bajo el contrato de Seguros o la legislación aplicable. En tal caso la Compañía enviará el aviso de cancelación de la Póliza por escrito, con una anticipación de quince (15) días hábiles, al Contratante a la última Dirección de éste indicada en las Condiciones Particulares. Copia del aviso de cancelación deberá ser enviada al Intermediario de Seguros.**
- f) **Automáticamente, sin necesidad de mediar comunicación o aviso alguno de parte de la Compañía:**
 - f.1) **Cuando aplique la Cláusula IV - Disposiciones Generales - “NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO” o “TRASPASO – CESION DE INTERESES”.**
 - f.2) **Cuando se indemnice la Suma Asegurada de la Póliza por cualquiera de las Enfermedades Graves y/o Intervenciones Quirúrgicas nombradas siempre que hayan sido reportados dentro del plazo indicado en la Cláusula IV – Disposiciones Generales – “AVISO DE SINIESTRO Y FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO”.**
 - f.3) **Cuando el Asegurado cambie su lugar de residencia fuera de la República de Panamá.**
 - f.4) **Cuando el Asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco (65) años.**
 - f.5) **Cuando el Contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las primas a la Compañía, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus, accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, se encuentre(n) sean mencionados en alguna de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o pertenezcan a países incluidos en dichas listas, listas emitidas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y/o en cualquier otra lista internacional que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento del terrorismo, guerras, el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva y actividades ilícitas de cualquier tipo. La terminación del contrato por este motivo tiene como consecuencia la pérdida total de beneficios aun cuando el evento se encuentre cubierto y ocurra de forma previa a la fecha en que alguna de las partes mencionadas sea incluida en las listas antes mencionadas o sea de cualquier objeto de las sanciones descritas en la Cláusula IV – Disposiciones Generales – “CLAUSULA DE LIMITACION POR SANCIONES”.**

En caso de nulidad proveniente de la Cláusula IV - Disposiciones Generales - “NULIDAD DEL CONTRATO DE SEGURO” si la falsedad o inexactitud proviniere del Contratante, Asegurado o de quien lo represente, la Compañía tiene derecho a las primas pagadas; si proviniere de la Compañía o su representante, el Asegurado puede exigir la devolución de lo pagado por concepto de primas, más un diez por ciento (10%).

Una vez cancelada o anulada la Póliza, cualquier saldo adeudado por cualquiera de las partes deberá ser reintegrado en un plazo no mayor de quince (15) días calendario. Una vez transcurrido este plazo, se considerará en una mora para la parte que adeuda.

La Compañía devolverá la prima no devengada y la Compañía hará el reintegro en un plazo de quince (15) días hábiles posteriores a la fecha en que se notifique la terminación del contrato.

En cualquier caso, el Contratante tiene el deber de informar a los Asegurados, u otros legítimos interesados, sobre la contratación del seguro y sus condiciones o modificaciones.

20. NOTIFICACIONES

Las notificaciones o comunicaciones relacionadas con este contrato, serán remitidas por la Compañía directamente al Contratante a la Dirección del Contratante según se muestra en las Condiciones Particulares. El Contratante deberá reportar por escrito a la Compañía el cambio de Dirección y solicitar la modificación de la Dirección del Contratante mediante Endoso, de lo contrario, se tendrá por correcto para todos los efectos, la última Dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la Póliza.

Todo aviso o comunicación que deba hacer el Contratante, o el Asegurado, a la Compañía conforme a esta Póliza, deberá constar por escrito y ser entregado personalmente o remitido por correo por el Contratante, o el Asegurado, o por el Intermediario de Seguros que aparece en las Condiciones Particulares que haya mediado en la contratación del seguro.

El Contratante por este medio autoriza a la Compañía a recibir y acatar cualesquiera instrucciones que reciba con relación a esta Póliza por parte del Intermediario de Seguros designado en las Condiciones Particulares, como si hubiesen sido enviadas directamente por el Contratante. Sin embargo, el Contratante en todo momento podrá gestionar cualquier trámite con relación al Contrato de Seguro de forma directa con la Compañía.

21. LEGITIMACIÓN DE CAPITALES

El Contratante y/o Asegurado se obliga(n) a brindar información veraz y verificable, a efecto de cumplimentar el formulario denominado “Conozca a su Cliente”, así mismo se obliga(n) a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Compañía se lo solicite. **La Compañía se reserva el derecho de no renovar o terminar el Contrato de Seguro, en caso que el Asegurado incumpla con esta obligación.**

22. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La información que sea suministrada en virtud de la suscripción de la presente Póliza queda tutelada por el derecho a la intimidad y confidencialidad, salvo manifestación por escrito del Asegurado en que se indique lo contrario o por requerimiento de la Autoridad Competente.

23. LÍMITES GEOGRÁFICOS

A menos que se estipule de manera expresa en esta Póliza, este seguro se aplica solamente a Asegurados que residan dentro de la República de Panamá.

24. PLAZO DE PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del Contrato de Seguro, cualquiera que sea su naturaleza, prescribirán en un (1) año contado a partir desde el día en que la obligación sea exigible. Para efectos del presente Contrato de Seguro se entenderá la fecha de la ocurrencia del Siniestro como la fecha en que la obligación se hace exigible.

25. INTERMEDIARIOS DE SEGUROS - EFECTOS Y RESPONSABILIDADES

Cuando el intermediario sea un Agente de Seguros o una Empresa de Canal Alternativo la Compañía asumirá la responsabilidad derivada de las infracciones, errores u omisiones en que incurran, en el desempeño de sus respectivas actividades. Sin embargo, los Agentes de Seguros y las Empresas de Canal Alternativo responderán a la Compañía por los costos e indemnizaciones que la Compañía deba realizar en virtud su responsabilidad.

El Intermediario de Seguros es considerado el representante del Contratante y/o del Asegurado; por tanto, sus infracciones, errores, omisiones, comunicaciones, solicitudes, y declaraciones para todos los efectos serán consideradas como propias del Contratante y/o Asegurado.

26. DIFERENCIAS Y CONFLICTOS

De conformidad con lo establecido en el artículo 250 y demás disposiciones aplicables de la Ley 12 de 3 de abril de 2012, el Contratante podrá interponer un proceso administrativo de quejas ante el Departamento de Protección al Consumidor de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

El Contratante y la Compañía se someten a la jurisdicción de los tribunales de la Ciudad de Panamá, República de Panamá, con prescindencia de cualquier otro tribunal, para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente Contrato de Seguro.

27. CLAUSULA DE LIMITACION POR SANCIONES

La Compañía no estará obligada a pagar reclamos sobre eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando dichos pagos pudiesen violar disposiciones internacionales o locales sobre la prevención de los delitos de blanqueo de capitales, lavado de activos, narcotráfico, financiamiento del terrorismo y prevención de la proliferación de armas de destrucción masiva, así como posibles pagos que pudiesen transgredir sanciones económicas y/o comerciales establecidas en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte la República de Panamá o naciones amigas o aquellas con las que la República de Panamá mantiene relaciones diplomáticas o comerciales, incluyendo pero sin limitar la generalidad de lo anterior, los de la Organización de las Naciones Unidas incluyendo el Consejo de Seguridad; de los Estados Unidos de América, Japón, Reino Unido o de la Unión Europea.

Sin perjuicio de lo anterior, las coberturas y beneficios que ofrece la presente Póliza quedarán automáticamente suspendidas, sin necesidad de mediar comunicación o aviso alguno de parte de la Compañía, en caso que el Contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las primas a la Compañía, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus, accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, sean incluidos, se encuentre(n) o sean mencionados en alguna de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o pertenezcan a países incluidos en dichas listas, listas emitidas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y/o en cualquier otra lista internacional que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento del terrorismo, guerras, actividades ilícitas y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva. La suspensión de coberturas de que trata esta cláusula será de aplicación desde el momento en que la o las personas mencionadas anteriormente sean incluidas en la lista de que se trate, con independencia de la fecha en que la Compañía o la persona tenga conocimiento de la inclusión.

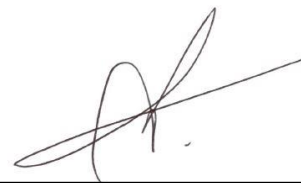
En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos o en general desembolsar sumas de dinero relacionadas con eventos cubiertos bajo esta póliza cuando el Contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las primas a la Compañía, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus, accionistas, beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, se encuentre(n) sean mencionados en alguna de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o pertenezcan a países incluidos en dichas listas, listas emitidas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y/o en cualquier otra lista a nivel mundial que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento del terrorismo, guerras, y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.

28. LEGISLACIÓN APLICABLE

Además de las estipulaciones contractuales establecidas en esta Póliza, las partes se someten a las Leyes vigentes de la República de Panamá. En testimonio de lo cual se firma esta Póliza en la República de Panamá.

Contratante

ASSA Compañía de Seguros, S. A.



Representante Autorizado

Representante Autorizado

Como Contratante de la Póliza de Seguro declaro conocer y entender el contenido de la documentación contractual que conforma la Póliza: Condiciones Particulares, Condiciones Especiales, Condiciones Generales, Endosos y Solicitud de Seguro; y el orden legal de prelación que se define en las Condiciones Generales. Desde el momento en que se incorpore a las Condiciones Generales o Condiciones Especiales una modificación producto de negociación del Contratante, o su representante, el presente Contrato de Seguro dejará de ser un Contrato de Adhesión con relación de las Cláusulas o modificaciones que haya solicitado el Contratante, o su representante; y dejará de ser un Contrato de Adhesión en su totalidad en la medida en que dichas Cláusulas o modificaciones tengan un efecto en la interpretación de la totalidad del Contrato de Seguro.

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