

SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

General de Seguros, S.A. Sociedad Anónima Panameña inscrita en el Registro Público a Ficha 8837, Rollo 37, e Imagen 91080, de la Sección de Micropelículas Mercantiles, empresa autorizada por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá mediante Resolución No. 800 de 21 de diciembre de 2005, en adelante “LA EMPRESA”, en consideración y condicionado al pago de la prima convenida y a las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro correspondiente y el Asegurado/Contratante nombrado en las condiciones particulares de esta póliza, convienen en celebrar el presente contrato de seguro sobre Enfermedades Graves, de conformidad con sus condiciones particulares, a las leyes aplicables y a los términos y condiciones que a continuación se detallan.

Las coberturas contra los riesgos descritos en la póliza solo son aplicables en tanto que estén expresamente detallados en las Condiciones Particulares. Solamente se podrán efectuar modificaciones al texto de las Condiciones Generales mediante los endosos, en donde se establece su carácter modificatorio, siempre y cuando hayan sido refrendados por el funcionario o funcionarios autorizados por la Empresa.

SECCIÓN I **CONDICIONES GENERALES**

I. CLÁUSULA DE CAUSAL DE NULIDAD ABSOLUTA ESPECIAL

En caso de que el Asegurado no haya cumplido, a la emisión o renovación de la póliza, con el pago total de la prima o el primer pago fraccionado descrito en la solicitud de la póliza, conllevará la NULIDAD ABSOLUTA DEL CONTRATO de seguro, sin necesidad de declaración judicial alguna.

II. CLÁUSULA DE MOROSIDAD

En el momento que el Asegurado haya incumplido con un pago fraccionado de la prima, conforme se encuentra pactado en las condiciones particulares de la póliza, y se haya agotado el saldo a favor de la Empresa de la prima pagada y no devengada, se entenderá que el Asegurado se encuentra en período de gracia. Por falta de pago queda entendido que se refiere también a la falta de fondos disponibles al momento de realizar el cargo a cuenta de débito o crédito, siempre y cuando el cargo se haga en fecha autorizada por el cliente.

III. CLÁUSULA DE PERÍODO DE GRACIA

Una vez que el Asegurado se encuentre en morosidad, sin necesidad de notificación previa, iniciará a correr un periodo de gracia de 30 días calendarios. Vencido dicho plazo se entenderá que el Asegurado ha incurrido en incumplimiento de pago, y la póliza entrará inmediatamente en periodo de suspensión de cobertura.

IV. CLÁUSULA DE PERÍODO DE SUSPENSIÓN

La Empresa suspenderá, inmediatamente y por disposición legal, la cobertura por un período de hasta 60 días calendarios una vez vencido el periodo de gracia. Durante el presente período las coberturas contratadas y descritas en las condiciones particulares y generales de la póliza no se encuentran vigentes.

Una vez que el Asegurado haya completado el pago de la prima adeudada se rehabilitará la póliza. No obstante, la rehabilitación de la póliza no tiene efectos retroactivos; es decir, que no puede interpretarse como una prórroga de los plazos originales contratados y que estuvieron en período de suspensión.

V. CLÁUSULA DE AVISO DE CANCELACIÓN

Una vez vencido el período de gracia de cobertura, la Empresa podrá preparar el aviso de cancelación, el cual debe ser notificado mediante el envío a la última dirección física, postal o electrónica del Asegurado que conste en el expediente.

Dicho aviso cumplirá sus efectos jurídicos y se tendrá por legalmente cancelada la póliza a los 15 días hábiles posteriores a su envío.

Dicho aviso de cancelación debe ser entregado al asegurado a más tardar 15 días antes del vencimiento del período de suspensión.

VI. CLÁUSULA DE TERMINACIÓN DEL SEGURO

El seguro otorgado por esta póliza, y bajo condiciones normales, vencerá automáticamente al mediodía, hora oficial de la República de Panamá, de la fecha en que para la terminación se expresa en las Condiciones Particulares de esta póliza.

No obstante, el plazo de vigencia de esta póliza, las partes convienen en que este contrato podrá darse por terminado anticipadamente mediante comunicación escrita. Cuando el Asegurado lo dé por terminado, la Empresa tendrá derecho a la parte de la prima que se había cobrado, según la tarifa, si la póliza hubiere sido originalmente por el tiempo que estuvo en vigor.

En el caso de que la Empresa lo dé por terminado, el seguro cesará en su defecto, quince (15) días hábiles después de la fecha de notificación, y la Empresa tendrá derecho a la proporción de la prima correspondiente al tiempo corrido.

Motivos de Terminación

a. *Cancelación Automática:* Esta póliza quedará automáticamente cancelada sin derecho a devolución de prima, cuando la Empresa pague la suma asegurada por siniestro ocurrido cubierto bajo la presente póliza.

b. *Fraude o falsedad:* Toda declaración falsa o inexacta o hechos o circunstancias conocidas por el Asegurado que hubieran podido influir de modo directo en la existencia o condiciones de esta póliza, o en conexión con un reclamo, y cualquier actuación dolosa contra la Empresa, trae consigo la nulidad de esta, y el derecho de la Empresa al cobro de los daños y perjuicios, si se le hubieran causado, y a promover las denuncias y querellas correspondientes ante las autoridades competentes.

c. *Cambios:* Ningún cambio en las condiciones de esta póliza será válido, a menos que se haga constar dicho cambio en un endoso debidamente expedido y firmado por un funcionario autorizado de la Empresa, con anterioridad a la fecha en que ocurra el siniestro.

d. *Cesión de Póliza:* El Asegurado conviene en notificar a La Empresa, por escrito, antes de o al efectuar el traspaso de esta póliza o la cesión de los derechos en cualquier interés en ella, puesto que tal traspaso o cesión no comprometerá a la Empresa sino hasta que, su conformidad con tal traspaso o cesión haya sido endosado, por escrito, en esta póliza. De no estar conforme con tal traspaso o cesión, La Empresa tendrá derecho a cancelar esta póliza a prorrata

VII. CLÁUSULA DE INTERPRETACIÓN, QUEJAS Y CONTROVERSIAS

Ante cualquier diferencia o controversia en la interpretación de las Condiciones Particulares y las Condiciones Generales de la presente póliza, se entenderá que prevalecen las primeras.

El presente seguro se encuentra sujeto a las Leyes de la República de Panamá, y en esa forma la competencia para resolver cualquier queja o controversia se ceñirá al procedimiento señalado por la normativa vigente.

Cualquier queja o controversia que surja de la relación con el consumidor del servicio de seguros (en adelante el Consumidor), será atendida por el "Departamento de Atención de Quejas y Controversias" de la Compañía, la cual abrirá un expediente en el que debe constar un recuento de lo acontecido y lo que se solicita por el Consumidor. Dicho procedimiento ante la Compañía se debe iniciar a más tardar a los treinta (30) días calendarios de que se haya generado la controversia o lo que motive la queja como lo establecen los Artículos 249, 250 y 251 de la Ley 12 de 03 de abril de 2012.

Le corresponde a la Compañía informar y señalar al Consumidor la ubicación del Departamento de Atención de Quejas y Controversias en la forma.

Cualquier queja o controversia debe ser resuelta por escrito en un plazo no mayor de treinta (30) días calendarios y la misma será vinculante para la Compañía.

La respuesta al consumidor de seguros será por escrito y vinculante para la aseguradora, además, deberá indicarle que en caso de inconformidad tiene un plazo adicional de noventa (90) días hábiles para presentar la acción administrativa que corresponda ante la Superintendencia según se establece en Artículos 250 y 251 de la Ley 12 de 03 de abril de 2012.

VIII. CLÁUSULA DE NOTIFICACIONES Y AVISOS

Cualquier aviso que deba enviar o realizar la Empresa al Asegurado declarado en las condiciones particulares de la póliza, deberá hacerlo a la última dirección física, postal o electrónica que conste en la póliza.

Cualquier cambio que realice el Asegurado deberá ser notificado a la Empresa, pues de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de la Empresa.

Todo cambio en las condiciones de esta póliza será válido, cuando se cumpla lo relativo a las “NOTIFICACIONES Y AVISOS” de la presente póliza, y se haga constar dicho cambio en un endoso debidamente expedido y firmado por un funcionario autorizado de la Empresa, con anterioridad a la fecha en que ocurra el siniestro.

IX. CLÁUSULA DE RENOVACIÓN

Siempre que la Compañía hubiera recibido la totalidad de la prima correspondiente al periodo anterior, podrá emitir las renovaciones de los contratos de seguros antes de haber recibido la prima correspondiente al nuevo período de cobertura. No obstante, la falta de pago de la prima completa o el primer pago fraccionado descrito en las condiciones particulares conllevará la NULIDAD ABSOLUTA DEL CONTRATO.

La Empresa se reserva el derecho de modificar la presente póliza, sobre la base de los estudios y cálculos actuariales y/o estadísticos, valorados individualmente, siempre y cuando se informe y comunique oportunamente los cambios a EL ASEGURADO, y de acuerdo con formalidad requeridas en las disposiciones legales.

La renovación deberá constar por escrito en documento firmado por un funcionario autorizado de la Compañía y se registrará por las condiciones particulares y generales.

Sin embargo, si en la fecha de la renovación de la póliza EL ASEGURADO haya alcanzado la edad máxima establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, la póliza no será renovada por ser esta la edad máxima de cobertura establecida para la póliza.

X. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Esta póliza se considerará como nula desde su inicio y la Empresa quedará exenta del pago de cualquier siniestro, en caso de alguna omisión, ocultamiento, declaración falsa o declaración inexacta por parte del Asegurado, siempre que pudiera influir en la evaluación del riesgo, de cualquier siniestro o en la formación de la voluntad contractual de la Empresa.

XI. CLÁUSULA DE DISPUTABILIDAD

Esta póliza será disputable por la Empresa durante los primeros dos (2) años de vigencia de la póliza, y será nula para todos los efectos legales, por declaraciones falsas, inexactas u omisión de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que hubiere modificado las condiciones del seguro, si la Empresa hubiese tenido conocimiento del verdadero estado del riesgo. El período de disputabilidad se contará a partir de la fecha efectiva de la póliza.

XII. CLÁUSULA DE DISPOSICIONES LEGALES

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de las leyes de la República de Panamá y a las condiciones de la presente póliza que la complementan o modifican, cuando ello es admisible. En caso de no coincidir las Condiciones Generales con las Particulares, prevalecerá lo que dispongan estas últimas.

Las Condiciones Generales y Particulares, la Solicitud de Seguro, declaración de salud, los endosos (si los hubiere), las cláusulas adicionales, y cualesquiera otros acuerdos complementarios que se anexas a esta póliza, constituyen el contrato único de seguro entre el Asegurado y la Empresa.

El Asegurado está cubierto por esta póliza sin restricciones en cuanto a viajes que pueda realizar fuera del país.

Cualesquiera palabras o términos técnicos definidos en la póliza se entenderán e interpretarán con sujeción a dicha definición. En caso de contradicción entre lo dispuesto en las Condiciones Generales y lo establecido en los endosos, certificados, condiciones, coberturas o documentos expedidos en el desarrollo de esta póliza, prevalecerá lo contenido en estos últimos documentos.

XIII. EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

La Empresa no pagará la indemnización que pudiera corresponder bajo esta póliza cuando el hecho se produjera directa o indirectamente por alguna de las siguientes causas:

- a) Suicidio, salvo que este contrato haya estado en vigor ininterrumpidamente durante dos años como mínimo.
- b) Si es provocada deliberadamente por acto ilícito del asegurado, o si es provocado por dolo o culpa grave del Asegurado o Beneficiario(s).
- c) Acto de guerra civil o internacional, guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.
- d) Lesiones durante la participación en prácticas o pruebas de velocidad, paracaidismo, buceo con equipo de respiración o montañismo.
- e) Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas o experimentales.
- f) Por la práctica o el uso de navegación aérea, salvo que sea como pasajero en líneas aéreas comerciales.
- g) Enfermedades o condiciones preexistentes.

XIV. CLÁUSULA DE JURISDICCIÓN

Toda controversia judicial relativa al presente contrato será dirimida exclusivamente ante los Tribunales de la República de Panamá, sede del Domicilio Legal de la Empresa.

XV. CLÁUSULA DE PAGOS FRACCIONADOS

La prima que deberá pagar el Asegurado y que aparece en las Condiciones Particulares, se convino por el período de cobertura solicitado por el Asegurado, de pago anticipado y será pagado en el domicilio social de la Empresa, o aquellos por ésta autorizados.

XVI. CLÁUSULA DE DEFINICIONES

Todas las cláusulas y normas expresadas en estas Condiciones Generales son aplicables a toda la póliza incluyendo los endosos que se le adhieran eventualmente.

En los casos en que las Condiciones Particulares o endosos que se adhieran a esta póliza, modifiquen las Condiciones Generales aquí presentes, prevalecerán las estipulaciones de las Condiciones Particulares o endosos.

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

1. **Asegurado:** Es toda persona natural, elegible, cuya solicitud ha sido aprobada por la Empresa y a favor de quien se ha emitido un certificado de cobertura o se ha extendido cobertura de seguros según el método convenido entre la Empresa y el Contratante, siempre que su cobertura se mantenga en plena vigencia.
2. **Administrador del Asegurado:** Es la persona natural designada por el Asegurado en la Solicitud de Seguro a quien la Empresa hará entrega del pago de la Suma Asegurada estipulada en las Condiciones Particulares de esta Póliza cuando el Asegurado aún esté en vida, pero se encuentre física o mentalmente incapacitado y por consiguiente no esté en condiciones de recibir el pago.

En el evento que el Asegurado se encuentren incapacitado, ya sea por enfermedad, accidente u otra causa que le impida valerse por sí mismos en esta Póliza y/o para girar instrucciones al Administrador, queda desde ahora autorizado para actuar individual e indistintamente en nombre y representación del Asegurado.

Una vez que la Empresa 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.

3. **Contratante:** Es la persona natural o jurídica que aparece en las Condiciones Particulares y que establece la relación contractual con la Empresa con el objetivo de celebrar el presente contrato de seguro, asumiendo los derechos y obligaciones correspondientes en nombre propio y en nombre de sus empleados o miembros Asegurados.
4. **Disputabilidad:** Es el derecho que tiene la Empresa para no hacer válidas las coberturas e indemnización de estas al Asegurado o beneficiarios, cuando el Asegurado haya proporcionado a la Empresa información falsa o inexacta o ha omitido proporcionarle información solicitada por la Empresa, sobre factores relevantes para la selección de riesgo.
5. **Hora de entrada en vigor:** Queda convenido que a las 12:00 meridiano hora local de la ciudad de Panamá, República de Panamá, será considerada la hora efectiva con respecto a cualquier fecha referida en la póliza.
6. **Jurisdicción y derecho aplicable:** Esta póliza se somete a la jurisdicción de la República de Panamá, por lo que todas las normas legales vigentes en materia de seguros y demás le son aplicables, aunque en su texto no se haga mención específica de ese hecho.
7. **Nulidad del contrato:** El contrato de seguro no tendrá valor alguno al conocerse que ha habido declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el Asegurado, por el Asegurador o por los representantes de uno u otro que hubieren podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato.
8. **Período de Gracia:** Plazo durante el cual, aunque la Empresa 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 Asegurado el pago de las primas, sino, fundamentalmente, evitar las situaciones de injusticia que se producirían cuando un Asegurado no hubiese podido cumplir con su obligación de pago de primas en la Dirección de la Empresa por causas imputables a retrasos o deficiencias administrativas de la Empresa o Intermediario de Seguros.
9. **Póliza:** Es el contrato de seguro, que incluye, las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares, así como todos los endosos de las coberturas complementarias y suplementarias que se adhieran al mismo. También forma parte de la póliza toda la información recabada por la Empresa con el propósito de que ésta haga una suscripción correcta del riesgo, tales como: la solicitud y las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro hecha por el Asegurado; todas las declaraciones del Asegurado, contenidas en formularios entregados por la Empresa o en documentos suministrados a la Empresa por el Asegurado, incluyendo las declaraciones hechas por los Asegurados a los médicos examinadores de la Empresa y cualquier otra información relevante para la suscripción y selección del riesgo.
10. **Requisitos de Asegurabilidad:** Son los exámenes médicos, clínicos o de laboratorio requeridos por la Empresa al Asegurado para comprobar su buen estado de salud; éstos son solicitados en calidad de pruebas o evidencia de asegurabilidad y como condición previa para la evaluación y selección del riesgo antes de otorgar la cobertura.
11. **Segunda opinión:** Es un requisito por parte del Médico(s) señalado(s) por la Empresa cuando éste o éstos lo estimen necesario.
12. **Suma Asegurada:** Es el monto especificado para cada cobertura contratada por el Asegurado de la póliza.
13. **Período de espera:** es el tiempo que debe transcurrir de vigencias continuas de la Póliza, para que se puedan cubrir Enfermedades Graves y/o Intervenciones Quirúrgicas.

XVII. **OBLIGACIONES DEL ASEGURADO**

- a. Colaborar a la Empresa en el proceso de investigación y ajuste de cualquier reclamación o Siniestro.
- b. 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".

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

XVIII. **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.

SECCIÓN II
CLÁUSULA DE COBERTURA, BENEFICIOS Y EXCLUSIONES

I. **COBERTURA ENFERMEDADES GRAVES**

La Empresa 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 Empresa, siempre y cuando el mismo cumpla con el período de espera, definiciones, limitaciones, exclusiones y demás términos y condiciones de la Póliza.

OBJETO DEL SEGURO

La presente Póliza de Seguro de riesgos nombrados, tiene como fin 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, toda reclamación estará sujeta al período de espera, definiciones, limitaciones, exclusiones y demás términos y condiciones de la póliza.**

PERIODO DE ESPERA

Existirá un Periodo de Espera de noventa (90) días calendario, contados desde la Fecha Efectiva de la Póliza para el descubrimiento de enfermedades o diagnósticos cubiertos y/o procedimientos quirúrgicos que así lo establezcan. Estos noventa (90) días calendario estarán conformados por los tres (3) primeros meses, a partir de la Fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

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 Empresa se reserva el derecho de rescindir la Póliza de acuerdo con la Cláusula X CONDCIONES GENERALES, "NULIDAD 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.

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 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 oncólogos calificados.

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

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

Exclusiones:

- Carcinoma “in situ”, displasia cervicouterina, 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 Sección II, Cláusula I, COBERTURA ENFERMEDADES GRAVES - “PERÍODO 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 EGG.
- 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 micro infartos 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 intracraneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extracraneal. 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 Arteriocoronaria (by pass – 2 o más arterias):**

Es la que requiera la cirugía a corazón abierto de dos (2) o más arterias coronarias con el fin de corregir el estrechamiento o bloqueo significativo, por medio de una revascularización (by-pass), ya sea con puentes arteriales o venosos, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.

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.

Se excluye el trasplante de islotes de Langerhans.

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 Sección II, Cláusula I, COBERTURA ENFERMEDADES GRAVES - "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 cerebroespinal; 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 Empresa pagará este beneficio si el primer episodio ocurrió antes de la Fecha Efectiva de la Póliza.**

Período de Espera: No aplica.

g. **Insuficiencia Renal Crónica:**

La etapa final de la insuficiencia renal, por falla funcional, crónica e irreversible de ambos riñones, que hace necesaria la diálisis renal sistemática o el trasplante renal.

Período de Espera: No aplica.

II. **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 /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. Someterse a intervenciones médicas o quirúrgicas ilícitas o experimentales.
15. Cualquier Enfermedad Grave o Intervención Quirúrgica no mencionada dentro de la Póliza.
16. No se pagará ningún beneficio bajo la presente póliza cuando, sin haber presentado una reclamación válida bajo las condiciones de enfermedad grave o intervención quirúrgica cubiertas bajo esta póliza, ocurriera el fallecimiento del asegurado.

III. AVISO DEL SINIESTRO Y FORMALIZACIÓN DEL RECLAMO

- a. El Asegurado o el Administrador del Asegurado deberán avisar por escrito a la Empresa 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 de este.
- b. Se deberá incluir el diagnóstico firmado por un Médico Especialista legalmente autorizado para ejercer la medicina en la República de Panamá, y confirmado por la Junta Médica de la Empresa. En cualquier caso, la Empresa 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 Asegurado o el Administrador del Asegurado comunique a la Empresa.

El Asegurado o el Administrador del Asegurado debe enviar a la Empresa la reclamación formal y deberá aportar la siguiente información:

- a. Carta de Reclamación debidamente firmada por el Asegurado o Administrador y diagnóstico preparado por el médico tratante, debidamente completado y firmado.
- b. Pruebas Adicionales solicitadas por la Empresa: La Empresa se reserva el derecho de comprobar la ocurrencia de Enfermedad declarada por el Asegurado o Administrador.
- c. Documentación de Segunda Opinión: El Asegurado deberá someterse a una Segunda Opinión por parte del Médico o Médicos señalados por la Empresa para las Enfermedades Graves y/o Intervenciones Quirúrgicas amparados bajo esta Póliza.

La Empresa 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 Médicamente Necesario. La Empresa pagará el costo de la Segunda Opinión Médica.

El Asegurado o el Administrador del Asegurado facilitará toda información y documentación, si así lo exigiera la Empresa.

La presentación de los documentos e intercambio de correspondencia entre el Asegurado y la Empresa 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 Empresa tendrá derecho a declinar cualquier posible indemnización.

IV. COLABORACIÓN DEL ASEGURADO

El Asegurado o el Administrador del 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 Empresa 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 o el Administrador del 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 Empresa.

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

V. 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 Empresa haya recibido de forma oportuna y aceptado las pruebas de interés y de pérdida en las oficinas de esta Empresa de acuerdo con la Cláusulas de "AVISO DE SINIESTRO Y FORMALIZACION DEL RECLAMO".
- b) La Empresa indemnizará al Asegurado y/o Administrador del Asegurado.

Toda indemnización que la Empresa 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 Empresa haya recibido a satisfacción toda la información requerida.

En el caso que el asegurado se encuentre incapacitado (según dicho término se define más adelante) de recibir la indemnización, o falleciera antes de recibirla, la Empresa 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.

Sin perjuicio de lo anterior, queda entendido y convenido que cualquier instrucción girada por el Administrador deberá ser por escrito y debidamente firmada, y se entenderá aceptada por el Asegurado, la Empresa tomará por buena y válida la primera comunicación que reciba al respecto, sin necesidad de tener que realizar pesquisa o indagación alguna al respecto.

Parágrafo. Para los propósitos de esta Póliza, se entenderá por incapacidad la falta manifiesta del discernimiento necesario para administrar sus negocios y bienes, por enfermedad o accidente, que haya sido determinada como irreversible o que haya durado más de treinta (30) días calendario, y cuya duración deba razonablemente esperarse que sea indefinida, lo que pase primero, según lo certifiquen por escrito dos (2) médicos especialistas en el ramo de reconocida reputación, preparación y experiencia, seleccionados por el Administrador o por la Empresa y queda entendido y convenido que la Empresa tomará como concluyente los informes presentados por los médicos al Administrador y no tendrá obligación de verificar ni confirmar los mismos.

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 Empresa quedará completamente libre de toda obligación y el Asegurado perderá todo derecho a indemnización. Además, la Empresa queda facultada para rescindir el Contrato.

b) DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

La Empresa 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 Empresa 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 Empresa por las complicaciones resultantes de cualquier negligencia en los servicios recibidos de la entidad que provee la trasportación aérea o terrestre de pacientes, incluyendo retrasos o restricciones del vuelo.

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

GENERAL DE SEGUROS, S.A.



Representante Autorizado

Este modelo de póliza ha sido autorizado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para ser comercializado entre el público consumidor mediante **Resolución DRLA - 064 de 27 de octubre de 2023.**

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