

POLIZA NO. 43086 – GLOBAL BANK CORP.

CERTIFICADO POLIZA PARA

Plan 3 – Grado 8 y 9

BENEFICIOS MAXIMOS PARA EL EMPLEADO

Cobertura del Seguro:

Vida Básico	“48 veces el salario redondeado al millar superior” Mínimo USD10,000.00 Máximo USD500,000.00*
Incapacidad Total y Permanente	100% del beneficio de Vida Básico
Muerte Accidental y Beneficio por Desmembramiento	Según tabla No.2
Pago Adelantado del Capital por Enfermedad Terminal	35% del beneficio de Vida Básico

*Para montos de seguro en exceso de **USD300,000.00**, Límite de Suma Asegurada, los asegurados deberán suministrar evidencia de asegurabilidad satisfactoria a la Compañía de Seguros. Tal cobertura en exceso no llegará a ser efectiva hasta que la compañía de seguros suministre notificación por escrito al tenedor de la Póliza estipulando la fecha efectiva de la aprobación y el monto de seguro en exceso aprobado

BENEFICIO DE ANTICIPO PARA GASTOS FUNERARIOS

Garantizamos que se efectuará un Adelanto de Capital para gastos funerarios hasta la suma de USD2,000.00 pagaderos a la funeraria previa presentación del Certificado de Defunción. Este pago se realizará dentro de las primeras 48 horas desde que la notificación sea recibida por la Compañía de Seguros.

BENEFICIO DE ADELANTO DE CAPITAL POR ENFERMEDAD TERMINAL.

Se incluye el Beneficio de Adelanto de Capital por Enfermedad Terminal, del cual se pagará el equivalente al 35% de la cobertura por Muerte, aplicable al asegurado bajo la póliza en la fecha en que se le certificó que sufría una enfermedad terminal.

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Se incluye el Beneficio de Renta por Incapacidad Total y Permanente (Opción 2), hasta el cumplimiento de los 62 años de edad. Este beneficio se reembolsará en 60 mensualidades después de recibir la prueba de incapacidad total y permanente y aprobada por la Compañía de Seguros.

ELEGIBILIDAD VIDA

Todos los empleados regulares, permanentes, ya sea trabajando a tiempo completo o a medio tiempo, hasta cumplir la edad de 72 años, y que se encuentren al servicio de la compañía a la fecha efectiva de la póliza.

Los nuevos empleados que subsecuentemente comiencen a trabajar serán efectivos de acuerdo a lo siguiente:

-Personal calificado desde el rango de Sub-Gerente, en adelante serán efectivos inmediatamente inicien labores con el contratante.

-Personal calificado como Resto de Personal, serán efectivos a los seis (6) meses de laborar con el Contratante.

Póliza 43086

Fecha de actualización: 01 de marzo de 2025 / gigs

No obstante, el Contratante se reserva el derecho de solicitar cobertura efectiva inmediata (al inicio de labores) para el personal que considere necesario, conforme los criterios previamente acordados con la Compañía de Seguros.

Los nuevos asegurados de 60 años de edad o más, no serán elegibles para el seguro.

Todos los nuevos asegurados, para participar de estas coberturas deberán suministrar los requisitos de asegurabilidad satisfactoria (Declaración de Salud), requerido por la Compañía de Seguros.

Los asegurados con edades de 65 años hasta el cumplimiento de 72 años, tendrán cobertura por el 50% de la suma asegurada.

La cobertura de vida es 100% no contributoria para el empleado.

LA PÓLIZA - ESTIPULACIONES GENERALES

Cláusula 20 SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) – No Aplica.

III. ADITAMENTOS

B. ADITAMENTO DE SEGURO COLECTIVO CONTRA MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL.

TABLA MDA - 2

POR PÉRDIDA DE:

	100%
Muerte Accidental	
Pérdida de Ambos Brazos o Ambas Manos	100%
Pérdida de Ambas Piernas o de Ambos Pies	100%
Pérdida de un Brazo o de una Mano junto con la de una Pierna o de un Pie	100%
Pérdida de un Brazo o de una Mano, o de una Pierna, o de un pie junto con la ceguera irreparable de un ojo	100%
Ceguera irreparable de ambos ojos	100%
Parálisis presumiblemente incurable que impida todo trabajo	100%
Pérdida del Brazo derecho arriba del Codo	65%
Pérdida de la Mano Derecha	60%
Pérdida del Brazo Izquierdo arriba del Codo	53%
Pérdida de la Mano Izquierda	48%
Pérdida de una Pierna arriba de la rodilla	65%
Pérdida de Un Pie	40%
Pérdida de la Vista de un Ojo	50%
Pérdida total e irreparable del habla	50%
Sordera bilateral total e irreparable	50%
Pérdida de las dos Falanges del dedo pulgar de la Mano Derecha	20%
	20%
De la Mano Izquierda	
Pérdida de las tres Falanges del dedo índice de la Mano Derecha	15%
De la Mano Izquierda	15%

Por pérdida total se entiende la amputación total definitiva del miembro lesionado.

La pérdida de la mano y un pie quiere decir, pérdida por o arriba de la muñeca o el tobillo respectivamente, y pérdida de la vista quiere decir, pérdida total e irreparable de la vista.

Cláusula 4 LIMITACIONES

El seguro proporcionado por el presente no cubre ninguna pérdida resultante de, o causada directa o indirectamente, completa o parcialmente por:

- a) **Enfermedad o dolencia corporal o mental, tratamiento médico o quirúrgico de ello, hernia o infecciones por ptomaína o por bacteria (excepto infecciones piogénica resultantes de heridas visibles sufridas accidentalmente).**
- b) **Daño causado a sí mismo, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.**
- c) **Carreras de velocidad sobre ruedas, o en caballos, o en barcos, o esquí acuático.**
- d) **Guerra declarada, o no, o cualquier acto de guerra o insurrección, como resultado de huelga, motín, conmoción civil o asalto, servicio en cualquier fuerza militar, naval o área de cualquier país, mientras que dicho país se encuentre en estado de guerra, desempeño de funciones como agente de policía en cualquier organización militar o naval.**
- e) **La comisión de, o intento de cometer un asalto o cualquier acto fuera de la ley, o estar comprometido en cualquier actividad ilegal.**
- f) **Servicio, viaje o vuelo en cualquier tipo de avión excepto como pasajero pagando pasaje en un avión de línea regular incorporada para el servicio de pasajeros, operando por un porteador común, sobre una ruta aérea definitivamente establecida.**
- g) **Manejar mientras este intoxicado tal y como lo define la ley.**
- h) **Uso de cualquier sustancia, droga, alucinógeno, excepto en los casos según sea recetado por un médico autorizado.**
- i) **Cualquier enfermedad, lesión o daño que sea consecuencia directa, o indirecta, de culpa o negligencia imputable al asegurado.**

COBERTURA DE SALUD:**PALIG-SALUD (LA RED) INTERNACIONAL
ATENCIÓNES BAJO LA RED PALIG SALUD****PLAN 3
Grado 8 y 9****BENEFICIOS PAGADEROS SIN APLICACIÓN DE CO-PAGO O CO-ASEGURO**

- Honorarios Médicos por Cirugía y Anestesia (Aplicable solo casos Pre-Autorizados)	100%
- Visitas Médicas en el Hospital	100%
- Urgencias por Accidente	100%
- Ambulancia (Hasta USD500.00)	100%

**COBERTURAS POR RECLUSIÓN HOSPITALARIA CUBIERTAS AL 100% DESPUÉS DE
SATISFACER EL CO-PAGO INDICADO**

	CO-PAGO PRIVADO
- Cuarto y Alimentación Diario, Cuidado Intensivo y Gastos de Hospital: Centro Médico Paitilla, Pacífica Salud, The Panama Clinic y Hospitales en el interior del país	USD450.00
Para aquellos ingresos a cuartos de urgencia por Accidente y Enfermedades Crítico Detalladas (según listado) que deriven en una hospitalización se aplicara el co-pago del Centro Médico Paitilla, Pacífica Salud, The Panama Clinic y Hospitales del interior del país aunque la atención haya sido en otro de los hospitales de la ciudad.	
Resto de los Hospitales	USD900.00
- Cirugías Ambulatorias Centro Medico Paitilla, Pacífica Salud, The Panama Clinic y Hospitales en el interior del país	USD200.00
Para el resto de los Hospitales al 70% después de deducible	

**COBERTURAS DE PACIENTE EXTERNO CUBIERTAS AL 70% DESPUÉS DE
CUBIERTO EL DEDUCIBLE**

- Papanicolaou de Control para Aseguradas (uno por año) y aplica para dependientes cónyuges	70% - 30%
- Un examen anual de PSA – EE mayor de 40 años para empleados únicamente	70% - 30%
- Un examen anual de Mamografía regular – EE mayor de 40 años para empleados únicamente.	70% - 30%
- Laboratorios y Rayos X	70% - 30%

**COBERTURAS DE PACIENTE EXTERNO CUBIERTAS AL 100% DESPUÉS DE
SATISFACER EL CO-PAGO INDICADO**

- Visitas Médicas Externas Médico General	USD15.00
Médico Especialista	USD30.00
- Control del Niño Sano (hasta cumplir 6 años)	USD30.00
0 - 12 meses 6 consultas al año	
13 - 23 meses 2 consultas al año	
24 meses a 6 años 1 consulta al año	
- Vacunas para Bebé Sano según cuadro reglamentario Ministerio de Salud obligatorias en cita de control	40%
- Urgencia por Enfermedad Detallada*	USD40.00
* <u>Enfermedades detalladas</u> : Atenciones en casos agudos de: convulsiones, hemorragias, enfermedades agudas del sistema circulatorio (angina, infarto, crisis hipertensiva, ataque al corazón) y del sistema respiratorio (bronquitis aguda, neumonía, neumotórax, crisis asmática), gastrointestinal (gastroenteritis, sangramientos, hemorragias, viscera perforada, apendicitis aguda, colecistitis aguda, obstrucción intestinal), deshidratación severa, desmayo, intoxicación severa, reacción alérgica severa, shock anafiláctico, edema angioneurótico, reacción a medicamentos, cólico renal, hematuria, retención urinaria, falla renal aguda, cefaleas intensas, fiebre alta en la infancia, dolor intenso en cualquier localización del cuerpo.	
Urgencia por Enfermedad No Detalladas	70% - 30%

**BENEFICIOS DE MATERNIDAD
CUBIERTAS AL 70% DESPUES DE CUBIERTO EL DEDUCIBLE**

- Ultrasonidos 3 por embarazo 70% - 30%

CUBIERTAS AL 80% DESPUES DE CUBIERTO EL DEDUCIBLE

- Pre-Natales máximo 9 consultas por embarazo USD30.00

Hospitalización

Cesárea o Embarazo Extra-Uterino	Hospitalización
Parto Normal	USD500.00
Aborto Legal/Amenaza de Aborto	USD500.00

LIMITE DE MATERNIDAD (Aplica para gastos de Hospital y honorarios médicos)

Cesárea	USD2,700.00
Parto Normal	USD1,700.00
Aborto	USD1,000.00
Complicaciones del Embarazo	USD2,000.00

BENEFICIO DE MATERNIDAD EN EL EXTRANJERO (Bajo los siguientes Límites)

Cesárea o Embarazo Extra-Uterino	USD3,000.00
Parto Normal	USD2,000.00
Aborto Legal	USD1,000.00
Amenaza de Aborto/ Hospitalización	USD1,000.00

BENEFICIO COMPRENSIVO MEDICO MAYOR

Máximo Anual Renovable por Persona hasta cumplir 65 años	USD300,000.00
Máximo Anual Renovable por Persona de 65 hasta cumplir la edad de 72 años.	USD100,000.00
Beneficio de SIDA y/o sus complicaciones	USD45,000.00

Deducible por Año Calendario (Máximo 3 por Familia)	USD450.00
Deducible para atención en Estados Unidos, Europa y Japón	USD1,500.00

Cuarto y Alimentación Diario en Estados Unidos (al 80%, máx. de)	USD250.00
---	-----------

Co Aseguro para gastos de Hospital y Honorarios Médicos/ Razonables y acostumbrados en el área:

- Co-Aseguro para casos Pre-autorizados	80% - 20%
- Co-Aseguro para casos No Pre-autorizados	60% - 40%

Cobertura preventiva – Empleados solamente se cubre como cirugía ambulatoria después del co-pago correspondiente

- Salpingectomía – Empleado solamente
- Vasectomía – Empleado solamente

“Stop loss Para servicios de Hospital” y Honorarios Medicos Aplica sobre Casos Pre-Autorizados. (desembolso Máximo Anual por el asegurado Excedente se reembolsará Al 100%).

- Panamá y Latinoamérica	USD8,000.00
- Estados Unidos, Europa y Japón	USD10,000.00

Transporte de Ambulancia Aérea (Límite Máximo)	USD15,000.00
--	--------------

Cuidado Critico Neonatal	
Máximo Beneficio	USD15,000.00
Deducible	USD500.00
Co-Aseguro	80% - 20%

**SOLO SE REEMBOLSARAN LOS SIGUIENTES BENEFICIOS TODA VEZ SE HAYA
COMPLETADO EL DEDUCIBLE ARRIBA INDICADO**

- Medicinas Recetadas	80% - 20%
-Terceras Molares Impactadas al 100% (sin deducible)	USD125.00c/u
-Recién Nacido al 100% (sin aplicar deducible)	USD500.00
-Tratamiento de Alergia (Límite Máximo)	USD300.00
- Beneficio de Psiquiatría (al 50% después de deducible) (Máximo de 50consultas por año calendario)	USD40.00 c/u
- Botas ortopédicas (máximo 2 pares por año, una cada 6 meses)	80% - 20%
- Tratamiento de acupuntura (casos preautorizados solamente)	80% - 20%
- Aparato de Inhalo terapias para el asma Al 50%-50% máximo de	USD75.00
- Las inyecciones y fisioterapias	80% - 20%
 Terapia Ocupacional de lenguaje, tratamiento neurorestaurativo y sicoterapia	 80% - 20%
Máximo Vitalicio	USD15,000.00
Máximo Anual	USD3,000.00
 Beneficio para Donante de Órganos (Máximo USD5,000.00)	 80% - 20%

PALIGMED Essential:

CO-PAGO

A. Funcionamiento a través de la Red

Coberturas al 100% bajo la Red Essential

Gastos de Hospital por Cirugía Ambulatoria

100% de los cargos elegibles

(excepto las indicadas en el Listado de Procedimientos de Alto Costo y Condiciones Catastróficas que se pagan al coaseguro luego del deducible, estos al ser realizados en esta red, tendrán un descuento de 50% en el Coaseguro)

B. Coberturas Inmediatas al 100% después de cubierto el Co-Pago bajo la Red Essential

Cuarto y alimento **Privado**, cuarto de Cuidados Intensivos diario y gastos especiales por estadía dentro del Hospital – Primeros diez (10) días

USD125.00 por Evento

* Todas las Hospitalizaciones del onceavo día en adelante se reembolsarán de acuerdo al % de reembolso establecido en la Clase que corresponda, después del deducible.

Urgencia por Enfermedad Crítico-Detallada

Co-Pago de USD15.00

Listado de Enfermedades Crítico Detalladas: Atenciones en casos agudos de: convulsiones, hemorragias, enfermedades agudas del sistema circulatorio (angina, infarto, crisis hipertensiva, ataque al corazón) y del sistema respiratorio (bronquitis aguda, neumonía, neumotórax, crisis asmática), gastrointestinal (gastroenteritis, sangramientos, hemorragias, viscera perforada, apendicitis aguda, colecistitis aguda, obstrucción intestinal), deshidratación severa, desmayo, intoxicación severa, reacción alérgica severa, shock anafiláctico, edema angioneurótico, reacción a medicamentos, cólico renal, hematuria, retención urinaria, falla renal aguda, cefaleas intensas, fiebre alta en la infancia, dolor intenso en cualquier localización del cuerpo.

* Los diagnósticos que no se incluyen en el listado se cubrirán de acuerdo con el 70%, después del deducible.

Atención Médica fuera de Hospital – Médicos Generales

Co-Pago de USD.00

Atención Médica fuera de Hospital – Médicos Especialistas

Co-Pago de USD10.00

Rayos X y Laboratorios Ambulatorios

Co-Pago de 20%

BENEFICIOS ESPECIALES:

1. SEGURO COLECTIVO DE DENTAL

Servicio de Emergencia - Odontológica Básica para el Empleado. Proveedor SIGMA DENTAL.

Cobertura Dental: Evento inesperado o repentino que le origine dolor, inflamación o hemorragia. Incluye Evaluación Clínica de Emergencia. Eliminación de Caries empleando Amalgamas y/o Resinas. Recubrimiento de desgastes en cuellos dentarios con Vidrio Ionomérico. Exodoncia Dental Simple (Extracciones). Radiografías (Periapicales y/o Coronales) tomadas en el consultorio como complemento del diagnóstico clínico. Atención de emergencias de origen Dental, Periodontal y Protésicas.

2. TELEMEDICINA

1. Beneficio ilimitado, el cual será ofrecido únicamente por nuestro proveedor, a través de video consultas médicas, para el asegurado y dependientes. No requiere co-pago.
2. Este servicio, mantiene una aplicación móvil a través de la cual, se brindará el servicio.
3. Horario de Servicio, a través de esta aplicación: 7:00 a.m. a 11:00 p.m.
4. Horario 24 horas, para la atención telefónica, a través de PALIC SOS 800-4200.

3. PROGRAMA DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA – Aplica solo a asegurados con cobertura en Salud.

El beneficio de asistencia psicológica detallado, es otorgado por Pan-American Life exclusivamente a contratantes y/o asegurados mientras mantengan designado a MARSH SEMUSA como su corredor de seguros, en el evento de un cambio de corredor dicho beneficio será cancelado y no podrá ser otorgado con ningún otro corredor de seguros.

Coberturas de Asistencia Psicológica – solo para el asegurado principal, Proveedor ALBENTURE.

- Este servicio de orientación psicológica te apoya en situaciones como: Enfermedades graves, fobias, luto, problemas de pareja, familiar, desórdenes alimenticios, relación con los hijos, etc.
- Este beneficio guarda la confidencialidad de cada caso.
- Incluye:
 - Sin costo:
 - Consulta Telefónica Ilimitada - Teléfono 800-7740/Celular 6343-3854
 - Atención 24 / 7
 - Psicólogos Idóneos y expertos en el manejo de situaciones.
 - Con costo:
 - Atenciones presenciales, aplica si el Psicólogo así lo considera, 5 primeras sesiones a un costo preferencial de US\$30 por cita y a partir de la sexta cita en adelante US\$50.00 c/u.

4. ASISTENCIA EN VIAJE:

En caso de requerir asistencia, debe llamar con cobro revertido a la **central operativa** localizada en Miami, Florida – USA, 001- **305 - 455 - 1575** antes de actuar por su cuenta, este es un requisito indispensable y obligatorio para recibir cualquier tipo de asistencia que necesite.

En adición puede llamar a la línea gratuita desde EEUU y Canadá al 1- 800- 801 -9639, o a los números telefónicos adicionales que aparecen en su voucher, dependiendo del país en que se encuentre.

Si la red telefónica local o el hotel no admite llamada por cobrar, se le reembolsará el costo de la llamada realizada por usted contra la presentación del respectivo comprobante de pago en original.

Si la naturaleza de su enfermedad o lesión le impiden solicitar asistencia a nuestra Central Operativa, usted queda facultado para contratar los servicios asistenciales que resulten necesarios. Sin embargo, dentro de las 24 horas siguientes y como condición inexcusable para solicitar reintegro, usted o cualquier persona debe contactar a nuestra central de asistencia para dar la información relativa al evento sufrido y a las prestaciones recibidas.

Las siguientes coberturas se darán exclusivamente a los ejecutivos viajeros de la empresa contratante. Los reportes de viajes serán registrados en la página Web con un mínimo de 24 horas de antelación. Para este procedimiento, le estamos adjuntando instructivo, carta con código de acceso y contraseña.

Los viajes deberán ser remitidos a las oficinas de **PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMA, S.A.**, con dos días de anticipación al viaje, a la dirección servicioalclientepanama@palig.com en horario de oficinas, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. y los sábados de 9:00a.m. -12:00md., con la información del nombre del viajero, cédula, fecha de inicio, término de viaje y destino.

Los servicios y coberturas se otorgarán siempre y cuando el Asegurado no tenga la edad de 75 o más años en el momento de la asistencia.

Los servicios y coberturas incluyen de manera limitativa lo siguiente:

ASISTENCIA EN VIAJE	PLAN COACH
Asistencia médica por accidente	USD 10,000
Asistencia Médica por COVID-19 hasta el tope de gastos de asistencia médica por accidente o enfermedad	Incluido hasta los 70 años*
Asistencia médica por enfermedad no preexistente por evento	USD 10,000
Traslado sanitario y/o Repatriación sanitaria Incluido en el Tope de gastos de asistencia médica por accidente o enfermedad	Incluido
Medicamentos recetados	USD 300
Odontología de urgencia	USD 250
Traslado y gasto de hotel de un familiar	Tkt Aéreo
Gastos de hotel por convalecencia (máx. 10 días)	USD 800
Acompañamiento de menores	Si
Repatriación funeraria	Si
Regreso anticipado por fallecimiento/enfermedad de un familiar	Si
Regreso anticipado por enfermedad o accidente del titular	Si
Regreso anticipado por siniestro en domicilio del titular	Si
Gastos por vuelo demorado (+ 6 horas)	USD 200
Gasto de anulación de paquete turístico	USD 2,000
Transmisión de mensajes urgentes	Incluido
Seguimiento de viaje / Crucero	Si
Substitución de ejecutivos	Si
Asistencia en caso de extravió de documentos	Si
Línea de consultas	Si
Demora en la entrega de equipajes (+ 6 horas)	USD 500
Compensación por pérdida equipaje en línea aérea reg./crucero	USD 1,300
Transferencia de fondos (sin gastos de envío)	USD 3,500
Transferencia de fondos para fianza penal	USD 10,000
Asistencia legal por accidente de tránsito	USD 1,500
1° asistencia médica por enfermedad crónica o preexistente	USD 300
Repatriación por quiebra de la compañía aérea	Si
Repatriación Administrativa	Si
Asistencia médica en cruceros (gastos cubiertos contra reembolso)	Si
Asistencia médica para embarazadas en caso de complicaciones antes de la semana 26 de gestación	Incluido
Máximo de días por Viaje	90 días
Límite de edad	72 años
Cobertura Geográfica	Mundial excepto el País de Residencia.

Los servicios listados serán dispensados, con sujeción a los términos indicados en la póliza o en cualquiera de sus aditamentos o endosos, por la Compañía de Seguros o a través de cualquier persona natural o jurídica que, a tal efecto, autorice la aseguradora.

Las prestaciones de la Asistencia en Viaje referidas a las personas, equipajes y efectos personales se extenderán a todo el mundo, exceptuando el territorio del país de residencia.

Los asegurados tendrán derecho a estas prestaciones durante su viaje. **Se considerará viaje toda estancia no superior a 90 días de permanencia fuera del país donde tenga su domicilio habitual.**

En adición a las EXCLUSIONES indicadas en el contrato póliza, quedan expresamente excluidos de los Servicios Listados lo siguiente:

- Las enfermedades crónicas o preexistentes padecidas con anterioridad al inicio del viaje, conocidas o no por el Beneficiario, así como sus agudizaciones y consecuencias. Al respecto, solamente se reconocerá la primera consulta clínica que permita verificar la preexistencia de la enfermedad con un límite máximo descrito en el voucher.
- Enfermedades con compromiso inmunológico, tanto sea éste consecuencia de la misma enfermedad o de las drogas utilizadas para su tratamiento; oncológicas, desordenes cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, infecciones renales crónicas, hepatitis; todo tipo de enfermedades endémicas, epidémicas y/o pandémicas, etc., sean éstas conocidas o no por el asegurado.
- Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones resultantes de tratamientos efectuados por personas o profesionales no autorizados por el Departamento Médico del PROVEEDOR.
- Tratamientos homeopáticos, acupuntura, quinesioterapia, curas termales, podología, etc.
- Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de actuaciones delictivas o contravencionales del asegurado, directa o indirectamente.
- Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por ingestión o administración intencional de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- Eventos producidos bajo el efecto de alcohol, drogas alucinantes o que alteren la normal precepción de la realidad.
- El tratamiento, terapia y rehabilitación de alcoholismo y/o drogadicción.
- Gastos incurridos en cualquier tipo de prótesis o similares, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas de todo tipo, ya sean de uso interno o externo, incluyendo, pero no limitados a: prótesis dentales, lentes, audífonos, anteojos, artículos de ortopedia, férulas, muletas, sillas de ruedas, nebulizadores, respiradores, etc.
- El diagnóstico, control, seguimiento y tratamiento de embarazos; los partos; los abortos y sus consecuencias, a menos que sean producto de un accidente.
- Todo tipo de enfermedad mental, disturbios y tratamientos emocionales psicológicos de cualquier naturaleza. -
- Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas o de consumo de drogas de cualquier tipo. -
- Controles de tensión. - Hipertensión e Hipotensión arterial y sus consecuencias. -
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA ó HIV en todas sus formas, secuelas y consecuencias. Enfermedades venéreas o de transmisión sexual, y/o en general todo tipo de prestación, examen y/o tratamiento que no haya recibido la autorización previa del PROVEEDOR. -
- Eventos como consecuencia de desencadenamiento de fuerzas naturales, radiación nuclear y radioactividad, epidemias, así como cualquier otro fenómeno con carácter extraordinario o evento que, debido a sus proporciones o gravedad, sea considerado como desastre nacional o catástrofe. -
- El suicidio, intento de suicidio o las lesiones infringidas a sí mismo por parte del asegurado y/o su familia, así como cualquier acto e incluso accidente donde se ponga de manifiesto la irresponsabilidad o imprudencia por parte del asegurado. -
- Eventos consecuentes de actos de guerra, terrorismo u otra alteración grave del orden público.
- Los actos intencionados y de mala fe del asegurado o de sus apoderados. En caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad que ya esté padeciendo, y que el tratamiento actual tiene alguna vinculación directa o indirecta con la dolencia previa, el PRESTADOR quedará relevado de prestar sus servicios. A tal fin, el PRESTADOR se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la dolencia previa. -
- El cáncer y todos sus tratamientos. -

- Lesiones de conductor o pasajero por el uso de cualquier tipo de vehículos incluidos motocicletas y velomotores sin licencia de conducir, sin casco y sin seguros contratados. -
- Lesiones por participar en apuestas o peleas. -
- Cirugías plásticas y Tratamientos rejuvenecedores o estéticos. -
- Exámenes y/u hospitalizaciones para exámenes, pruebas de esfuerzo y todo tipo de chequeos preventivos. -
- Cualquier tipo de hernias y sus consecuencias. -
- Secuestro o su intento. -
- Riesgos provenientes de situaciones que no se incluyen en el concepto de accidente personal, tal como las lesiones por consecuencia, dependientes predispuestas o facilitadas por esfuerzos repetitivos o micro traumas acumulativos, o que tengan relación de causa y efecto con los mismos, así como las lesiones clasificadas como lesiones por esfuerzos repetitivos, enfermedades osteomusculares relacionadas al trabajo, lesión por trauma continuado o continuo, etc., o similares, tanto como sus consecuencias pos-tratamiento inclusive quirúrgicos en cualquier tiempo. -
- Las situaciones reconocidas o equiparadas por los órganos oficiales de acción social o semejante, a la invalidez por accidente de trabajo, en el cual el evento causante de la lesión no se encuadre íntegramente en la caracterización de invalidez por accidente personal y en general, se excluye toda derivación vinculada a accidentes de trabajo, en lugares de desempeño o in itinere y enfermedades profesionales.
- Riesgos Profesionales. Si el motivo del viaje del asegurado fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional.
- Situación Migratoria Ilegal y/o Situación Laboral Ilegal del asegurado. Riesgos profesionales; Si el motivo del viaje del asegurado fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional. (En todos los casos los servicios descritos en estas Condiciones Generales serán complementarios de los que deban prestarse por parte de entidades asistenciales y de seguros según las normas de seguridad industrial y de riesgos laborales aplicables en el país donde se presente la enfermedad o accidente objeto del servicio.)
- Están excluidos los países en guerra civil o extranjera (Ejemplo: Afganistán, Irak, Sudan, Somalia, Corea del Norte, etc., (la enumeración es taxativa y no enunciativa).
- Cuando el propósito del viaje del Beneficiario sea recibir tratamiento médico, a menos que se compruebe debidamente que el evento o fallecimiento del Beneficiario no tuvo nada que ver con el tratamiento médico que originó el viaje.
- Las afecciones o lesiones derivadas de empresa criminal del Beneficiario.
- Los accidentes y/o enfermedades derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, lo mismo que los derivados de la práctica aficionada de deportes considerados como peligrosos o extremos.

Caducidad

Toda reclamación tendiente a hacer efectivas las obligaciones que la cobertura de asistencia asume a través de las Condiciones Generales, deberá formularse dentro del plazo de 30 (treinta) días corridos, contados a partir de la fecha de expiración del plazo de vigencia consignado en el voucher y siempre y cuando se haya llamado a la central operativa para informar de lo sucedido.

Verificación

Confirme que todos los datos consignados en su voucher y tarjeta de asistencia sean correctos. Controle especialmente los teléfonos indicados como contacto en caso de emergencia, así como también las fechas de vigencia y el producto adquirido. Si hay errores en los datos, comuníquese con la central operativa en el país de la emisión de la tarjeta para rectificar los mismos.

Identifique su equipaje con la tarjeta suministrada para tal fin.

En caso de extravío o demora de equipaje:

- Inmediatamente constatada la falta de equipaje, dirijase a la compañía aérea o persona responsable dentro del mismo recinto al que llegan los equipajes.
- Solicite y complete el formulario P.I.R. (Property Irregularity Report), con la compañía aérea.
- Antes de abandonar el aeropuerto, comuníquese telefónicamente con la central operativa de asistencia, a efecto de notificar el extravío de su equipaje indicando el número de formulario P.I.R., para seguimiento del mismo ante la línea aérea.}

ELEGIBILIDAD SALUD:

Todos los empleados regulares, permanentes, ya sea trabajando a tiempo completo o a medio tiempo, hasta cumplir la edad de 72 años, y que se encuentren al servicio de la compañía a la fecha efectiva de la póliza.

Los nuevos empleados que subsecuentemente comiencen a trabajar serán efectivos de acuerdo a lo siguiente:

-Personal calificado desde el rango de Sub-Gerente, en adelante serán efectivos inmediatamente inicien labores con el contratante.

-Personal calificado como Resto de Personal, serán efectivos a los seis (6) meses de laborar con el Contratante.

No obstante, el Contratante se reserva el derecho de solicitar cobertura efectiva inmediata (al inicio de labores) para el personal que considere necesario, conforme los criterios previamente acordados con la Compañía de Seguros.

Los nuevos asegurados de 60 años de edad o más, no serán elegibles para el seguro.

Todos los nuevos asegurados, para participar de estas coberturas deberán suministrar los requisitos de asegurabilidad satisfactoria (Declaración de Salud), requerido por la Compañía de Seguros.

E. ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTES *(Vea la Cláusula 4 de este adictamento)***Dependientes Elegibles:**

Límite de Edad para:

Cónyuge: 72 (sin límite de edad cumplida)

Hijos: Mínimo 14 días de nacido

Máximo 19 años (edad cumplida)

Se extiende hasta cumplir 25 años, por razón de estudios universitarios.

Los nuevos dependientes para participar de estas coberturas serán efectivos de acuerdo a lo siguiente:

-Dependiente del Personal calificado desde el rango de Sub-Gerente, en adelante serán efectivos inmediatamente inicien labores con el contratante.

-Dependiente del Personal calificado como Resto de Personal, serán efectivos a los seis (6) meses de laborar con el Contratante.

Los dependientes de los empleados en el que el Contratante se reserva el derecho de solicitar cobertura efectiva inmediata (al inicio de labores) para el personal que considere necesario, conforme los criterios previamente acordados con la Compañía de Seguros.

Los nuevos dependientes de 60 años de edad o más, no serán elegibles para el seguro.

Todos los nuevos dependientes, para participar de estas coberturas deberán suministrar los requisitos de asegurabilidad satisfactoria (Declaración de Salud), requerido por la Compañía de Seguros.

PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

Se incluye el Privilegio de Conversión al plan de Salud HEALTH TRUST a los asegurados que cumplan los siguientes requisitos de acuerdo a la nueva ley de seguros, artículo No. 163 del 3 de abril de 2012:

- Que hayan estado amparados bajo la póliza colectiva de salud por un periodo mínimo de dos (2) años.
- Deberá ser solicitada por el asegurado en un periodo no mayor de 31 días posterior a su terminación en la póliza colectiva y pagar la prima inicial correspondiente dentro del mismo periodo.
- Se ofrecerá el producto de seguros individual que se encuentre dentro de la oferta de seguros disponible y por un límite máximo al existente bajo la póliza colectiva al momento de la conversión.
- Prima basada en la tarifa del producto individual según el riesgo y la edad que tenga el asegurado en la fecha de conversión.

PALIC S. O. S.

Teléfono 800-4200

SERVICIO DE AMBULANCIA Y ASISTENCIA MEDICA - Cobertura local

BENEFICIOS

- Orientación médica telefónica por un doctor, los 365 días del año y a lo largo de todo el territorio nacional.
- Atención Médica en el lugar de origen de la enfermedad / accidente (casa, oficina, teatro, etc.) en caso de emergencia o urgencia.
- Traslado de ser necesario a juicio del médico de la unidad, en caso de emergencia/ urgencia (ver listado de condiciones médicas de urgencias) desde el lugar de origen de la enfermedad / accidente hasta una clínica u hospital.

AMPLIO RADIO OPERATIVO

- Ciudad de Panamá: Panamá Metro, hasta alcalde Díaz y hasta Nuevo Tocumen.
- Ciudad de Colón: Ciudad de Colón, Zona Libre, hasta Sabanitas.
- Arraiján y La Chorrera: Desde Panamá Pacífico hasta Villa Rosario.
- David, Chiriquí: Desde Panagas de Las Lomas hasta la Junta Comunal de Bagalá

Participación del asegurado en la atención:

1. Atención médica en el lugar de origen de la enfermedad o accidente (Según definición de Póliza)
 - Condición Médica incluida en el listado de urgencias detalladas (Ver listado) sin Co-pago.
 - Condición Médica no incluida en el listado de urgencias detalladas, Co-pago de USD15.00.

Nota:

- Estos co-pagos serán asumidos directamente por el asegurado en el lugar de la atención.
- En caso de que la condición médica del asegurado se encuentre dentro del listado de urgencias detalladas y se considere necesario trasladarlo a una institución hospitalaria, se cubrirá el traslado a un hospital o clínica, sin co-pago.

NOTAS DE IMPORTANCIA:

1. La cobertura se extiende 24 horas al día los 365 días al año, en cualquier lugar del mundo, y es disponible para empleados permanentes, el cónyuge de éstos hasta cumplir 72 años, e hijos dependientes desde los 14 días de nacidos hasta los 19 años con extensión hasta cumplir 25 por estudios.
2. Al asegurado se le brindará un directorio de los proveedores afiliados a la red **PALIG-Salud**, de los cuales podrá seleccionar al de su preferencia para recibir tratamiento médico u hospitalario y servicios de Laboratorios.

3. Generalmente, el asegurado sólo tendrá que aportar un pequeño co-pago o deducible al utilizar los servicios de un proveedor afiliado. La compañía de seguros le cancelará directamente al proveedor por el servicio brindado.
4. Al presentarse en la oficina o local de un proveedor afiliado, el asegurado deberá identificarse con su carnet de asegurado de la red. Posterior a recibida la atención del proveedor, es necesario que el asegurado complete y firme el **Formulario de Facturación** que el proveedor afiliado le entregará. Este formulario será utilizado por el proveedor para recibir el pago de la compañía de seguro por la atención brindada.
5. En caso de estudios especializados y operaciones quirúrgicas u hospitalizaciones electivas o programadas, el asegurado deberá obtener una "**PREAUTORIZACION**", de parte de la compañía aseguradora. Para tal efecto, la compañía de seguros le proporcionará un Formulario de Solicitud de Pre-autorización.
6. Por la compra de medicamentos recetados y atenciones por un médico psiquiatra, el asegurado deberá cancelar los cargos por la atención y someterlas para reembolso. Estos cargos estarán sujetos a deducible, y se tramitarán de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados del área.
7. Se cubrirán los gastos por o relacionados con los siguientes tratamientos o procedimientos bajo la sección de Gastos Médicos Mayores Comprensivo al 70% luego de satisfecho el deducible correspondiente. Deducible para condiciones catastróficas USD1,500.00
 - Hemodinámica
 - Cardiovasculares (quirúrgicas)
 - SIDA
 - Trasplantes
 - Trauma mayor
 - Cáncer
 - Cirugías ortopédicas mayores y/o Columna Vertebral
 - Hospitalizaciones del onceavo día en adelante, en todos los hospitales del territorio nacional.
 - Neuroquirúrgicas
 - Renales (diálisis)
 - Gran Quemado
 - Congénitas (siempre que el menor nazca en la póliza)
8. En caso de cancelación de un empleado asegurado, la compañía empleadora deberá solicitar el carné del asegurado y sus dependientes y devolverlo a la compañía de seguros.
9. Si el asegurado NO utiliza los médicos de la RED, el reembolso será de acuerdo a los límites acordados con nuestros proveedores. En ningún momento se excederá el monto y no aplicará deducible.
10. Las Molares Impactadas (muela del Juicio) se cubren a razón de USD125.00 c/u al 100%.
11. Botas Ortopédicas, se cubren 2 pares al año (uno cada 6 meses) en el Médico Mayor.
12. Se cubre el 50% del costo del aparato de inhaloterapias para el asma hasta un máximo de USD75.00.
13. Los tratamientos de acupuntura pre-autorizados al 80%.
14. El beneficio de maternidad aplica siempre y cuando se inicie la concepción después de veinticuatro **(24) Meses de Cobertura**; sin embargo para el personal masculino el mismo deberá encontrarse en la categoría de conyugue con maternidad o categoría de dos o más dependientes.

- 15. Cobertura Internacional:** Atenciones fuera de Panamá serán cubiertas bajo un co-aseguro de 80% - 20% en casos de comprobada emergencia o casos Pre-Autorizados. Casos No Pre-Autorizados se limitará al 60% - 40%. **Cobertura Local:** En el caso de planes médicos con cobertura local, cualquier atención fuera de Panamá aplicará sólo en caso de accidente y urgencia comprobada incurrida mientras el asegurado esté viajando y serán limitadas a los beneficios de la Red local (Deducible aplicar USD500.00 en Latinoamérica y USD1,000.00 en Estados Unidos).
- 16.** Las reacciones alérgicas agudas o naifilaxia serán cubiertas como enfermedad con su correspondiente co-pago
- 17.** Las inyecciones y fisioterapias se cubren al 80% hasta el límite estipulado.
- 18.** Todos los nuevos asegurados y dependientes, para participar de estas coberturas deberán suministrar los requisitos de asegurabilidad satisfactoria (Declaración de Salud), requerido por la Compañía de Seguros.
- 19.** Se otorga Beneficio de Asistencia al Viajero con cobertura los 365 días del año y el viaje puede durar máximo 90 días. Aplica para 30 ejecutivos

Cláusula 6 EXCLUSIONES

Este Aditamento no asegura y no se pagarán beneficios por, o causa de:

- 1. Procedimientos quirúrgicos, tratamientos médicos, ortopédicos o de cualquier tipo u origen, así como medicamentos cuya finalidad sea estética, de embellecimiento, rejuvenecimiento, crecimiento, control de peso, calvicie o de uso cosmético en general, (acné de cualquier tipo y las hormonas de crecimiento). Se exceptúa de esta exclusión la cirugía cosmética a consecuencia de un accidente que ocurra mientras el Asegurado esté cubierto bajo el Aditamento**
- 2. Tratamientos médicos como consecuencia de curas de reposo y trastornos del sueño, polisomnografías, gastos de sanatorios o clínicas y lesiones debidas a estados de trastornos mentales derivadas lesiones voluntariamente auto-infligidas, suicidio o intento de suicidio estando o no en uso de sus facultades mentales. Consultas, terapias y tratamientos de psicólogos, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional o cualesquiera tratamiento encaminado a corregir trastornos de aprendizaje, déficit atencional o trastornos de la conducta.**
- 3. Exámenes médicos generales que incluyan consultas con o sin hospitalización, exámenes de laboratorio, rayos X, medicamentos, radiografías, fisioterapia, radium o isótopos, que sean de carácter preventivo, exceptuando lo establecido en la Póliza y sus Anexos. Aquellos tratamientos que no tengan la finalidad de tratar condiciones de enfermedad o lesión.**
- 4. Exámenes dentales, extracciones, calzas, cuidados dentales, tratamientos odontológicos de toda índole, incluyendo prótesis dental, excepto la extracción de molares impactadas o muelas del juicio, y el tratamiento de la pieza natural lesionada en caso de un accidente externo violento dentro de los primeros 180 días de haber ocurrido dicho accidente. No se amparará cirugía maxilofacial de cualquier origen funcional, estético o congénito, o de cualquier naturaleza médica odontológica.**
- 5. La corrección por medio de tratamiento médico o quirúrgico de los defectos de refracción visual (eximer laser), o suministro de anteojos, lentes de contacto, o audífonos.**
- 6. El tratamiento de alcoholismo o de adicción a drogas, al igual que las lesiones causadas por las mismas. Las lesiones o enfermedades debido a la ingestión de drogas somníferas, barbitúricos, alucinógenos o por estado de embriaguez.**

7. **Cualquier enfermedad sobrevenida por o durante participación o insurrección, revolución, huelga, asonada, motín, conmoción civil, guerra declarada o no, competencias de velocidad o deportes peligrosos, actividades ilícitas, prestación de servicio militar, riña originada por el asegurado y lesiones tardías o inmediatas por fisión o fusión nuclear.**
8. **Pruebas de sensibilidad, diagnóstico y tratamiento de alergias, excepto los ocasionados por intoxicación alimenticia, reacciones alérgicas severas, drogas prescritas o crisis asmáticas severas.**
9. **Métodos de planificación familiar y sus consecuencias, así como el diagnóstico general o por laparoscopia para tratamientos de esterilidad y fertilización, inseminación artificial, impotencia y/o frigidez, así como amniocentesis cuando la Cobertura de maternidad no sea considerada como cualquier otra enfermedad en la Sección C de la Cobertura de Seguro.**
10. **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y/o sus complicaciones.** *Se contempla cobertura del 15% del beneficio Máximo Vitalicio, con un límite máximo al 80%, de acuerdo a lo detallado en el punto (g) Cobertura de Seguros.*
11. **Septorrinoplastias, xantomas o xantelesmas, gigantomastias, asimetrías post reconstrucción mamaria, corrección de ptosis parpebrales, keratosis seborreica en cualquier localización.**
12. **Procedimientos no reconocidos o aceptados científicamente, procedimientos nuevos considerados experimentales, investigativos, así como medicina natural, deportiva o música terapia.**
13. **Aparatos ortopédicos mecánicos o bioeléctricos de cualquier clase, excepto lo descrito como beneficio dentro de la póliza.**
14. **Tratamiento de cualquier incapacidad que se hubiera originado antes de la fecha efectiva de vigencia de la cobertura bajo este aditamento sin que se hayan incurrido en gastos médicos por esta incapacidad. De incurrir en gastos médicos por esta incapacidad se extenderá ciento ochenta (180) días más de preexistencia a partir de la fecha del gasto.**
15. **Vacunas o medicamentos no alopáticos, a excepción de beneficios detallado en la Póliza.**
16. **Recargo de anesthesiólogos, asistente quirúrgico salvo en las cirugías que así lo exigen y sean pre autorizados por la Compañía aseguradora.**
17. **Cualquier lesión producto de actos o siniestros causados por culpa o negligencia del Asegurado.**
18. **Todo lo que no esté descrito como beneficio en la póliza.**
19. **Esta Póliza no otorga cobertura para atención en Telemedicina, Cuarto de Urgencia, Consultas ambulatorias, medicamentos, exámenes diagnósticos ni laboratorios, hospitalizaciones ni honorarios médicos requeridos para el tratamiento de COVID-19 y/o sus complicaciones, a los asegurados y/o dependientes, quienes no cuenten con el esquema completo de vacunación contra el COVID-19, según lo establecido por el Ministerio de Salud de la República de Panamá.**

La presente exclusión no será aplicada a los asegurados y/o dependientes, quienes padezcan condiciones médicas que les impidan recibir la vacuna contra el COVID-19, siempre que cuenten con la recomendación por escrito de un médico idóneo de fecha previa a la fecha de hospitalización.