

POLIZA NO. 43691 – BANCO DELTA, S. A.

**CERTIFICADO POLIZA PARA**

Clase 3 – Personal Administrativos

**BENEFICIOS MAXIMOS PARA EL EMPLEADO**

**Cobertura del Seguro:**

|                                                            |                                          |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <b>Vida Básico</b>                                         | <b>Suma Nominal \$10,000.00</b>          |
| <b>Muerte Accidental y Beneficios por Desmembración</b>    | <b>Según tabla N° 2</b>                  |
| <b>Incapacidad Total y Permanente</b>                      | <b>100% del beneficio de Vida Básico</b> |
| <b>Pago Adelantado del Capital por Enfermedad Terminal</b> | <b>35% del beneficio de Vida Básico</b>  |

**BENEFICIO DE ANTICIPO PARA GASTOS FUNERARIOS**

Se incluye el Beneficio de Adelanto para Gastos Funerarios hasta la cantidad de \$2,000.00, pagaderos a la Funeraria, una vez se presente el Certificado de Defunción. Esta cantidad será descontada del Seguro de Vida y la diferencia será pagada al Beneficiario Designado.

**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 **60 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**

Todo el personal que se encuentre trabajando en una base regular y permanente a tiempo completo

Los nuevos empleados que subsecuentemente comiencen a trabajar, serán efectivos inmediatamente sean permanentes y a tiempo completo, sean menores de 64 años.

Nuevos empleados de 64 años de edad o más, no serán elegibles para seguro.

El Seguro de Vida y El Beneficio de MyDA terminarán al cumplir el asegurado los 70 años de edad o en la fecha de jubilación, lo que ocurra primero.

La Cobertura de MyDA incluye el Doble Beneficio, Tabla amplia de cobertura y excluye el Homicidio como muerte accidental.

El Seguro de Vida y el Beneficio de MyDA reducirán un 50% al cumplimiento de los 65 años de edad.

La cobertura de MyDA es ocupacional y no ocupacional para el empleado.

Personal incapacitado en la fecha efectiva del seguro, será elegible al regresar activa y permanentemente a su trabajo con la Empresa.

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

**TRIPLE INDEMNIZACIÓN:** incluye una vez la Cobertura de Vida y dos veces la Cobertura de MyDA, si las pérdidas accidentales ocurren bajo las circunstancias indicadas en el contrato póliza.

**BENEFICIO DE MUERTE, DESMEMBRACIÓN Y PÉRDIDA DE LA VISTA ACCIDENTALMENTE**  
**TABLA DE BENEFICIOS - 2**

En caso de muerte accidental, la Compañía pagará a los beneficiarios designados el doble de la suma asegurada al fallecimiento del asegurado, siempre y cuando el Certificado Individual respectivo esté en vigor, o al propio asegurado el porcentaje correspondiente a la suma asegurada de la siguiente manera:

|                                                                                                           |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Pérdida de la Vida                                                                                        | 100% |
| Pérdida de ambos brazos o de 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 presumible 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 del tobillo                                                                  | 65%  |
| Pérdida de un pie                                                                                         | 40%  |
| Pérdida de la vista de un ojo                                                                             | 50%  |
| Pérdida bilateral total e irreparable del habla                                                           | 50%  |
| Sordera bilateral total e irreparable                                                                     | 50%  |
| Cuatro dedos y pulgar de una mano                                                                         | 50%  |
| Cuatro dedos                                                                                              | 40%  |
| Pulgar – ambas falanges                                                                                   | 25%  |

|                                        |     |
|----------------------------------------|-----|
| una falange                            | 10% |
| Dedo índice – tres falanges            | 10% |
| dos falanges                           | 8%  |
| una falange                            | 4%  |
| Dedo medio – tres falanges             | 6%  |
| dos falanges                           | 4%  |
| una falange                            | 2%  |
| Dedo anular – tres falanges            | 5%  |
| dos falanges                           | 4%  |
| una falange                            | 2%  |
| Dedo meñique – tres falanges           | 4%  |
| dos falanges                           | 3%  |
| una falange                            | 2%  |
| Pérdida de metacarpos:                 |     |
| - Primero o segundo (adicional)        | 3%  |
| - Tercero, cuarto o quinto (adicional) | 2%  |
| Pérdida de dedos del pie – todos       | 15% |
| - Grandes ambas falanges               | 5%  |
| - Grande una falange                   | 2%  |
| - Cada uno además del dedo grande      | 1%  |

Por pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del miembro lesionado.

El agregado de todos los porcentajes pagaderos con respecto a algún accidente no podrá exceder el 100% de la cantidad de seguro para esta cobertura.

**Cláusula V. BENEFICIO DE MUERTE, DESMEMBRACION Y PÉRDIDA DE LA VISTA ACCIDENTALMENTE - Aplicable al Empleado.**

**EXCLUSIONES**

**No se pagará beneficio alguno por cualquier pérdida causada directa o indirectamente, parcial o totalmente por:**

- 1. Homicidio o tentativa de homicidio, o por lesiones causadas intencionalmente por una o varias personas.**
- 2. Suicidio o tentativa de suicidio, o lesión asestada a si mismo intencionalmente, estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.**

3. Insurrección o guerra declarada o no, guerra civil, revolución, cualquiera acción atribuible a estas, cualquiera otra clase de desorden público o laboral, paros y huelgas.
4. Cualquier acto de terrorismo, invasión, sedición, bombardeos, usurpación de poder.
5. Participación en algún tumulto, motín, cometer algún asalto, delito o felonía, asesinato, atentado, infracción o cualquier intento de violación de la ley o resistencia al arresto, allanamientos, destrucción de morada.
6. Conducir, viajar, abordar o descender de cualquier clase de aeronave si el Asegurado es piloto, oficial o tripulante de tal aeronave o da o recibe clases de entrenamiento o instrucción o desempeña algún trabajo a bordo de tal aeronave, o que requiera el desembarque de ésta.
7. Tratar de abordar o descender de, o a consecuencia de ello, o por encontrarse en naves aéreas de combate o de guerra o de entrenamiento militar o policial, o de reconocimiento, o en aviones militares o de policía de cualquier tipo asignado a misiones de combate, socorro, o emergencia catastrófica; o por encontrarse en una nave aérea que está siendo usada en vuelos de fumigación, o durante vuelos de carácter deportivo o acrobático o de aplicaciones publicitarias o de exploración o de investigación meteorológica.
8. Enfermedad física o mental, o debido a algún tratamiento médico o quirúrgico o a diagnóstico de éstos. (no aplica)
9. Infección de ptomaínas o de bacterias (excepto solamente de infección piógena que ocurra simultáneamente de una cortada o herida accidental visible).
10. Tomar veneno o causarse asfixia por inhalar gas ya sea voluntaria o involuntariamente.
11. Lesiones sufridas al participar en competencias de velocidad en cualquiera clase de vehículos o cuando practica motociclismo, buceo, montañismo o paracaidismo o cualquier otro deporte extremo.
12. Accidentes ocasionados como consecuencia de que el asegurado sufra ataques cardiacos o epilépticos, síncope; y los accidentes que se produzcan en estado legal de embriaguez bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente.
13. Accidentes ocurridos en periodos durante el cual el asegurado esté prestando servicio en la fuerza policial, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o participación en grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.
14. Daños o muerte causada por armas de fuego, armas corto punzantes, artefactos explosivos y/o incendiarios, cualesquiera sean las circunstancias en que ocurran.
15. Daños o muertes por iatrogenia médica en casos de tratamientos quirúrgicos o médicos los cuales se demuestren negligencia e impericia por parte de médicos tratantes.
16. Energía nuclear (reacciones nucleares, radiación, contaminación).

COBERTURA DE SALUD:**SECCIÓN CON CUADRO****Cobertura de Salud – Local y Centroamérica**

RELACIONADO CON LA OCUPACIÓN O NO – EMPLEADOS  
NO RELACIONADO CON LA OCUPACIÓN - DEPENDIENTES

**BENEFICIOS MAXIMOS PARA EL EMPLEADO Y SUS FAMILIARES DEPENDIENTES:****Clase 3 – Personal  
Administrativo****A. FUNCIONAMIENTO A TRAVÉS DE LA RED** (COBERTURAS AL 100% DE LA RED DE  
PROVEEDORES PREFERIDOS),

|                                                                                                                                                                           |                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Urgencias – Accidentes.....                                                                                                                                               | 100% de los cargos elegibles                               |
| Honorarios por Cirugía.....                                                                                                                                               | 100% de los cargos elegibles                               |
| Honorarios de Cirujano Asistente 25% del principal-Casos Pre-<br>autorizados.<br>(Salpingectomía y Vasectomía, previa autorización y como cualquier<br>otra incapacidad). |                                                            |
| Honorarios por Anestesia.....                                                                                                                                             | 100% de los cargos elegibles                               |
| Visitas Médicas en el Hospital.....<br>-Sin límites en números de días. Máximo 1 visita diaria por<br>especialista.                                                       | 100% de los cargos elegibles                               |
| Ambulancia Terrestre Local.....                                                                                                                                           | 100% de los cargos elegibles<br>Máximo por evento \$500.00 |
| Recién Nacido Sano (No requiere cobertura familiar).....                                                                                                                  | 100% de los cargos elegibles<br>Máximo \$500.00            |
| Terceras Molares Impactadas.....<br>-Incluye Rx Panorámica.                                                                                                               | 100% de los cargos elegibles<br>Máximo \$150.00            |

**B. COBERTURAS INMEDIATAS AL 100% DESPUES DE CUBIERTO EL CO-PAGO:**

Cuarto y Alimentos **Privado**, cuarto de cuidados intensivos y gastos  
especiales de Hospital por estadía dentro del hospital.

|                           |          |
|---------------------------|----------|
| Todos los Hospitales..... | \$300.00 |
|---------------------------|----------|

**Para todos los hospitales: del onceavo día en adelante, se  
reembolsarán al 80% después del deducible.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Urgencias – Enfermedad (*Crítico detalladas).....<br>*Crisis hipertensiva, accidente cerebro vascular, dolor precordial (primeras<br>12 horas), dolor abdominal agudo, fiebre alta continua en menores de 5<br>años, crisis asmática, pérdida de conocimiento y obnubilación, cólico biliar,<br>hemorragias, intoxicación aguda, cólico nefroureteral, trombosis, vómitos<br>y/o diarreas, convulsiones, reacción alérgica aguda, retención aguda de<br>orina, infarto del miocardio, deshidratación, episodio neurológico agudo,<br>estados de choque (Shock) de cualquier orden, coma, insuficiencia<br>respiratoria severa-aguda. <b>Las enfermedades no críticas detalladas<br/>se cubrirán al 80% después del deducible.</b> | \$30.00 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|

|                                                                  |         |
|------------------------------------------------------------------|---------|
| Atención Médica fuera del Hospital.....                          | \$20.00 |
| • Incluye Control Urológico y Ginecológico – una vez al año.     |         |
| • Incluye Visitas Pediátricas, del 9no día de nacido hasta los 6 |         |

años.

|                                                           |                             |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Rayos X y Laboratorios.....                               | 35% de los cargos elegibles |
| • (Incluye PAP y Mamografía por control, una vez al año). |                             |
| • (Incluye PSA por control, una vez al año)               |                             |
| Cirugía ambulatoria (gasto de hospital).....              | \$150.00                    |

#### C. MATERNIDAD COMO CUALQUIER OTRA INCAPACIDAD Y SUS COMPLICACIONES.

Incluye 9 consultas, 3 ultrasonidos, 2 monitoreos, vitaminas, medicinas, laboratorios y hospitalización, de acuerdo a beneficios descritos.

El beneficio de maternidad incluye a madres solteras. Las maternidades de nuevas empleadas y cónyuges elegibles se cubrirán siempre y cuando se inicie la concepción después de **18 (dieciocho) meses de cobertura, para nuevas maternidades únicamente a partir del 01/04/2019.** Maternidades con fecha efectiva anterior a esta, su período de espera se mantendrá con 12 (doce) meses de cobertura.

##### Bajo los siguientes límites:

|                     |            |
|---------------------|------------|
| Cesárea.....        | \$3,000.00 |
| Parto Normal.....   | \$1,700.00 |
| Aborto Legal.....   | \$1,000.00 |
| Complicaciones..... | \$2,500.00 |

#### SECCIÓN SIN CUADRO

#### D. GASTOS MEDICOS MAYORES COMPRENSIVO. DESPUÉS DE APLICAR EL DEDUCIBLE Y COASEGURO CORRESPONDIENTE.

|                                                                                                                                                                               |                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Máximo <b>Anual Renovable</b> hasta cumplir los 65 años de edad.....                                                                                                          | \$300,000.00                        |
| <i>*Incremento de monto no aplica para casos catastróficos actuales, efectivo 1º. De abril 2025.</i>                                                                          |                                     |
| Al cumplir el asegurado los 65 años, hasta los 70 años de edad, el Máximo <b>Anual renovable</b> reducirá a:.....                                                             | \$150,000.00                        |
| Máximo por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).....                                                                                                             | \$45,000.00                         |
| - Esta cantidad será descontada del Máximo.                                                                                                                                   |                                     |
| Deducible por Año Calendario.....                                                                                                                                             | \$200.00                            |
| - Máximo 3 por familia.                                                                                                                                                       |                                     |
| - Un solo asegurado no podrá satisfacer más de su deducible individual.                                                                                                       |                                     |
| Cuidado Crítico Neonatal (Atención al Recién Nacido prematuro incluye enfermedades congénitas).....Máximo \$30,000.00.                                                        | 80% después de cubrir el deducible  |
| Cobertura de recién nacido sano (primeros 9 días nacido). Monto Máximo \$5,000.00 solo para casos de Hospitalización.....                                                     | 80% después de cubrir el deducible  |
| Vacunas según cuadro reglamentario del Ministerio de Salud obligatorias, y vitaminas por control de niño sano, a partir del 10mo día de nacido, hasta los 6 años de edad..... | 80% después de cubrir el deducible. |
| Botas ortopédicas, 2 pares de botas al año.....                                                                                                                               | 50% después de cubrir el deducible. |
| Medicinas recetadas a pacientes no hospitalizados.....                                                                                                                        | 80% después de cubrir el deducible. |
| Inyecciones, Terapias e Inhaloterapias/ <b>incluye el aparato de inhaloterapia</b> Max \$75.00.....                                                                           | 80% después de cubrir el deducible. |

|                                                                                                                                      |            |                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------|
| Ambulancia Aérea Local. Máximo por evento.....                                                                                       | \$1,000.00 | 80% después de cubrir el deducible. |
| Tratamiento de alergias (previa autorización).....                                                                                   |            | 80% después de cubrir el deducible. |
| Cama de acompañante (de acuerdo a lo razonable y acostumbrado).....                                                                  |            | 80% después de cubrir el deducible. |
| Visitas Psiquiátricas ambulatorias a razón de \$50.00 por visita. Máximo 50 visitas al año (*).....                                  |            | 50% después de cubrir el deducible. |
| Porcentaje de Reembolso (Incluye Condiciones Catastróficas).....                                                                     |            | 80% después de cubrir el deducible. |
| Gastos de Donante de Órganos, máximo de \$3,000.00.....                                                                              |            | 80% después de cubrir el deducible. |
| Beneficio de Acupuntura.....                                                                                                         |            | 80% después de cubrir el deducible. |
| Límite de co-aseguro Local (Panamá y Centroamérica). Solo casos hospitalizados. Solo Servicios de Hospital y Honorarios Médicos..... |            | \$3,500.00                          |
| <b>Beneficio de Psiquiatría</b>                                                                                                      |            |                                     |
| Límite Máximo Anual                                                                                                                  |            | \$2,500.00                          |
| Límite Vitalicio                                                                                                                     |            | \$25,000.00                         |

(\*) Dentro del Máximo anual y vitalicio de este beneficio, se incluyen las consultas detalladas bajo gastos médicos mayores.

|                                                                                                                                                                              |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Beneficio de Nutricionista con URA de \$40.00, contra reembolso. Debe presentar orden con diagnóstico elegible y referido por el médico tratante. Máximo una vez al año..... | 80% después de cubrir el deducible. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|

**-Beneficio óptico-Empleado Solamente**

|                                                    |          |
|----------------------------------------------------|----------|
| Lentes (incluye lentes de Contacto)                |          |
| Máximo un par de lentes por año Calendario al 100% |          |
| Beneficio Máximo.....                              | \$100.00 |

**-Beneficio Dental-Empleado Solamente**

|                                          |          |
|------------------------------------------|----------|
| Al 100% sin deducible                    |          |
| Beneficio Máximo por Año Calendario..... | \$100.00 |

**-Cheque Médico General-Empleado Solamente\*\***

Se paga según contrato con el Proveedor designado.

Incluye:

- Examen Físico
- Laboratorios: Hemograma completo, Glicemia, Ácido úrico y Nitrógeno de Urea, Urinálisis

**\*\*Este beneficio se otorgará con previa coordinación con Proveedor designado por la Compañía de Seguros.**

**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 – B/ 125.00 por Evento  
Primeros diez (10) días

\* 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 B/ 15.00

**Listado de Enfermedades Crítico Detalladas:** Crisis hipertensiva, accidente cerebro vascular, dolor precordial (primeras 12 horas), fiebre alta continua en menores de cinco (5) años, crisis asmática, pérdida de conocimiento obnubilación, dolor abdominal agudo, cólico biliar, hemorragias, insuficiencias respiratorias agudas, deshidratación, intoxicación aguda, cólico nefrouretral, trombosis, vómito o diarreas severas, convulsiones, reacciones alérgicas agudas, retención aguda de orina, , infarto del miocardio, episodios neurológicos agudos, estado de choque (shock) de cualquier orden, coma.

\* Los diagnósticos que no se incluyen en el listado se cubrirán de acuerdo al % de reembolso establecido en la Clase que corresponda, después del deducible.

Atención Médica fuera de Hospital – Médicos Generales Co-Pago de B/ 5.00

Atención Médica fuera de Hospital – Médicos Especialistas Co-Pago de B/ 10.00

Rayos X y Laboratorios Ambulatorios Co-Pago de 20%

#### **PALIGMED Select**

**\*\*Se consolida  
Red Select y Red Essential**

\*\*Como parte de nuestro compromiso continuo de mejorar la calidad de nuestros servicios, consolidamos nuestras redes de proveedores a partir del 1 de enero del 2024, la red Essential se fusiona con la red Select para crear una red más sólida y eficiente, que seguirá siendo conocida como “Paligmed Essential”, es por ello que se enmienda el presente contrato para eliminar la “red selecta”.

Queremos destacar que los beneficios y la calidad de atención que han experimentado con la red Select se mantendrán sin cambios al igual que las instituciones y los profesionales.

#### **BENEFICIOS ESPECIALES:**

##### **TELEMEDICINA.**

1. Beneficio ilimitado, el cual será ofrecido únicamente por nuestro proveedor, a través de video consultas médicas, para el asegurado y sus 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.

Se cubrirán los gastos por o relacionados con los siguientes tratamientos o procedimientos bajo la sección de Gastos Médicos Mayores Comprensivo al 80% luego de satisfecho el deducible correspondiente:

- Hemodinámica
- Cardiovasculares (quirúrgicas)
- SIDA
- Trasplantes de órganos
- Trauma mayor
- Cáncer
- Cirugías Ortopédicas Mayores y/o Columna Vertebral (quirúrgicas)
- 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)

#### **ELEGIBILIDAD SALUD:**

- Todo el personal que se encuentre trabajando en una base regular y permanente a tiempo completo
- Los nuevos empleados que subsecuentemente comiencen a trabajar, serán efectivos inmediatamente sean permanentes y a tiempo completo, sean menores de 60 años.
- Los nuevos asegurados (principales o dependientes) de 60 años de edad o más no serán elegibles para seguro.
- El Beneficio de Gastos Médicos Mayores Comprensivos terminará al cumplimiento de los 70 años de edad o en la fecha de jubilación lo que ocurra primero.
- Los hijos dependientes serán efectivos a partir del 10 día de nacido y termina a los 19 años de edad. Se extiende la cobertura hasta los 25 años de edad, siempre y cuando el dependiente dependa económicamente de sus padres y esté estudiando a tiempo completo, para ello requerimos copia del recibo de matrícula.
- Personal incapacitado en la fecha efectiva del seguro, será elegible al regresar activa y permanentemente a su trabajo con la Empresa.

#### **NOTAS DE IMPORTANCIA:**

- Para todas las admisiones hospitalarias y procedimientos especiales de diagnóstico no rutinario, elevados en costos y que involucren gran tecnología, ya sea que requieran internamiento hospitalario o no, que no sean por emergencia, se requerirá una Pre-Certificación, al igual que para todos los procedimientos quirúrgicos electivos (no de emergencia) se requerirá una "Segunda Opinión Quirúrgica". De no cumplirse con este requisito, las coberturas serán al 50%-50%.
- Se incluyen las drogas o medicinas recetadas a pacientes no hospitalizados.
- Se incluye la coordinación de beneficios.
- La póliza es ocupacional y no ocupacional para el asegurado principal y no ocupacional para dependientes.
- La cobertura de Salud es 100% no contributaria para el empleado y 100% contributaria para dependientes.

- No se cubren condiciones pre-existentes durante los primeros doce (12) meses de cobertura.

**La cobertura de Salud incluye atención médica gratuita de los doctores en medicina general, según listado proporcionado por la Compañía Aseguradora.**

#### **COBERTURA LOCAL/CENTROAMERICA:**

Solo se cubren gastos dentro de la Red de Proveedores Preferidos de Panamá; de lo contrario, el asegurado deberá pagar el total de los gastos y posteriormente deberá presentar su reclamación para reembolso, donde se aplicarán como razonables y acostumbrados al máximo que cubre la Red de Proveedores Preferidos de Panamá.

#### **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 Panagás 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 \$15.00.

#### **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.

#### **Cláusula IX. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES**

**La Compañía no pagará beneficios por ningún gasto, cargos o costos por servicios médicos u hospitalarios, causados por lo que se deban a, o que resulten de:**

**NOTA:** Es responsabilidad única del contratante retener y devolver a La Compañía, los carnés de seguro de cualquier empleado que deje de trabajar con el contratante cubierto bajo esta póliza.

**El Contratante será responsable de cubrir cualquier gasto incurrido por cualquier ex-empleado y sus dependientes si los hubiere posterior a su fecha de salida de la empresa del contratante.** *VER CONDICIONES PARTICULARES DE LA POLIZA*

- 1. Gastos o tratamientos que no estén específicamente incluidos en el cuadro de beneficios de esta póliza.**
- 2. Gastos incurridos por una enfermedad, lesión, tratamiento, atención o servicio médico mientras la cobertura del Asegurado no se encuentre vigente o posteriores a la fecha de terminación de esta póliza, aun cuando la incapacidad se inició durante la vigencia de la misma.**
- 3. Cualquier reclamo en donde se compruebe que el Asegurado omitió información o hizo declaraciones falsas, incompletas o inexactas en la prueba de asegurabilidad, tanto del asegurado principal como de sus dependientes.**
- 4. Cualquier servicio realizado para tratar condiciones preexistentes sus complicaciones o secuelas, durante los primeros doce (12) meses de la participación del Asegurado en la Póliza.**
- 5. Gastos incurridos mientras el paciente se queda hospitalizado por más días de los aprobados en la Pre-Certificación Médica.**
- 6. Gastos en exceso sobre los cargos usuales y acostumbrados, ni cargos en exceso a las tarifas negociadas con los proveedores participantes de la red de la Compañía, si la persona utiliza un proveedor fuera de esta red.**
- 7. Exámenes médicos de rutina o de control que no estén relacionados ni médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad, excepto que se indique lo contrario en el Cuadro de Seguro.**
- 8. Gastos correspondientes a vacunas con excepción de los indicados en el Cuadro de Seguro.**
- 9. Cualquier gasto de un procedimiento considerado como experimental o investigativo que no sea aprobado por la Federal Drug Store Administration (FDA). Gastos o servicios por procedimientos médicos de alta tecnología, hasta tanto la Compañía analice su inclusión en las coberturas de la Póliza y determine el costo requerido en caso de ser autorizados.**
- 10. Lesiones o enfermedades sufridas como consecuencia de participar en actos o actividades**

delictivas, riña o riña tumultuaria, guerra o acción de guerra declarada o no, rebelión, revolución, huelgas, asonadas, motín o conmoción civil, terrorismo, prestar servicio en una unidad policial o militar así como aquellos grupos fuera de la ley, lesiones ocasionadas directa o indirectamente por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico o sus consecuencias.

11. Lesión o enfermedad causada a sí mismo intencionalmente, ya sea en estado de cordura o locura o inhalación o ingesta voluntaria de cualquier tipo de gas, o sustancia venenosa.
12. Lesión accidental o enfermedad mientras se encuentre bajo los efectos de embriaguez (de acuerdo a las disposiciones vigentes) o de drogas ilícitas, uso impropio de cualquier droga recetada por un médico o la enfermedad o lesión resultante de la adicción a cualquiera de tales drogas.
13. Aquellos servicios médicos suministrados en un hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno ya sea estatal, provincial, municipal o cualquier subdivisión política, u otros en los que al Asegurado no se le exija pagar o cuando un tercero esté obligado a cubrir en beneficio del asegurado por razón de la existencia de un contrato o por responsabilidad civil extracontractual.
14. Gastos incurridos en establecimientos públicos o privados ubicados en países que se encuentren bajo un embargo económico autorizado y reconocido por la Organización de Naciones Unidas, y otro organismo internacional o por el Gobierno de los Estados Unidos de América.
15. Cuidados de custodia, mantenimiento preventivo o de rutina, curas de reposo o de convalecencia o casa de rehabilitación para cualquier condición.
16. Gastos relacionados con la obesidad, control de Peso, control dietético y reducción gástrica, cirugía bariátrica, consultas de nutricionista para control de peso y cualquier otro procedimiento o tratamiento de obesidad, o cualquier otro trastorno alimenticio. Tampoco se cubre ningún gasto relacionado con las consecuencias, efectos posteriores y complicaciones de los tratamientos relacionados con estas condiciones no cubiertas.
17. Gastos por alimentación parenteral o enteral ambulatoria, drogas o medicinas no recetadas, remedios, vendajes, jeringas, instrumentos o utensilios, suplementos alimenticios, vitaminas o minerales.
18. Gastos relacionados al diagnóstico, tratamiento y corrección de la refracción visual, incluyendo, pero no limitándose a la Queratotomía, Queratoplastia, Queratomeulosis y Excímer Láser por miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia. Así mismo los relacionados a la habilitación de lentes o de audífonos o cualquier otro tratamiento innovador para corregir defectos de la visión y/o audición, incluyendo prótesis externas o implantables del oído.
19. Aquellos que se deban a tratamientos dentales y de las encías, con excepción de lo indicado en Servicios Cubiertos numeral seis (6) Servicios dentales derivados de una lesión accidental. No se cubrirán en ninguna situación gastos derivados de la colocación de prótesis implantables o removibles.

20. Gastos o cargo por tratamiento de problema en la mandíbula y en los maxilares, incluyendo el Síndrome Temporomandibular, desórdenes cráneo mandibulares, cirugía ortognática y cualquier otra condición relacionada con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros, tejidos en esa articulación o coyuntura, ya sea de origen estético o congénito.
21. Servicios o tratamientos relacionados con el cambio o modificación del género o sexo o reversión de los mismos. De igual forma tratamientos para reversar una esterilización previa, masculina o femenina; cualquier gasto relacionado con la impotencia sexual y los aparatos, medicamentos o cualquier otro tratamiento utilizados para este propósito.
22. Gastos por tratamientos para la infertilidad o relacionados a la concepción por medios artificiales; embarazos logrados por inseminación artificial, incluyendo implantación de embriones In Vitro y transferencias de embrión. Embarazos logrados a base de terapia hormonal, inductores de la ovulación o cualquier sustancia, terapia, tratamiento y/o similares relacionados directa o indirectamente, no se pagará ningún cargo por servicios relacionados a estos tipos de embarazos, tratamientos, terapias, procedimientos o intervenciones, ni tampoco los cargos relacionados con sus consecuencias y/o las complicaciones asociadas con estos, y secuelas directas o indirectas, tales como: hemorragias o productos (abortos, fetos o recién nacidos).
23. Cualquier medicamento utilizado para el control de la natalidad, aunque este fuere recetado con fines terapéuticos, tales como: anticonceptivos orales, parenterales, así como, materiales o dispositivos anticonceptivos o similares y los abortivos. Se excluye cualquier secuela, complicación relacionada con los mismos.
24. Terminación electiva del embarazo, aborto legal y sus complicaciones inmediatas y posteriores, siempre que el aborto sea realizado con el consentimiento de la mujer, por graves causas de salud que pongan en peligro la vida de la madre o del producto de la concepción, en cuyo caso corresponderá a una comisión multidisciplinaria designada por el Ministerio de Salud, determinar las causas graves de salud y autorizar el aborto.
25. Gastos relacionados con la menopausia y andropausia, así como cualquier tratamiento que involucre uso de hormonas orales, inyectadas, inoculadas, tópicas o similar, esto incluye gastos por estudios, tratamientos o drogas relacionadas a deficiencias por la hormona de crecimiento y sus consecuencias.
26. Tratamiento, estudio y complicaciones de una enfermedad transmisión sexual, excepto el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) de acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Seguro.
27. Cargos incurridos por mantenimiento de signos vitales con respiradores o cualquier otro tipo de instrumentos especializados (sistemas de mantenimiento de vida) donde los demás sistemas del cuerpo están en estado letal y se use este mecanismo únicamente para mantenimiento de signos vitales.
28. Lesión corporal accidental o enfermedades a consecuencia de la práctica de deportes peligrosos, sufrida mientras se encontraba escalando una montaña, alpinismo y/o equivalentes, aviación (excepto cuando se encuentre viajando, únicamente como un

- pasajero en una línea aérea de vuelos regulares y comerciales), incluyendo planear y saltar en paracaídas o cualquier otro deporte de altura o aéreos; deportes de invierno; carreras de caballos, motonetas o motocicletas y todo tipo de competencia de velocidad, deportes de contacto ocasionados durante una competencia, excepto las pedestres; actividades submarinas que involucren el uso de aparatos para respirar y esquí acuático.
29. Apnea del sueño, alopecia genética, senil o nerviosa, síndrome atencional, hiperkinesis o hiperactivismo.
  30. Prueba para diagnóstico o tratamiento de cualquier impedimento para el aprendizaje, educación para la salud, medicina natural (holística y homeopática), medicina deportiva, psicoanálisis.
  31. Gastos incurridos por un donante de órgano. Tampoco se cubrirá la investigación, exámenes, estudios, de donantes potenciales, De igual forma quedarán excluidos los gastos por extracciones y utilización de células madre en el recién nacido o de otra fuente humana o animal.
  32. Gastos por tratamientos de podiatría y otros aparatos de soporte para los pies, cuidado o tratamiento por pies planos; inestabilidad o desbalance de los pies, metatarso, hallux valgus (juanetes), callos callosidades o uñas enterradas, excepto aquellas que demuestren carácter infeccioso bacteriano o miótico.
  33. Aquellos de cirugía estética o cirugía reconstructiva o sus complicaciones, excepto lo indicado en Servicios Cubiertos numeral seis (6). Aplica para ambos sexos.
  34. Reducción o agrandamiento de las mamas, sin importar el diagnóstico y cualquier consecuencia, complicación o enfermedad relacionada a este procedimiento.
  35. Por epidemias declaradas por el Ministerio de Salud o bien de la entidad homóloga en cualquier otro país donde el Asegurado se encuentre.
  36. Gastos por atención suministrada o servicios proporcionados por médicos y enfermeras tituladas que sean parientes del Asegurado hasta cuarto grado de consanguinidad, segundo grado de afinidad o por cualquier otro que conviva con la persona asegurada.
  37. Servicios o suministros de uso común en una casa, tales como: bicicletas estacionarias, purificadores de aire y agua, acondicionadores de aire, equipo para la presión arterial, camas ortopédicas, colchones y almohadas antialérgicas y ortopédicas, bastones, muletas, equipo para inhaloterapias.
  38. Consultas o terapias por sicólogos o psicólogos clínicos.
  39. Gastos por servicios médicos a consecuencia de accidentes ocupacionales de los cónyuges y dependientes elegibles.
  40. Exámenes de ADN, genética o todo lo relacionado a estos procedimientos, salvo que La Compañía lo considere necesario.
  41. Los gastos provocados por accidente o mala práctica médica cuando se haya comprobado negligencia e impericia.
  42. Gastos por enfermedades producidas o agravadas cuando un asegurado realice prácticas que atenten contra su salud, o que haga caso omiso a las recomendaciones médicas y por esta razón se produzca agravamiento o compilación de su estado de salud.