

SEGUROS

sura 



Salud a tu alcance

Anticipa a tu cuidado y te empodera

Condiciones Generales



Protección y bienestar a su alcance.

Disfrute el Seguro de Salud "Salud a Tu Alcance" de SURA que ofrece Coberturas para usted y su familia que le ayudarán a cuidar de manera integral tu salud, mejorando su bienestar y calidad de vida, con el respaldo de la mejor red de médicos.

¡Descúbralo!

En este documento encontrará todas las coberturas, derechos y obligaciones que tiene como asegurado y los compromisos que SURA adquirió con usted por haber contratado este Plan de Salud.



¡SURA brinda Bienestar a sus asegurados en Panamá, por lo cual ha desarrollado esta póliza diseñada especialmente para Usted y su familia!

ÍNDICE

Clausula preliminar.....	4
Objeto del seguro.....	4
¿Dónde le cubre esta póliza?.....	4
¿De qué partes consta esta poliza?.....	4
¿Quién puede disfrutar de esta póliza?.....	4
Formalización de la poliza.....	5
Vigencia y renovación.....	5
Carné de salud.....	5
Definiciones.....	6
Coberturas.....	11
Endoso de cobertura opcional y adicional.....	13
Periodo de espera.....	15
Aviso del siniestro y formalización del reclamo.....	15
Segunda opinión médica.....	16
Indemnizaciones.....	16
Exclusiones y limitaciones.....	16
Límite de responsabilidad.....	20
Otros seguros.....	20
Movimientos de asegurados.....	20
Cambios de plan o categoría.....	21
Servicios fuera de la red de proveedores.....	21

ÍNDICE

Omisiones o declaraciones inexactas.....	21
Subrogación.....	21
Cesión.....	22
Moneda.....	22
Primas.....	22
Periodo de gracia.....	22
Suspension de cobertura.....	23
Aviso de cancelación.....	23
Notificaciones.....	23
Modificaciones.....	23
Acción contra sura.....	24
Terminación del seguro.....	24
Rehabilitación por cancelación.....	24
Reintegro de gastos.....	24
Administre su póliza online.....	25
Consentimientos explícitos.....	25
Confidencialidad.....	25
Controversias y ley aplicable.....	26
Prescripción.....	26
Normas supletorias.....	26
Reglas de interpretación.....	26
Otros endosos de coberturas opcionales.....	27

Salud a tu alcance

Condiciones Generales

Cláusula Preliminar

La presente Póliza la integran las siguientes partes:

La Compañía Aseguradora SEGUROS SURAMERICANA, S.A., autorizada por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de la República de Panamá, que en adelante se denominará SURA, quien asume el compromiso de cubrir la atención médica de acuerdo con las condiciones y límites establecidos en esta Póliza.

Por la otra parte, EL CONTRATANTE y/ o ASEGURADO PRINCIPAL según sea el caso; representadas por sí solas o por las personas naturales que firman esta Póliza, declaran poseer las facultades y poderes necesarios para la suscripción de esta Póliza, incluyendo sus Anexos y Modificaciones.

Objeto del Seguro

Dentro de los límites fijados en estas Condiciones, términos, límites de responsabilidad y demás estipulaciones contenidas o endosadas al mismo y previo cobro de la prima correspondiente, SURA se compromete a cubrir los gastos médicos de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL, así como los de sus Dependientes Asegurados, que estén cubiertos bajo alguna de sus coberturas, siempre y cuando presenten los comprobantes de dichos gastos en las oficinas de SURA.

Igualmente, SURA pagará directamente al proveedor médico que haya realizado la prestación asegurada. EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL, podrá disfrutar de todas las prestaciones de esta póliza siempre y cuando la prima del seguro haya sido pagada y se cumplan los términos, condiciones y demás estipulaciones que se describen en ella.

Cualquier omisión, inexactitud u ocultamiento en las declaraciones hechas por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL eximirán a SURA de toda obligación con respecto a esta Póliza.

¿Dónde le cubre esta Póliza?

La cobertura de esta Póliza protege a nivel de la República de Panamá, de acuerdo con las exclusiones y limitaciones establecidas en estas Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro de Coberturas y los Anexos o Endosos de la Póliza.

¿De qué partes consta esta Póliza?

Está formado por la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro de Coberturas, las Coberturas Opcionales (si las hubiera), y los Anexos o Endosos que se emitan simultáneamente con la Póliza o que se agreguen posteriormente, previa aceptación de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL y SURA.

¿Quién puede disfrutar de esta Póliza?

Podrá ser elegible para ingresar a esta póliza quien reside por lo menos durante nueve (9) meses al año en la República de Panamá y si cumple con las siguientes condiciones:

- A)** Como Asegurado Principal o Titular de la póliza debe tener entre 18 años y 60 años cumplidos.

B) Los Asegurados Dependientes deben ser cónyuge, hijo, hija, hijastro, hijastra, hermano, hermana, padre, madre, tía, tío, suegro o suegra del Asegurado Principal y tener entre 0 a 60 años cumplidos.

Si por error o falsedad se inscribe en la Póliza a una persona que no cumpla con los requisitos mencionados, SURA podrá excluirla o dar por finalizada la Póliza en cualquier momento.

Formalización de la Póliza

El Seguro entrará en vigor para cada asegurado, a partir de la fecha de aceptación de la Solicitud de Seguro, y una vez que SURA, decida aceptar el riesgo. Para ello se deben cumplir las siguientes condiciones:

A) La Póliza tendrá efecto solo si se completan y se firman los formularios y cuestionarios médicos en caso de que sean requeridos por SURA.

**SURA se reserva el derecho de solicitar o no diligenciar el cuestionario de Salud antes de la afiliación de la póliza.

B) En caso de que SURA requiera más información (informes o resultados médicos) para evaluar el riesgo, la Póliza no entrará en vigor hasta que sea procesada la nueva información recibida.

C) La inclusión de cada Asegurado en la Póliza estará siempre sujeta a evaluación y aceptación por parte de SURA.

D) En los casos en que SURA decida excluir, restringir o recargar la prima por cualquier circunstancia justificada al Asegurado Principal o Dependiente, dependerá de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL, aceptar o no, ser incluido en la Póliza.

SURA se reserva el derecho de aceptar o declinar cualquier solicitud conforme a lo establecido en sus Políticas de Suscripción, así como también de explicar o no las razones o argumentos que justifiquen su decisión.

Advertimos que nos reservamos el derecho de excluir, recargar y/o cancelar la póliza a razón de preexistencia (como se encuentra descrito en las definiciones de este condicionado), así como cualquier enfermedad crónica descrita por la ley, que hubiese iniciado con anterioridad a la emisión de la póliza.

Vigencia y Renovación

La vigencia de la Póliza es el plazo señalado en las Condiciones Particulares.

La Póliza se hace efectiva para cada asegurado, desde el día de inicio de vigencia y vence cada doce (12) meses.

A la finalización del período inicial, SURA la renovará automáticamente por períodos sucesivos de un año, siempre que, EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL se encuentre al día en el pago de las primas. EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL recibirá la renovación, con un mínimo de treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, a través de email y/o a través de su corredor de seguros.

Carné de Salud

Una vez aceptada la inclusión del Asegurado Principal y Dependientes en la Póliza, cada uno recibirá un Carné que los identificará como asegurados de SURA. Para poder acceder a los servicios de las

coberturas de esta Póliza, el asegurado deberá mostrar el carné físico o virtual, junto al documento de identidad personal y la huella digital, en caso de que se requiera.

El Carné es de uso personal e intransferible, por lo que todos los asegurados deben mantenerlo bien resguardados para evitar acciones negligentes u omisiones y complicidad en el uso indebido, abusivo o fraudulento de los mismos. SURA no se responsabilizará de la utilización indebida o fraudulenta del Carné.

En caso de pérdida o robo del Carné, el Asegurado Principal deberá comunicarlo de inmediato y por escrito a SURA, para emitir uno nuevo, de lo contrario el asegurado será responsable del uso fraudulento que puedan hacer de él. En ese caso, SURA podría exigirle el reintegro de todos los gastos en que se demuestre el uso abusivo del Carné.

Para que esta Poliza tenga efecto, es obligación de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL cumplir con las obligaciones descritas en la presente Cláusula y darlas a conocer a todos los Asegurados Dependientes.

Definiciones:

Para la correcta interpretación del presente Póliza, se establecen las siguientes definiciones y conceptos:

- **Accidente:** Lesión corporal (visible o lesiones internas médicamente comprobadas) sufrida durante la vigencia de la póliza, por causa súbita, violenta, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, por tanto, no se considerarán accidentes, las lesiones personales ocasionadas con mala fe por un tercero.
- **Accidente de Trabajo:** Toda lesión corporal sufrida durante la jornada de trabajo o durante el traslado de los trabajadores desde su residencia hasta los lugares de trabajo o viceversa, incluso cuando el transporte lo suministre el empleador.
- **Anexo o Endoso:** Cualquier adición a la Póliza que aclara, explica o modifica la misma.
- **Ambulancia:** Transporte de emergencia terrestre o aéreo, destinado, equipado y legalmente autorizado para trasladar heridos y enfermos en caso de accidentes, traumatismos o enfermedades del lugar donde se contrae la enfermedad o presenta el accidente a un hospital.
- **Año Póliza:** Un período de doce (12) meses de cobertura de beneficios bajo un plan de seguro médico. El año de póliza comienza para cada asegurado, desde la fecha y hora de inicio de vigencia de la Póliza hasta la fecha y hora de vencimiento o renovación. Este período de 12 meses puede no coincidir con el año calendario.
- **Asegurado** Es la persona aceptada e incluida por SURA en la Póliza, y que puede acceder a todas las coberturas y beneficios contratados.
- **Asistente del cirujano:** Es un médico que asiste activamente al cirujano, legalmente autorizado por el ente regulador del territorio donde se lleva a cabo la intervención quirúrgica. Se cubrirán sus servicios únicamente en aquellas intervenciones quirúrgicas que tienen autorización previa de SURA.
- **Carné de Salud:** Es el documento físico y/o digital, personal e intransferible, que identifica al asegurado y que deberá presentar siempre para poder recibir los servicios cubiertos por esta póliza.
- **Centro de Cirugía Ambulatoria:** Es un centro o establecimiento, que:
 - A)** Está autorizado por el ente regulador del país donde se encuentra ubicado, a realizar las intervenciones quirúrgicas que no requieran una estadía hospitalaria y que estén detalladas en su licencia.
 - B)** Está establecido, equipado y dirigido de acuerdo con las leyes y normas aplicables en la jurisdicción donde se encuentra ubicado;

A) Funciona bajo la supervisión permanente de un médico con licencia para ejercer su profesión. Cuenta con los servicios a horario completo de uno o más enfermeros graduados; provee los servicios de un médico anesthesiologo que permanece presente durante todo el procedimiento quirúrgico. Posee por lo menos dos (2) salas de operaciones y una sala de recuperación postanestésica.

- **Cirugía:** Todo procedimiento realizado en el quirófano que implica una incisión o sutura de un tejido, realizada por un cirujano y que requiere del uso de anestesia para controlar el dolor.
- **Contratante:** Es la persona natural o jurídica que contrata el seguro y paga las primas cuando se trata de una póliza individual, entendiéndose que el Asegurado Principal es la misma persona quien contrata la póliza, de no especificarse lo contrario en las Condiciones Particulares. Si se trata de una póliza colectiva, el Contratante es quien representa al colectivo y a quien le corresponde cumplir con las obligaciones de la Póliza, incluyendo el pago de las primas.
- **Coaseguro:** Cargo en porcentaje que el asegurado debe pagar sobre los gastos médicos elegibles, es decir sobre los gastos que si poseen cobertura (después de pagar el deducible, si aplica).
- **Copago:** Cargo en cantidad fija que el asegurado debe pagar sobre los gastos médicos elegibles, es decir sobre los gastos que si poseen cobertura.
- **Costo Usual, Razonable y Acostumbrado (URA):** La tarifa a pagar por un servicio médico en un área geográfica, en base a lo que los proveedores de esa área cobran usualmente por ese servicio médico o por un servicio similar. Los honorarios y tarifas pactadas por SURA con sus proveedores de salud afiliados en Panamá se consideran los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA) para efectos de este Póliza.
- **Cuadro de Coberturas:** Es el listado de coberturas que forman parte de las Condiciones Particulares de la póliza, donde se especifica en detalle todos los beneficios, límites y sublímites contratados por el asegurado.
- **Deducible:** La cantidad que paga cada asegurado por los servicios de atención médica cubiertos, antes de que la Póliza comience a pagar los beneficios que aplique. El deducible es independiente de los copagos o coaseguros que debe cubrir el asegurado por su participación en los gastos elegibles o cubiertos.
- **Enfermedad:** Toda dolencia, malestar o desorden físico o mental, que requiera tratamiento médico y que se manifieste por primera vez después de la fecha de efectividad de la póliza para el asegurado.
- **Enfermedad Congénita o Defecto Adquirido:** Enfermedad, defecto funcional o malformación congénita adquirida o desarrollada ya sea por un trastorno ocurrido durante el desarrollo del embrión o durante el parto y cuya manifestación, puede presentarse años después del nacimiento.
- **Enfermedad Hereditaria:** Es de origen genético, es decir, consecuencia de la alteración en los cromosomas procedentes del espermatozoide o del óvulo.
- **Equipo Médico de alta tecnología:** Lo último en tecnología de equipos médicos que utilizan novedosos y sofisticados métodos para diagnosticar, monitorizar o tratar las enfermedades y que deben ser utilizados por profesionales debidamente calificados, y su verdadera utilidad costo eficiente debe ser comprobada por la medicina basada en la evidencia.
En los primeros 3 años de haber ingresado en el mercado local, se reconocerá el gasto hasta el monto que costaría el mismo procedimiento por métodos tradicionales. Pasados los 3 primeros años en el mercado local y luego de tener evidencia de resultados costo eficientes positivos a nivel internacional y local, la cobertura de estos equipos podrá ser evaluada.
- **Equipo Médico Duradero:** Equipos y suministros prescritos por un médico para uso diario o prolongado, necesarios para mejorar el funcionamiento de una malformación, el tratamiento de

una enfermedad o para impedir un mayor deterioro de la condición médica de un asegurado. A efectos de este Póliza la cobertura de Equipo Médico Duradero incluye, pero no se limita a sillas de ruedas, camas de hospital, respiradores, y otros equipos similares.

- **Examen de laboratorio clínico:** Examen realizado a cualquier tejido, secreción o excreción corporal, en un centro debidamente autorizado para ello. Para efectos de esta póliza no se cubrirán los laboratorios de estudio genético ni los procesados en el exterior, aunque la muestra haya sido tomada en Panamá.
- **Exclusiones:** Son enfermedades, diagnósticos o tratamientos que no están cubiertos por el plan de salud y que están especificados en las Condiciones Generales, Anexos o Endosos de la Póliza.
- **Experimental o Investigativo:** Medicamentos, pruebas diagnósticas, tratamientos, suministros, tecnología, procedimientos médicos o quirúrgicos, dispositivos o insumos médicos que se encuentran bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de experimento clínico; de los cuales no hay suficiente evidencia médica sobre sus riesgos, beneficios y costo-eficacia para establecerlos como práctica clínica usual, y no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de alguna enfermedad por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional (tales como la FDA o comunidad europea). Para que no sean experimentales o en investigación, la evidencia médica debe provenir únicamente de publicaciones de ensayos clínicos realizados por investigadores independientes y revisados por pares, en donde se pueda evaluar críticamente la validez científica.
- **Fecha de Renovación:** Día, mes y año en que se produce de forma automática la renovación de la Póliza, la cual tiene lugar cada doce (12) meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de esta.
- **Gastos elegibles.** Son los gastos médicos que el Asegurado puede tener en concepto de servicios y suministros, ordenados por un médico autorizado para cualquier diagnóstico o tratamiento de enfermedades y/o lesiones accidentales cubiertas por la póliza. Están sujetos a los límites y condiciones establecidos en las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y el Cuadro de Coberturas.
- **Honorarios Médicos:** Los honorarios profesionales de un médico por los servicios prestados al asegurado, según las coberturas de la Póliza del Asegurado.
- **Hospital o Clínica:** Establecimiento legalmente autorizado y reconocido para el tratamiento médico y/o quirúrgico de enfermedades o lesiones, atendido permanentemente por un cuerpo colegiado de médicos y enfermeras idóneas las veinticuatro (24) horas al día. Los asilos, hoteles, casas de reposo, hogares de convalecencia, spas, retiros, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento o tratamiento de adictos a drogas o de alcohólicos no están cubiertos por esta Póliza.
- **Indemnización:** El seguro cubrirá los gastos médicos del asegurado, de acuerdo con la cobertura elegida y según las tarifas de reembolso correspondientes.
- **Inhaloterapia:** La inhaloterapia, consiste en la administración de medicamentos, oxígeno y humedad por la vía respiratoria.
- **Límite Máximo Anual Renovable:** Monto máximo anual de cobertura al que tendrá derecho el Asegurado durante cada año póliza, y cuyo límite y sublímites se especifican en las Condiciones Particulares y Cuadro de Cobertura de la Póliza.
- **Medicamento Necesario:** Significa que el servicio de salud, tratamiento, procedimiento, medicamento o suministro requerido debe:

- A)** Ser adecuado o esencial para el diagnóstico o síntomas que presente el asegurado.
- B)** Servir para evaluar, diagnosticar, o tratar una enfermedad, lesión, dolencia, o sus síntomas.

A) No sobrepasar en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para brindar un diagnóstico o tratamiento seguro, satisfactorio y conveniente para el asegurado.

B) Ser prescrito por un médico legalmente reconocido y calificado.

C) Ser consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina.

D) No se da primordialmente para el confort o la conveniencia personal del asegurado, de su familia, de su médico u otro proveedor.

SURA se reserva el derecho de solicitar una segunda opinión médica cuando lo considere oportuno o necesario.

- **Medicamento:** Fármaco o principio activo integrando en una fórmula farmacéutica, utilizado en seres humanos, que esté debidamente registrados y autorizado por las autoridades competentes, recetado por un médico calificado y adquirido en farmacias legalmente establecidas y autorizadas en el país de cobertura de la póliza.
- **Médico:** Es el profesional de la medicina, debidamente registrado y autorizado por el Ministerio de Salud de la República de Panamá para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión que padezca el asegurado, de acuerdo con su especialidad.
- **Médico de Atención Primaria:** Es el profesional de la medicina, responsable de coordinar y preservar la salud y el bienestar físico, mental y social del asegurado, de una forma global e interrelacionada.
- **Ortesis:** Es el dispositivo ortopédico que reemplaza parcial o totalmente las funciones de un miembro con incapacidad física, invalidez o dismetría. Sirve para sostener, alinear o corregir deformidades y para mejorar la función del aparato locomotor. Adicionalmente pueden ser dispositivos externos aplicados al cuerpo para modificar aspectos funcionales o estructurales.
- **Período de Espera:** Plazo que debe transcurrir desde la fecha de inclusión o rehabilitación del asegurado en la Póliza, hasta el momento en que el asegurado pueda acceder a determinadas coberturas.
- **Preautorización:** Es el proceso mediante el cual se solicita una autorización a SURA para la aprobación de un examen diagnóstico, cirugía, procedimiento o tratamiento médico. Si el procedimiento médico se realiza antes de recibir la respuesta de SURA y en caso de que los beneficios sean aprobados, estos serán reducidos en la proporción que se establece en el Cuadro de Coberturas.
- **Preexistencia:** Cualquier enfermedad, lesión, condición, síntoma, dolencia o alteración de la salud que se haya manifestado por primera vez antes de la fecha de efectividad del Asegurado en la Póliza, por la cual haya recibido tratamiento o advertencia médica, o se le hayan recomendado o realizado exámenes de diagnóstico, recetado medicamentos, o que haya tenido la presencia de síntomas que provocarían o inducirían a una persona prudente a procurar el diagnóstico, cuidado y tratamiento de un médico. Bajo este concepto también se consideran preexistencias las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tales enfermedades o lesiones, aunque estos se manifiesten después de la inclusión del asegurado en la Póliza. Cualquier gasto médico relacionado a una preexistencia no será cubierto por la Aseguradora, cuando basada en cualquiera de los medios de prueba generalmente aceptados por la Ley (documento público o privado, testimonio, opinión o criterio médico-académico, informe pericial u otro de naturaleza análoga), tenga indicios de que la misma se había manifestado antes de la inclusión o rehabilitación del asegurado en la Póliza, o de que él mismo tenía conocimiento de que padecía tal condición, enfermedad o síntoma.
- **Prima:** Costo que ampara la cobertura de un riesgo durante los doce (12) meses. Es el precio del seguro anual, aunque se fraccione su pago.

- **Procedimientos en Consultorio:** Son los procedimientos médicos que por ser de poca complejidad y bajo riesgo no requieren una sala de cirugía u hospitalización y pueden realizarse en el Consultorio del Médico. De acuerdo con este Póliza, será SURA junto con el médico, quienes decidirán si dicha cirugía se puede realizar en el consultorio. No se incluyen dentro de esta definición las Endoscopias y Colonoscopias, así como otros procedimientos que requieran sedación.
- **Prótesis:** Dispositivo diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para mejorar su funcionamiento.
- **Red de proveedores:** Son los médicos, laboratorios, clínicas y todos los demás proveedores de servicios de salud debidamente acreditados, que tienen un convenio con SURA para la atención y prestación de los servicios de salud cubiertos por el plan de seguro del asegurado, y que este podrá elegir de acuerdo con su preferencia dentro del directorio de proveedores de SURA.
- **Segunda Opinión Médica:** Es la opinión de un médico distinto al médico tratante del paciente. El médico de segunda opinión revisa la historia clínica del paciente y lo examina físicamente si se requiere, ofreciendo una opinión profesional sobre el problema de salud del paciente y sobre cómo se debería tratar. En una segunda opinión se puede confirmar o cuestionar el diagnóstico y el plan de tratamiento del médico tratante, brindar más información sobre la
- **Siniestro:** Constituye una lesión, enfermedad o condición médica amparada bajo alguna de las Coberturas de la Póliza.
- **Telesalud:** Es el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleeducación en salud.
- **Telemedicina:** Es la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.
- **Teleeducación en salud:** Es la utilización de las tecnologías de la información y telecomunicación para la práctica educativa de salud a distancia.
- **Telemedicina interactiva:** Es la relación a distancia utilizando tecnologías de información y comunicación, mediante una herramienta de video llamada en tiempo real, entre un profesional de la salud de un prestador y un usuario, para la prestación de servicios de salud en cualquiera de sus fases.
- **Terapia Física:** Terapia recibida tras un accidente o una enfermedad que haya provocado una pérdida en la función del aparato locomotor.
- **Tratamiento ambulatorio:** Tratamiento médico o quirúrgico sencillo que no requiere de hospitalización y tiene una duración inferior a 24 horas.
- **Tratamiento hospitalario:** Tratamiento médico o quirúrgico en una institución hospitalaria con una duración superior a 24 horas.
- **Urgencia por enfermedad Crítica Detallada:** Se reconocerá para efectos de esta Póliza como Urgencia Crítica Detallada los diagnósticos y/o síntomas que se detallan a continuación: Pérdida del conocimiento, obnubilación o desvanecimiento, lipotimia, síndrome vertiginoso, deshidratación moderada a severa, vómitos y/o diarrea con deshidratación, crisis asmática, crisis hipertensiva, insuficiencia respiratoria severa o aguda, cólico nefroureteral, angina de pecho, arritmia cardíaca, infarto del miocardio, convulsiones, estados de shock y coma, retención aguda de orina, apendicitis, trombosis aguda, intoxicación aguda, accidente cerebro-vascular, hemorragias, abdomen agudo, fiebre alta en menores de 5 años de edad, cuerpo extraño en ojos,

oídos, nariz o garganta, reacciones alérgicas agudas por picaduras de insectos o de reptiles, medicamentosas y alimentarias (shock anafiláctico) mordeduras de animales.

Cualquier otra atención médica diferente a las mencionadas en este punto, no será considerada dentro de la cobertura de Urgencias por Enfermedad Crítico Detallada.

- **Urgencias por Accidente:** Se reconocerá como Urgencia por Accidente únicamente los diagnósticos que se detallan a continuación: quemaduras, heridas cortantes, corto punzantes, contusas y por armas de fuego, fracturas, luxaciones, esguinces y trauma craneoencefálico.

Cualquier otra atención médica diferente a la mencionada en este punto, no será considerada dentro de la cobertura de Urgencias por Accidente.

Coberturas

Se entiende por cobertura cubierta bajo esta Póliza, aquellas listadas en el Cuadro de Coberturas del plan contratado, por los cuales se pagará conforme a lo estipulado en dicho cuadro y en esta sección, quedando sujetos a todas las condiciones, exclusiones y limitaciones establecidas en esta Póliza.

Esta póliza cubrirá los gastos médicos sobre los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA), de acuerdo con los límites y condiciones establecidos en las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro de Coberturas y los Anexos o Endosos agregados a este Póliza, siempre y cuando sean médicamente necesarios para el tratamiento de las enfermedades o accidentes cubiertos y tengan relación directa con el diagnóstico.

1) Servicios Ambulatorios

Se cubrirán las consultas médicas detalladas en el beneficio de consulta externa, laboratorios, radiología simple, y medicamentos siempre y cuando las haya prescrito un médico calificado, estén cubiertas en la póliza, no requieran hospitalización y se encuentren detalladas en el Cuadro de Coberturas del plan de salud del asegurado, sujeto a los límites y condiciones establecidos en esta.

El Asegurado podrá acceder a los siguientes Servicios Ambulatorios dentro de la Red de Proveedores de Salud de SURA:

A.) Consulta Externa

- I.) Medicina General
- II.) Especialidades médicas: Medicina Interna, Medicina Familiar, Urología, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Oftalmología, Ortopedia, Cirugía general, Otorrinolaringología, Cardiología y Gastroenterología.
- III.) Nutrición: Limite anual de tres (3) consultas por Nutrición
- IV.) Psicología: Limite anual de tres (3) consultas por Psicología

B.) Asistencia Virtual

- I.) Asistencia Nutricional: Limite anual de tres (3) asistencias virtuales por Nutrición.
- II.) Asistencia Psicológica: Limite anual de tres (3) asistencias virtuales por Psicología.
- III.) Asistencia Medicina General SURA: A través de la Telemedicina con el Médico General designado para esta atención por parte de SURA. Sin límites de asistencia por evento.

C.) Exámenes diagnósticos

- I.) Laboratorio Clínico: Se cubrirán los laboratorios ambulatorios, excepto los de carácter genético o los procesados en el exterior, aunque la muestra se haya tomado en Panamá.
- II.) Radiología simple: Se cubren exclusivamente los exámenes de rayos x, mamografías y ecografías.

D.) Otros Beneficios

- I.) Procedimiento en Consultorio: Dentro de esta cobertura se cubrirán únicamente los procedimientos en consultorio relacionados a las especialidades detalladas en el beneficio de consulta externa. Se requiere autorización para procedimientos en consultorio mayores a \$180.00. Las endoscopias y colonoscopias no se consideran incluidas en esta cobertura, al igual que procedimientos que requieran sedación o anestesia regional.
- II.) Terapia Física: Estarán cubiertas siempre que estén prescritas por el médico tratante.
- III.) Inhaloterapia: Estarán cubiertas siempre que estén prescritas por el médico tratante.
- IV.) Medicamentos: Para que sean cubiertos por tu Póliza, deben estar registrados y autorizados por las autoridades competentes, recetados por un médico calificado y comprados en farmacias legalmente establecidas y autorizadas.
- V.) Movilidad Salud: Los asegurados contarán con servicio de atención médica telefónica y consulta médica domiciliaria las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días; conforme a lo dispuesto en el Cuadro de Coberturas de esta Póliza.

2) Maternidad

Esta cobertura aplica únicamente a las aseguradas principales y dependientes a partir de los dieciocho (18) años cumplidos y durante el periodo de gestación de la asegurada en póliza, siempre que se haya cumplido el Periodo de Espera de doce (12) meses para maternidad, contados desde la fecha en que se hace efectiva esta Póliza para la asegurada hasta la fecha de la concepción.

Esta cobertura cubrirá únicamente los siguientes servicios:

- A.)** Nueve (9) consultas de seguimiento en Obstetricia.
- B.)** Tres (3) ecografías obstétricas.
- C.)** Laboratorios trimestrales de control prenatal.
- D.)** Medicamentos.

Tomaremos como fecha de inicio del embarazo, la fecha de la última menstruación de la madre y el resultado del primer ultrasonido realizado por el ginecólogo, quien nos indicará las semanas exactas de gestación. Durante el periodo de espera, los gastos incurridos por la asegurada en concepto de embarazo no estarán cubiertos bajo esta Póliza.

Si el embarazo está cubierto en la Póliza, el recién nacido pasará a ser parte de ella automáticamente, siempre que se le incluya durante los primeros treinta (30) días de nacido.

En esta cobertura cubriremos los medicamentos, vitaminas y minerales que sean recetados a la asegurada durante el periodo de gestación.

Esta cobertura no incluye pruebas de embarazo, recolección o conservación de células madre, pruebas genéticas o amniocentesis, complicaciones del embarazo, hospitalización por embarazo, aborto, amenaza de aborto, parto o cesárea y sus complicaciones.

3) Preventiva

Con el objetivo de mantener a nuestros asegurados sanos, prevenir y controlar enfermedades, mejorando así su calidad de vida, esta Póliza incluye:

A.) Mamografía: El seguro cubre una (1) mamografía preventiva al año, por cada Asegurada de cuarenta (40) años cumplidos o más, siempre que no se haya realizado previamente otra mamografía durante el año póliza vigente.

B.) PAP (Papanicolau): Cubre una (1) citología cervical preventiva al año por asegurada de dieciocho (18) años cumplidos o más.

C.) Profilaxis Bucal: Los asegurados tendrán derecho a una profilaxis bucal al año a partir del segundo año de vigencia del asegurado en la póliza a través de los proveedores designados por SURA para este beneficio.

Endoso de Cobertura Opcional y Adicional

Sabemos lo importante que es la salud de nuestros Asegurados, por eso hemos agregado una cobertura adicional y opcional que es un complemento perfecto para el Plan de Salud.

Esta Cobertura contempla Cirugía Ambulatoria, Urgencia por Accidente, Urgencia por Enfermedad Crítico Detallada, Hospitalización y Exámenes Especiales dentro de las especialidades detalladas en el Plan Salud a Tu alcance.

Esta cobertura estará cubierta únicamente a través de proveedores de la Red de SURA definidos para el plan Salud a Tu alcance.

Esta cobertura opcional será solicitada por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL, y estará sujeta a la aprobación por SURA, la cobertura será contratada exclusivamente para EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL y todos los asegurados registrados en la póliza,

El incumplimiento del pago de esta cobertura para uno o todos los asegurados acarreará morosidad en la póliza y estará sujeta a las disposiciones de las cláusulas correspondientes detalladas en el presente contrato de seguros.

Parágrafo: La cobertura opcional no podrá ser excluida de la póliza sin que ello implique la cancelación del Plan Salud a Tu alcance.

Será cubierto exclusivamente por la Red de Proveedores de Salud SURA, con previa autorización, y según los límites y sublímites establecidos en cada cobertura.

1) Cirugía Ambulatoria: Cubre los servicios hospitalarios y honorarios médicos de procedimientos quirúrgicos contemplados en las especialidades cubiertas en el Plan Salud a Tu alcance de salud contratado, que no requieren de hospitalización y que son realizados en un hospital, clínica o centro de cirugía ambulatoria autorizados para tal fin dentro de la Red de Proveedores de Salud SURA. Se excluye de esta cobertura opcional atenciones por maternidad o sus complicaciones al igual que parto o cesárea y sus complicaciones.

Esta cobertura tiene un Límite Máximo Anual Renovable de \$10,000.00 con un copago único de \$100.00, siempre que se utilicen los Proveedores de la Red de Salud de SURA.

A. Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos): Cubre los cargos facturados por el hospital, clínica o centro de cirugía ambulatoria, tales como pero no limitados a: sala de operaciones, sala de recobro, material de cirugía, anestésicos, medicinas, oxígeno y los demás servicios que normalmente presta un centro asistencial durante una cirugía ambulatoria.

B. Honorarios Médicos: Los honorarios médicos serán pagados según los costos usuales, razonables y acostumbrados (URA), sin exceder los límites de la Póliza.

I. Cirugía: Incluye el cuidado total postoperatorio prestado por el cirujano principal y hasta ocho (8) días posteriores a la cirugía.

II. Anestesia: Cubrirá hasta un máximo de treinta por ciento (30%) de los honorarios autorizados al cirujano principal, solo en el caso de que éste administre personalmente la anestesia al asegurado y permanezca presente durante todo el tiempo que dure la cirugía. Se cubrirá solo un anesthesiólogo por intervención quirúrgica.

III. Patología: Se cubrirán los honorarios médicos correspondientes al médico patólogo según los URA de SURA y según lo reportado en el Informe de Patología.

1A.) Urgencia por Accidente: Se reconocerá como Urgencia por Accidente únicamente los diagnósticos que se detallan a continuación: quemaduras, heridas cortantes, corto punzantes, contusas y por armas de fuego, fracturas, luxaciones, esguinces y trauma craneoencefálico.

Cualquier otra atención médica diferente a la mencionada en este punto, no será considerada dentro de la cobertura de Urgencias por Accidente.

Esta cobertura tiene un límite por evento de \$400.00 por cargos elegibles, sin copago.

1B.) Urgencia por Enfermedad Critico Detallada: Se reconocerá como Urgencia Critica Detallada los diagnósticos y/o síntomas que se detallan a continuación: Pérdida del conocimiento, obnubilación o desvanecimiento, lipotimia, síndrome vertiginoso, deshidratación moderada a severa, vómitos y/o diarrea con deshidratación, crisis asmática, crisis hipertensiva, insuficiencia respiratoria severa o aguda, cólico nefroureteral, angina de pecho, arritmia cardíaca, infarto del miocardio, convulsiones, estados de shock y coma, retención aguda de orina, apendicitis, trombosis aguda, intoxicación aguda, accidente cerebro-vascular, hemorragias, abdomen agudo, fiebre alta en menores de cinco (5) años de edad, cuerpo extraño en ojos, oídos, nariz o garganta, reacciones alérgicas agudas por picaduras de insectos o de reptiles, medicamentosas y alimentarias (shock anafiláctico) mordeduras de animales.

Cualquier otra atención médica diferente a las mencionadas en este punto, no será considerada dentro de la cobertura de Urgencias por Enfermedad Critico Detallada.

Se excluye de esta cobertura opcional atenciones por maternidad y/o sus complicaciones.

Esta cobertura tiene un límite por evento de \$400.00 por cargos elegibles, con un copago de \$40.00 por evento.

1C.) Hospitalización: Cubre los servicios hospitalarios y honorarios médicos de hospitalizaciones contempladas en las especialidades cubiertas en el Plan de Salud contratado, y que son realizados en un hospital o clínica autorizado para tal fin dentro de la Red de Proveedores de Salud SURA. Se excluye de esta cobertura opcional atenciones por maternidad o sus complicaciones al igual que parto o cesárea y sus complicaciones. Esta cobertura tiene un periodo de espera de seis (6) meses a partir de la vigencia de cada asegurado en la póliza.

Esta cobertura tiene un Límite Máximo Anual Renovable de \$15,000.00 con un copago único de \$200.00 por evento y se cubrirá habitación semiprivada o privada hasta un máximo por día de \$170.00; siempre que se utilicen los Proveedores de la Red de Salud de SURA.

A) Servicios Hospitalarios (Cargos Misceláneos): Cubre los cargos facturados por un hospital o clínica, tales como pero no limitados a: habitación, sala de operaciones, sala de recobro, material de cirugía, anestésicos, medicinas, oxígeno, radiología, laboratorios y los demás servicios que normalmente presta un centro asistencial durante una hospitalización. Cubre habitación privada o semiprivada.

B) Honorarios Médicos: Los honorarios médicos serán pagados según los costos usuales, razonables y acostumbrados (URA), sin exceder los límites de la Póliza.

- I. Cirugía:** Incluye el cuidado total postoperatorio prestado por el cirujano principal y hasta ocho (8) días posteriores a la cirugía.
- II. Anestesia:** Cubrirá hasta un máximo de treinta por ciento (30%) de los honorarios autorizados al cirujano principal, solo en el caso de que éste administre personalmente la anestesia al asegurado y permanezca presente durante todo el tiempo que dure la cirugía. Se cubrirá solo un anesthesiólogo por intervención quirúrgica.
- III. Patología:** Se cubrirán los honorarios médicos correspondientes al médico patólogo según los URA de SURA y según lo reportado en el Informe de Patología.
- IV. Médico tratante:** Incluye el cuidado hospitalario por un médico tratante o interconsultor no quirúrgico y se cubrirá una visita intrahospitalaria por día según el URA y previa autorización de SURA. Se cubrirá una visita intrahospitalaria por día.

1D.) Exámenes Especiales: Esta cobertura cubre únicamente los exámenes de resonancia magnética nuclear (RMN) y tomografía axial computarizada (TAC). Esta cobertura tiene un coaseguro de veinte por ciento (20%), siempre que se utilicen los Proveedores de la Red de Salud de SURA.

Periodo de Espera

Durante los doce (12) primeros meses de vigencia del seguro para cada asegurado en la póliza, no se cubrirá ningún gasto por tratamientos, consultas, servicios, suministros o cirugía relacionados con:

- Amígdalas o adenoides
- Asma bronquial
- Cataratas, pterigión, chalazión, glaucoma
- Circuncisión
- Enfermedad por lesiones deportivas
- Enfermedades úlcera y ácido pépticas
- Padecimientos prostáticos
- Fibromas, quistes, nódulos o pólipos de cualquier tipo o clase
- Tumores o lesiones benignas de la piel
- Útero, piso perineal, ovarios y sus anexos, incluyendo endometriosis o dolor pélvico crónico
- Tumoraciones benignas o malignas mamarias
- Varicocele e Hidrocele
- Varices y telangiectasias (arañitas de pierna)
- Tiroides
- Artroscopias o cirugías ortopédicas
- Sinusitis o etmoiditis o padecimientos de las vías respiratorias superiores
- Cirugía ambulatoria programada

Aviso del siniestro y formalización del reclamo

Para las hospitalizaciones, procedimientos, cirugías, exámenes especiales y procedimientos en consultorio mayores a \$180.00, el Asegurado deberá enviar a SURA el Formulario de Preautorización debidamente completado y firmado por el médico y por el Asegurado, con tres (3) días de anticipación a recibir la atención médica, para su evaluación y aprobación. Una vez aprobado, SURA dará respuesta indicando el monto reconocido en concepto de los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados. SURA podrá solicitar la información adicional que estime conveniente, así como la evaluación de Segunda Opinión Médica en los casos que sea requerido.

Este requisito es obligatorio, mas no está limitado a las cirugías ambulatorias, hospitalización, exámenes especiales, tratamientos de alto costo y procedimientos en consultorio mayores a \$150.00. Si no se cumple con esta obligación, o si el reclamo no se presenta dentro del plazo indicado, SURA tendrá derecho a declinar cualquier posible indemnización.

A) En caso de una hospitalización no programada, el hospital o clínica deberá notificar a SURA en un periodo menor de veinticuatro (24) horas por medio del Formulario de Preautorización.

B) El asegurado deberá facilitar la información y documentación que pida SURA, por lo que en caso de que el asegurado no cumpla con estas obligaciones o si el reclamo no se presenta dentro del plazo indicado, SURA tendrá derecho a declinar cualquier posible indemnización.

C) El asegurado deberá enviar a SURA la reclamación formal y aportar la siguiente información:

- Ordenes médicas, recetas médicas, informes médicos, recibos y/o facturas originales de los comprobantes de pago, con su debido detalle de gastos, en caso de requerir un reembolso.
- Detalle de otros seguros que tenga el asegurado que cubran el servicio prestado y gasto incurrido.
- Formulario de Reclamación de SURA debidamente completado y firmado por el médico tratante y el asegurado.

Si el asegurado no cumple con estas obligaciones, o si el reclamo no es presentado dentro del plazo indicado y de manera completa, SURA tendrá derecho a declinar cualquier posible indemnización.

D) Cualquier queja sobre la tramitación de reclamaciones por parte de Sura deberá ser notificada en el término de treinta (30) días a partir de la recepción de la reclamación.

Segunda opinión médica

Para cualquier tipo de cirugía, tratamiento o examen especial que no sea de emergencia, el asegurado, deberá notificar a SURA, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de la fecha programada, a fin de que SURA determine si se requiere una segunda opinión. De requerirse, esta será pagada al cien por ciento (100%) por SURA. SURA se reserva el derecho de designar o aceptar el médico que dará la segunda opinión. Si esta segunda opinión no es afirmativa, SURA podrá definir solicitar una tercera opinión médica. Si la segunda o tercera opinión médica es afirmativa, la cirugía se cubrirá de acuerdo con los parámetros establecidos en esta póliza. En caso de que la segunda y/o la tercera opinión médica determinen que la cirugía, tratamiento o examen especial no se debe efectuar y el asegurado se realiza dicha intervención, la Póliza no pagará beneficios ni los gastos relacionadas a esa atención médica.

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

Indemnizaciones

SURA pagará directamente al Proveedor de la Red de Salud SURA por los servicios prestados, dentro de los treinta (30) días calendario de haber recibido los documentos solicitados del reclamo, debidamente completados y firmados, con los anexos correspondientes y según los costos URA definidos con el proveedor.

Exclusiones y Limitaciones

Quedan excluidos de esta Póliza, todos los gastos ocasionados directa o indirectamente por cualquiera de las siguientes causas:

1. Gastos médicos incurridos fuera de la República de Panamá.
2. Gastos médicos incurridos fuera de la Red de Proveedores de SURA.
3. Cualquier gasto por tratamiento, medio diagnóstico, procedimiento, suministro, atención o medicamentos que no guarden relación directa con el diagnóstico cubierto o que no sea médicamente necesario para el tratamiento de una condición, enfermedad o lesión cubierta por esta Póliza. Auto prescripción de medicinas, tratamientos que no estén recetados por un médico calificado y servicios no requeridos de acuerdo con las normas aceptadas en la práctica médica. Cualquier complicación derivada de una enfermedad, tratamiento o intervención quirúrgica no cubierto por esta Póliza. Curas en clínicas de reposo o convalecencia, asilos de ancianos, balnearios o baños termales, curas en custodia o periodos de cuarentena y/o aislamiento.
4. Servicios o tratamientos médicos en los que el asegurado incurra antes de hacerse efectiva la Póliza, así como también cualquier gasto incurrido después de haber terminado su vigencia en la misma o que se presenten después de su vencimiento o cancelación, incluyendo aquellos que sean secuelas de accidentes y enfermedades conocidas o diagnosticadas durante la vigencia.
5. Cuidado de Enfermeras Especiales y honorarios por Asistencia Quirúrgica. Tratamientos para todo tipo de cáncer, leucemia, hemodiálisis y diálisis peritoneal.
6. Servicios, medicamentos, materiales y tratamientos o procedimientos médicos o quirúrgicos que no sean científicamente reconocidos y aceptados por la ciencia médica, como la quiropráctica, acupuntura, medicina naturista y homeopatía; o que se encuentren en experimentación, así como los gastos que surjan de tratamientos o materiales cuyas necesidades médicas no hayan sido claramente definidas. Procedimientos médicos nuevos o investigativos, sean estos experimentales o no.
7. Servicios o tratamientos médicos o quirúrgicos relacionados con enfermedades, accidentes o condiciones preexistentes, incluyendo la remoción de prótesis u órtesis que hayan sido colocadas antes de la vigencia del asegurado en la Póliza.
8. Cualquier gasto por enfermedad o lesión causada por el mismo asegurado; riñas o actos delictivos en que el asegurado participe por culpa grave de él mismo o de un miembro de su familia, estando o no en el uso de sus facultades mentales. Lesiones o daños personales sufridos por el asegurado cuando se encuentre bajo los efectos del alcohol, drogas o estupefacientes. Enfermedades o tratamientos producto del alcoholismo. Cualquier tratamiento, complicación o efecto secundario resultante de la ingestión de alcohol, de drogas o similares; al igual que la intoxicación por medicamentos.
9. Medicamentos, inyecciones o cirugías relacionadas con el control del peso del paciente, ya sea por obesidad, sobrepeso o bajo peso, alopecia o calvicie, acné, vitíligo y tratamiento alimenticio suplementario.
10. Tratamientos, procedimientos o intervenciones quirúrgicas por infertilidad, incluyendo, pero no limitándose a: implantación de embriones in vitro, transferencia de embrión, inseminación artificial, inductores de la ovulación o cualquier sustancia, terapia, tratamiento y/o similares relacionados directa o indirectamente a la reproducción asistida; ligadura o extirpación de trompas y vasectomía o su reversión. Así mismo, la impotencia, disfunción eréctil, frigidez y cualquier otro tratamiento o atención médica relacionada con el funcionamiento o la reproducción sexual; cambio o modificación de sexo; dispositivos para incompetencia de cuello uterino, su inserción y/o retiro, y otros

tratamientos relacionados; procedimientos o tratamientos anticonceptivos, dispositivos intrauterinos o diafragmas. No se cubrirán los cargos relacionados a las complicaciones asociadas con estos tratamientos, y secuelas directas o indirectas. No se cubren atenciones por maternidad o sus complicaciones, parto o cesárea y sus complicaciones.

11. Tratamiento dental, alveolar, gingival, maxilofacial o mandibular, incluyendo el síndrome temporomandibular, cráneo-mandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura.

12. Tratamientos de cualquier tipo para corregir vicios de refracción o condiciones similares, como astigmatismo, miopía, hipermetropía, presbicia, estrabismo, queratocono, queratoplastia, queratotomía radiada y queratomileusis. Exámenes rutinarios de la vista y de los oídos, cualquier aparato o implantes auditivos, anteojos, lentes de contacto, multifocales y cualquier otro tipo de lentes y aros.

13. Medicamentos naturales, homeopáticos o alternativos, recetario magistral, medicamentos de venta sin receta médica, ni los que pagan ITBMS, por ser considerados medicamentos cosméticos, medicamentos que no estén registrados y aprobados por la Dirección Nacional de Medicamentos; jabones, jaleas, cremas humectantes o hidratantes, formulas reconstituyentes, leches, insumos médicos y materiales adquiridos en farmacias; pruebas de embarazo, compra o alquiler de aparatos, dispositivos o equipos médicos que no estén explícitamente detallados y cubiertos en la Póliza. Cualquier gasto relacionado con el diagnóstico o tratamiento de las alergias.

14. Servicios o suministros de uso común en una casa, incluyendo mas no limitándose a: bicicletas estáticas, 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, tanques y administración de gases medicinales o cualquier dispositivo o equipo médico duradero y/o móvil.

15. Tratamientos en Cámara Hiperbárica y el tratamiento y/o cirugías mediante el uso de Técnica Robótica o el uso de cualquier otro equipo médico de alta tecnología no aprobado por SURA.

16. Exámenes de laboratorio clínico para estudios genéticos y los laboratorios procesados en el exterior, independientemente de que la muestra haya sido tomada en Panamá.

17. Anomalías congénitas, hereditarias o defectos adquiridos, excepto las presentadas en los recién nacidos, productos de una maternidad cubierta por la Póliza, y sólo hasta el límite y condiciones estipuladas en el Cuadro de Coberturas que forma parte de esta Póliza.

18. Cuidado quiropráctico y/o podiátrico incluyendo el cuidado, tratamiento y/o cirugía de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles, juanetes, hallux valgus o cualquier otra dolencia de los pies, así como los soportes de zapatos, plantillas, aparatos o dispositivos de cualquier tipo, gastos en quiropodistas o pedicuristas.

19. Estudios o tratamiento médico y/o quirúrgico por enfermedad psiquiátrica; trastornos mentales, psicomotores, del lenguaje o aprendizaje, terapias recreacionales, educacionales u ocupacionales, neurosis o desórdenes psico-neuróticos, déficit atencional, desórdenes de personalidad, desórdenes psicósomáticos, psicosis, esquizofrenia, paranoia, depresión unipolar, depresión bipolar, trastornos del sueño, polisomnografías, apnea del sueño, curas de reposo, roncopatías y uvulopalatoplastias, cualesquiera sean sus manifestaciones, síntomas o consecuencias.

20. Cualquier gasto relacionado a trastornos de la conducta, el aprendizaje, el lenguaje, déficit atencional, tabaquismo, adicción a las drogas, toxicomanía y su dependencia, síndrome de fatiga crónica, alcoholismo u obesidad a consecuencia de cualquiera enfermedad

excluida en esta póliza, al igual que los problemas relacionados con el crecimiento, independientemente de las razones o causas que lo originen.

21. Tratamientos de crío-preservación o criogenética. Implantación o reimplantación de células vivas, recolección y conservación de células madre, pruebas genéticas y amniocentesis. Cirugía fetal, definida está como la intervención quirúrgica realizada en un niño aún no nacido. Patologías del feto y aborto provocado, sus secuelas y complicaciones. Partos programados en casa u otro lugar que no sea un centro hospitalario.

22. Servicios recibidos en alguna institución del Estado o cualquier otro servicio médico por el cual no se exija pago o no exista una facturación, o por el cual el asegurado no esté legalmente obligado a pagar.

23. Gastos por encima de los costos Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA) en la República de Panamá; o que sobrepasen los límites y sublímites estipulados en las Condiciones Generales, Cuadro de Coberturas y las Condiciones Particulares de esta Póliza.

24. Gastos por acompañantes del asegurado mientras se encuentre hospitalizado, perforación de orejas, llamadas de larga distancia o a teléfonos celulares, comidas extras, elementos de uso personal, toallas higiénicas, biberones, servicio de cafetería y otros servicios no amparados expresamente en la Póliza o no medicamente necesarios.

25. Cualquier gasto incurrido en relación con enfermedades de transmisión sexual, incluyendo, más no limitándose al virus del Papiloma Humano (VPH) y sus consecuencias, al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

26. Suministro de los frenillos, bragueros, equipos ortopédicos, aparatos mecánicos o electrónicos. No serán cubiertas aquellas prótesis o aparatos mecánicos o electrónicos que son colocados de manera externa (exoprótesis u órtesis).

27. Enfermedades contagiosas que requieran aislamiento o cuarentena o que sean declaradas por el Ministerio de Salud como epidemia o pandemia.

28. Lesiones causadas por guerra interna, guerra civil, conmoción civil, insurrección, rebelión, revolución, levantamiento popular o militar, sedición, invasión, actos de guerra internacional declarada o no, actos de terrorismo, suspensión de garantías, violencia y desórdenes públicos, paros laborales, huelgas o disturbios de carácter obrero-patronales, tumultos, motín, perturbación del orden público; cualquier acto delictivo, incluyendo duelos o riñas; terrorismo o cualquier otra situación semejante que rompa el orden público establecido o la convivencia pacífica; o mientras el asegurado se encuentre en servicio activo o entrenamiento de la Fuerza Pública, Policía Nacional, Fuerza Naval, Aérea o Terrestre de cualquier país o autoridad internacional;

29. Lesiones ocasionadas directa o indirectamente por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias. Accidentes o enfermedades derivadas del riesgo ocupacional.

30. Cualquier gasto incurrido durante la práctica de la aviación privada, práctica de deportes profesionales o competencias deportivas consideradas peligrosas, ya sea a nivel profesional o de aficionado que expongan por irresponsabilidad, desconocimiento o circunstancias agravantes la vida o la salud de asegurado; incluyendo pero sin limitarse a: boxeo, lucha, esquí de cualquier tipo, paracaidismo, submarinismo, buceo, rapel, tauromaquia, equitación, esgrima, cacería, tiro, alpinismo, automovilismo, motociclismo, salto de "bungee", vuelos sin motor y ultraligeros, planeadores, práctica de salto en caída libre o similares, parapente y cualquier otro deporte de altura o aéreo, espeleología,

deportes de invierno, deportes de contacto realizados durante una competencia y todo tipo de competencia de velocidad, excepto las pedestres.

31. Enfermedades o lesiones causadas por radiación, ionización, contaminación radioactiva o componente nuclear. Servicios prestados por familiares o por personas que vivan con el asegurado.

32. Práctica de pruebas, resistencia o velocidad en vehículos de cualquier tipo, viajes en aeronaves y submarinos privados o militares en calidad de tripulante, pasajero o mecánico, excepto cuando se trate de líneas comerciales debidamente autorizadas para el transporte regular de pasajeros.

Límite de responsabilidad

El límite de responsabilidad de SURA no excederá el Límite y Sublímites Máximo Anual Renovable de la Póliza del asegurado, siempre con base a los Costos Usuales, Razonables y Acostumbrados (URA).

SURA no es ni será responsable directa o indirectamente, solidaria o subsidiariamente, de cualquier acto, acción, omisión, falta, negligencia o mala praxis realizada por un proveedor médico que pudiera causar daños o perjuicios al Asegurado; por ello, todo reclamo judicial, extrajudicial o ante cualquier entidad gubernamental deberá realizarse únicamente ante el proveedor médico que haya brindado el servicio y nunca ante SURA, por lo que como EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL libera completamente a SURA de toda responsabilidad civil, penal, administrativa o de cualquier otro tipo al respecto.

Otros seguros

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL al igual que sus dependientes, no podrán beneficiarse de un doble pago por la misma factura, recibo o servicio cubierto por esta Póliza y por otro seguro o plan de beneficios de salud o gastos médicos que posean. En caso de existir otros seguros se procederá de la siguiente forma:

A.) La Póliza o programa de salud de mayor antigüedad será el primero en dar cobertura al reclamo, de acuerdo con los términos y condiciones acordados en dicha Póliza.

B.) En caso de que el primer seguro o programa de salud no cubra en su totalidad los gastos elegibles incurridos por el Asegurado, entonces y de conformidad con la ley, las pólizas o programas de salud adicionales deberán pagar, de acuerdo al orden cronológico de antigüedad de contratación y a las coberturas correspondientes, los gastos elegibles que sean cubiertos por estas, los cuales sumados a los pagos efectuados por los otros aseguradores o programas administrados de salud, en ningún momento podrán exceder el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos elegibles.

C.) En caso de que existan dos o más seguros o programas de salud contratados en la misma fecha y hora, la indemnización será proporcional a la responsabilidad asumida en cada Póliza o Plan de salud.

Si el Asegurado omite intencionalmente lo que expresa esta cláusula o si contrata los diversos seguros para obtener un provecho ilícito, SURA quedará liberada de sus obligaciones.

Movimientos de asegurados

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL deberá comunicar por escrito a SURA, cualquier movimiento de inclusión o exclusión de un Asegurado Dependiente que desee realizar durante la vigencia de la Póliza.

Para incluir a un familiar elegible, EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL deberá completar los formularios proporcionados por SURA para tal propósito. La cobertura para cada Asegurado Dependiente iniciará desde el momento en que haya sido aceptado e incluido en la Póliza.

Para excluir a un Asegurado Dependiente, bastará una solicitud formal escrita por parte de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL presentada directamente en SURA o a través del corredor. Al ser procesada la exclusión, los beneficios del Seguro cesarán automáticamente para el Asegurado Dependiente, excepto para los siniestros que se encuentren pendientes de pago y SURA devolverá a EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL cualquier prima no devengada que haya sido pagada por el Asegurado Dependiente excluido.

Cambios de plan o categoría

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL tendrá la oportunidad de cambiar el Plan de Salud contratado únicamente al momento de la renovación, aplicando en dado caso, las siguientes condiciones:

A.) Para cambiar de un plan de beneficios menores a uno de beneficios mayores, será necesario que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL envíe una carta solicitándolo por escrito y los asegurados presenten las pruebas de asegurabilidad que sean requeridas por SURA.

B.) Para cambiar de un plan de beneficios mayores a uno de beneficios menores, EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL enviara una carta solicitándolo por escrito. SURA le informara y validara a EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL a través de una comunicación formal y escrita, el cambio al Plan de Salud de beneficios menores.

Servicios fuera de la red de proveedores

Quedará excluido de la cobertura cualquier gasto incurrido por cada uno de los Asegurados con proveedores médicos fuera de la Red de Proveedores de Salud SURA, por motivo de enfermedad o de lesión corporal accidental, mientras se encuentre asegurado bajo esta Póliza.

Omisiones o declaraciones inexactas

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL está obligados a declarar a SURA, mediante los formularios, cuestionarios e informes médicos que les proporcione y/o solicite, todos los hechos importantes para la valoración del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas al momento de la celebración de la Póliza. SURA suscribe y emite la póliza, bajo la presunción de que las declaraciones e información relevante contenidas en la solicitud de seguro, son veraces. No obstante, se aclara que según el Artículo 1000 del Código de Comercio, toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas por el Asegurado que hubieran podido influir de cualquier modo en la existencia o condiciones de esta póliza, trae consigo la nulidad de esta.

Subrogación

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL está de acuerdo en traspasar a SURA de forma definitiva e irrevocable, los derechos y/o beneficios que durante la vigencia del Póliza pudieran obtener frente a cualquier tercero que le hubiera ocasionado, sea de manera intencional o no, alguna lesión o enfermedad, en aquellos casos en que los gastos derivados de la atención a las mismas, hayan sido cubiertos por SURA en virtud de la Póliza y sus Anexos, incluyendo cualquier gasto legal razonable que SURA se vea precisada a desembolsar para la recuperación de dichas sumas de manos del tercero o del asegurado. Es obligación de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO realizar las gestiones y suscribir los documentos necesarios a fin de permitir a SURA ejercer su derecho de subrogación y obtener el recobro de los gastos anteriormente indicados hasta por el monto que la misma haya pagado, para lo cual ambos consienten en no entorpecer ni realizar actuaciones u omisiones que pudieran lesionar, disminuir, dificultar o imposibilitar el ejercicio del derecho de subrogación consagrado a favor de SURA por medio de la presente Cláusula.

SURA tiene el derecho de subrogación o reembolso por parte y en nombre de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL a quien se le ha pagado una reclamación, con el fin de que SURA recobre todo o parte de dicho pago ante una tercera entidad. Además, SURA se reserva el derecho de proceder en nombre de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL, asumiendo los gastos contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta póliza, o que puedan ser responsables de proporcionar indemnización de beneficios por cualquier reclamación bajo esta póliza.

Cesión

Los beneficios de esta póliza son intransferibles, por lo que no podrán cederse en ninguna forma a otras personas.

Moneda

Todos los pagos relativos a este Póliza ya sean por parte de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL o de SURA, serán efectuados en dólares, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.

Primas

La prima generada por esta Póliza está conformada por la suma de todas las primas individuales de cada uno de los Asegurados que hayan sido incluidos en la misma, y deberán ser pagadas en su totalidad antes del vencimiento de cada período establecido en las Condiciones Particulares, conforme al método y frecuencia de pago que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL haya seleccionado. Para que la emisión de la Póliza y la cobertura para cada asegurado en la póliza tenga validez, es indispensable que SURA haya recibido el pago total de las primas o el primer pago convenido.

Queda entendido que la prima inicial pactada podrá aumentar en cada renovación conforme se incremente la edad de los Asegurados. Podrá incrementarse la prima inicial por la siniestralidad, así como también en función del factor de inflación en los insumos y/o prestaciones médicas del mercado, siempre y cuando dichos aumentos sean aprobados por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá. SURA notificará a EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL cualquier cambio en el monto de la prima convenida con al menos treinta (30) días de antelación, excepto en los casos de aumentos de prima por cambios de edad, los cuales se aplicarán automáticamente. En el caso de que, EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL no acepte los aumentos propuestos, la Póliza se dará por terminada.

Los pagos de las primas deberán efectuarse directamente en las oficinas de SURA o a través de los canales que la misma haya habilitado para este fin.

Periodo de Gracia

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL dispondrá de treinta (30) días calendario para el pago de las primas, contados a partir de la fecha del inicio de vigencia de la Póliza o de cada período de pago convenido. Durante el período de gracia, la Póliza continuará en vigor. Vencido este plazo, los efectos de la Póliza quedarán suspendidos y EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL dispondrá de sesenta (60) días calendarios para rehabilitarlo, efectuando el pago de las primas vencidas. Si durante el período de suspensión ocurriese algún siniestro o fuese diagnosticada alguna enfermedad, SURA no estará obligada a cubrirla, aunque EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL pague todas las primas pendientes. Cuando la póliza no determine la existencia de un período de gracia, se entenderá por tal, los treinta días (30) calendarios, siguientes a la fecha en que EL CONTRATANTE debió realizar el pago, según lo previsto en su Póliza. En caso de diferencia entre

el término de periodo de gracia establecido en la Póliza y esta Ley, se tendrá por válido aquel que sea más beneficioso a EL CONTRATANTE tal como se establece en el artículo 160 de la Ley 12 de 3 de abril de 2012.

Si se comprueba del pago oportuno de la prima: Una vez haya transcurrido el periodo de gracia y exista constancia fehaciente de que EL CONTRATANTE había pagado la prima pendiente antes del siniestro, estará incluido en la cobertura y, por tanto, habrá obligación para SURA. Según lo establece el artículo 157 de la Ley 12 de 3 de abril de 2012.

Suspensión de cobertura

Según lo establece en el artículo 156 de la Ley 12 de 2012. Cuando EL CONTRATANTE haya efectuado el pago de la primera fracción de la prima y se atrase por más del término del periodo de gracia estipulado en el pago de alguna de las fracciones de prima subsiguientes, conforme al calendario de pago establecido en la Póliza correspondiente, se entenderá que ha incurrido en incumplimiento de pago, lo que tiene el efecto jurídico inmediato de suspender la cobertura de la Póliza hasta por sesenta días (60) calendarios. La cobertura se mantendrá suspendida hasta que EL CONTRATANTE pague, pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la prima dejada de pagar durante dicho periodo o hasta que la Póliza sea cancelada, conforme a lo que dispone el artículo 161 de la Ley 12 de seguros. Cuando se trate de seguros de salud o de vida individual, SURA no podrá cancelar el contrato correspondiente hasta el vencimiento del periodo de suspensión de sesenta (60) días calendario.

Aviso de cancelación

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 161 de la Ley 12 del 2012, SURA deberá notificar a EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL, todo aviso de cancelación de la póliza enviándole un comunicado a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la Póliza. También deberá notificar al corredor, mediante el envío de una copia del aviso de cancelación.

Si EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL cambia de dirección deberá notificarlo a SURA, de lo contrario se tendrá por válido la última que conste en el expediente de esta Póliza.

Cuando se trate de cancelaciones de la Póliza por incumplimiento de pago de la prima, se enviará la notificación por escrito a EL CONTRATANTE, con una anticipación de quince días hábiles. Si el aviso no es enviado, el contrato seguirá vigente y se aplicará lo que al respecto dispone el Código de Comercio en su artículo 998.

Notificaciones

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL, estará obligado a comunicar por escrito a SURA, cualquier cambio de nombre o domicilio, así como cualquier otra. Toda notificación relacionada con la presente Póliza deberá hacerla por escrito a la oficina principal de SURA.

SURA no se hace responsable de notificaciones o comunicaciones que sean entregadas a terceros, aun cuando las mismas estén dirigidas a esta.

Toda notificación relacionada con esta Póliza se notificará personalmente a EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL, o por envío a su última dirección física o electrónica que aparezca registrada en la Póliza o en los archivos de SURA, o a través del corredor designado en la Póliza.

Modificaciones

Las estipulaciones consignadas en esta Póliza sólo podrán ser modificadas por mutuo acuerdo entre SURA y EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL, previa autorización de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, y se harán constar por escrito mediante Anexo o Cláusulas adicionales.

Acción contra SURA

Ninguna acción podrá ejecutarse contra SURA a menos que, como condición previa, EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL cumpla totalmente con las estipulaciones de esta Póliza; ni hasta treinta (30) días después de que se hubiesen presentado a SURA las pruebas requeridas con respecto al reclamo. Ninguna acción legal podrá llevarse a cabo después de haber pasado un (1) año desde la fecha en que se haya dado el gasto o en que haya surgido el derecho reclamado por parte de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1651 del Código de Comercio de la República de Panamá.

Terminación del seguro

La Póliza terminará por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- A.) A requerimiento de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL en la fecha en que lo solicite por escrito a SURA.**
- B.) Por falta de pago de la prima convenida, habiendo transcurrido el periodo de gracia y el periodo de suspensión, conforme lo establecido en la Ley No.12 de 3 de abril de 2012, que Regula la Actividad de Seguros.**
- C.) Cuando EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL sea inculpado o hallado culpable de algún delito.**
- D.) Por fallecimiento de EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL.**
- E.) Cuando SURA descubra que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL ha omitido, declarado de manera inexacta u ocultada información relevante para la valoración del riesgo para el Asegurado Principal o alguno de sus Dependientes en la póliza.**
- F.) En el momento que un asegurado dentro de la póliza resida fuera de la República de Panamá por un periodo mayor a nueve (9) meses continuos.**

Rehabilitación por cancelación

Cancelada la póliza, SURA podrá considerar la rehabilitación de esta a su entera y única discreción, cuando EL CONTRATANTE cumpla con los siguientes requisitos:

- A.) Remitir la Solicitud de Rehabilitación debidamente completada y firmada a SURA dentro de un plazo máximo de treinta (30) días calendarios, contados a partir de la fecha de cancelación de la póliza.**
- B.) Pagar la prima que señale SURA para la rehabilitación, si ésta se diera.**
- C.) Pagar el total de las primas adeudadas a SURA.**

SURA se reserva el derecho de aprobar o no la solicitud de rehabilitación, notificando su aprobación o negación por escrito a EL CONTRATANTE. En caso de aprobarse la Rehabilitación, EL Asegurado Principal y sus Dependientes, tendrán los mismos derechos que existían antes de la fecha de cancelación por morosidad, sujeto a cualquier endoso que se adjunte o adicione a la póliza como resultado de tal rehabilitación.

Reintegro de gastos

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL se compromete y obliga a reintegrar a SURA los gastos incurridos por el pago de servicios en los siguientes casos y sin perjuicio de las demás

acciones que pudiere realizar SURA conforme los términos del presente Póliza y las disposiciones legales vigentes:

A.) En todos aquellos casos en que SURA haya efectuado pagos por servicios médicos que hayan beneficiado a los Asegurados sin que les correspondiera la Cobertura, conforme a los términos y condiciones de la presente Póliza y sus Anexos o Endosos.

B.) Cuando el Asegurado haya presentado datos, documentos o informaciones falsas o fraudulentas para sustentar una reclamación, o bien por haber hecho omisiones al suministrar la información.

C.) Cuando se compruebe que el Asegurado ha sobrepasado los límites establecidos en las Condiciones Particulares o que ha realizado un uso irracional de los servicios cubiertos por cualquier otra causa imputable al mismo.

D.) Cuando se compruebe que para la inclusión a la Póliza o para la ejecución de esta, EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL omitió información, presentó informaciones falsas o engañosas sobre su estado de salud o el de sus Dependientes.

E.) Cuando como resultado del mal uso del carné virtual de cada uno de los Asegurados, terceros hayan hecho uso indebido o fraudulento de los mismos y se compruebe que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL y sus Dependientes incumplieron su obligación de evitar o de informar oportunamente a SURA acerca de dicha situación.

F.) Cuando se compruebe que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL ha permitido, por acción, complicidad u omisión, el uso de los servicios previstos en la Póliza por parte de terceros no asegurados.

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL deberá hacer efectivo estos reintegros en un plazo de treinta (30) días calendario contados a partir de la fecha en que SURA le notifique el reclamo por cualquiera de las causas antes enunciadas.

Administre su Póliza Online

El Asegurado de SURA, tiene acceso a una serie de servicios online. Al ingresar a www.surasalud.com.pa, puede tener acceso a:

- A.)** Las Condiciones Generales
- B.)** Directorio de Proveedores de la Red SURA
- C.)** Carné digital
- D.)** Pagos de prima online.

Una vez inscrito, será responsable de revisar todos sus documentos y correspondencia por esta vía. Los pagos de su póliza deben hacerse directamente a través de Seguros Suramericana, S.A. Contáctanos:

- Estamos disponibles los 365 días al año Panamá
- Correo electrónico

Consentimientos explícitos

Acepto y brindo consentimiento explícito, para recibir los mensajes por WhatsApp de SEGUROS SURA, para la presente Póliza y servicios que sean necesarios.

Confidencialidad

La confidencialidad de la información sobre pacientes y clientes es de vital importancia para SURA. Con ese fin, la SURA cumple plenamente con las Leyes sobre Protección de Datos y Reglamentos de Confidencialidad de la Información Médica. En algunas ocasiones, SURA utiliza los servicios de terceros para procesar datos en nombre nuestro. Este proceso está sujeto a restricciones

contractuales con respecto a confidencialidad y seguridad, además de las obligaciones impuestas por la Ley sobre la Protección de Datos.

Controversias y ley aplicable

Las controversias o conflictos que puedan surgir en virtud de la ejecución o aplicación de la Póliza serán sometidos a las leyes de la República de Panamá y a la jurisdicción de los tribunales de la Ciudad de Panamá. No obstante, El asegurado tiene derecho a ser atendido vía reclamación administrativa ante la Superintendencia de seguros y reaseguros de Panamá, según lo establecido en los Artículos 250 y 251 de la Ley 12 de 03 de abril de 2012.

Las partes podrán convenir de mutuo acuerdo en someter sus controversias a un proceso de arbitraje o arbitramiento, si lo consideran conveniente. En tal caso, ambas partes podrán designar los árbitros de manera directa y de común acuerdo o delegar en una tercera persona, natural o jurídica, la designación parcial o total de los árbitros. Si no hubiese acuerdo respecto a la elección de los árbitros, cada parte elegirá uno y los dos árbitros designados elegirán un tercero, quien será el presidente del Tribunal Arbitral. Los gastos y costos que se originen con motivo del Arbitraje serán cubiertos en partes iguales por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL y SURA, según el caso; pero cada cual cubrirá los gastos del árbitro que proponga. El fallo de los árbitros es inapelable y no admitirá más recursos que el de nulidad, de conformidad a lo establecido en la Ley de Mediación, Conciliación y Arbitraje.

Prescripción

Las acciones derivadas de la Póliza de seguro prescribirán en el plazo de un (1) año, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 1651 del Código de Comercio de la República de Panamá, plazo este que se contará a partir del momento que la obligación sea exigible.

Normas supletorias

Para todo lo no previsto en las Condiciones Generales o Particulares, este Póliza se regirá por las disposiciones legales que rigen la materia.

Reglas de interpretación:

Las Condiciones Particulares, el Cuadro de Coberturas y sus Anexos o Endosos priman sobre las Condiciones Generales del Póliza, y este a su vez tendrá primacía sobre cualquier otro documento o comunicación suscrita por una de las partes.

Siempre que en este Póliza figure un pronombre personal en el género masculino, se considerará que incluye también el género femenino, a menos que el contexto indique claramente lo contrario.

“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 N° XXXX.

En fe de lo cual se expide la presente Póliza en la República de Panamá, en la fecha y hora señalada en las Condiciones Particulares.

Otros Endosos de Coberturas Opcionales

Las Coberturas Opcionales solo pueden ser solicitadas por EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO PRINCIPAL. Tienen un costo adicional a la prima del Plan "Salud a tu alcance", por cada asegurado en la Póliza y sus propias cláusulas, obligaciones y derechos, las cuales se entregarán en el momento que se acepte la inclusión del Asegurado en la Póliza.

- 1. Emergencia Odontológica:** Se cubrirá la emergencia odontológica y prevención bucal, según el plan contratado y definido en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 2. Renta Diaria por hospitalización por accidente:** Siempre que la causa fuere un accidente, no preexistente, cubierto bajo esta póliza, se cubrirá una renta diaria por hospitalización. Se contarán las noches en que el Asegurado duerma en el hospital para la indemnización correspondiente, luego de haber aplicado el deducible indicado en las Condiciones Particulares, así como el monto diario de dicha renta. La cobertura máxima es de sesenta (60) días máximos al año, continuos o no.
- 3. Asistencia Funeraria Plan Individual:** La Asistencia no es transferible a personas que no estén declaradas en la póliza, la misma es aplicable para el dueño de la póliza.
- 4. Asistencia Funeraria Plan Familiar:** La Asistencia no es transferible a personas que no estén declaradas en la póliza, la misma es aplicable para el dueño de la póliza y los cuatro (4) familiares designados en la misma para esta cobertura opcional.
- 5. Muerte Accidental y Adelanto de Gastos Funerarios:** A través de esta cobertura se indemnizará a los beneficiarios descritos ante fallecimiento del asegurado por accidente.
Se entiende como Adelanto por Gastos Funerarios como el auxilio de exequias a los beneficiarios descritos para sufragar los gastos incurridos por el fallecimiento del asegurado. Esta cobertura se indemniza como un adelanto de la suma asegurada en la cobertura básica de Muerte Accidental.



Línea de atención:

800-8888

Horario de atención:

Lunes a viernes de 8:00 a.m a 7:00 p.m

y sábados de 8:00 a.m a 2:00 p.m

segurossura.com.pa

 SegurosSURAPma  @surapanama   @segurossurapanama

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