

GENERALIDADES

1. Los hijos dependientes serán efectivos a partir del 11vo. Día de nacido y termina a los 19 años de edad. Se extiende la cobertura hasta los 25 años siempre y cuando el dependiente dependa económicamente de sus padres y se encuentre estudiando a tiempo completo, para ello se requiere certificado de matrícula.

2. El beneficio de gastos médicos mayores terminará al cumplimiento de los 70 años de edad o en la fecha de jubilación, lo que ocurra primero.

4. Para todas las admisiones hospitalarias y procedimientos especiales de diagnóstico no rutinario, elevados costos y que involucren gran tecnología, ya sea que requieran internamiento hospitalario o no, que no sean por emergencia, se requerirá una pre-autorización médica, al igual que 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%.

5. La cobertura de salud incluye atención médica gratuita de las doctoras con especialidades en medicina ocupacional.

6. **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 al 80% después del deducible.

7. No se cubren las condiciones pre-existentes durante los primeros (12) meses de cobertura. Todo asegurado y dependiente requieren presentar prueba de asegurabilidad para ingresar al plan.

PALIG SOS
SERVICIO DE AMBULANCIA Y ASISTENCIA MÉDICA
TELEFONO 800-4200



✓ Orientación médica telefónica por un doctor, los 365 días del año 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.

1. Condición Médica incluida en el listado de urgencias detalladas (Ver listado) Sin Co-pago.

2. Condición Médica no incluida en el listado de urgencias detalladas, Co-pago de \$15.00.

✓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 / o accidente hasta una clínica u hospital.

Listado de Condiciones Médicas de Urgencias : Listado de Enfermedades Crítico Detalladas: *Crisis hipertensiva, accidente cerebro vascular, dolor precordial (primeras 12 horas), fiebre alta continua en menores de 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.



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

palig.com/panama

EXCLUSIONES Y LIMITACIONES GENERALES

1. Gastos o tratamientos que no estén específicamente incluidos en el cuadro de beneficios de esta póliza.

2. Gastos por una enfermedad, lesión, tratamiento, atención o servicio médico mientras la cobertura del asegurado no esté vigente o posteriores a la fecha de terminación de la póliza.

3. Cualquier reclamo en donde se compruebe que el asegurado omitió información o hizo declaraciones falsas o incompletas en la prueba de asegurabilidad.

4. Cualquier servicio realizado para tratar condiciones preexistentes sus complicaciones o secuelas, durante los primeros (12) meses de la participación del asegurado en la póliza.

5. Gastos incurridos mientras el paciente se quede hospitalizados por más de 10 días de los aprobados en la Pre-certificación médica.

6. Gastos en exceso de los usuales y acostumbrados con los proveedores participantes de la red de la compañía, si la persona utiliza un proveedor fuera de la red.

7. Exámenes médicos de rutina o de control que no estén relacionados ni medicamentos necesarios para el tratamiento de una enfermedad, excepto que se indique lo contrario en el cuadro de seguro.

8. Gastos correspondientes a acunas con excepción de los indicados en el cuadro de seguro.

9. Cualquier gasto de un procedimiento considerado como experimental que no sea aprobado por la Federal Drugstore Administration (FDA).

10. Lesiones o enfermedades sufridas como consecuencia de participar en actos delictivos, riñas, guerra o acción de guerra declarada o no, rebelión, revolución, huelgas, asonadas, motín o conmoción civil, terrorismo, prestar servicio en un 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 así 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 esas 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.

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 las naciones unidas, u otro organismo internacional.

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 u otro tratamiento de trastornos alimenticios ni consecuencias con estas condiciones.

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 escomer láser por miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia. Así mismo a la habilitación de lentes o audífonos.

19. Aquellos que se deban a tratamientos dentales. Los sean servicios dentales derivados de una lesión accidental si están cubiertos. *(En ninguna situación no se cubrirán gastos de la colocación de prótesis implantables o removibles).

20. Gastos por tratamiento de problema en la mandíbula y en los maxilares o cualquier otra condición relacionada con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros, 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 manera, los gastos por impotencia sexual y los aparatos, medicamentos o cualquier otro tratamiento para este propósito.

22. Gastos por tratamientos para la infertilidad o relacionados a la concepción por medios artificiales 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 complicaciones asociadas con estos.

23. Cualquier medicamento utilizado para el control de la natalidad, aunque este fuere recetado con fines terapéuticos. Se excluye cualquier secuela relacionada.

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 el peligro su 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.

26. Tratamiento, estudio y complicaciones de enfermedad de transmisión sexual, excepto el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) de acuerdo a lo indicado en el cuadro de seguros.

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 equivalentes, aviación (excepto que se encuentre viajando únicamente como 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, motocicletas 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, hiperkinesia 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. 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.

33. Aquellos de cirugía estética o cirugía reconstructiva o sus complicaciones. Reducción o agrandamiento de las mamas. (Sin importar diagnóstico) y las consecuencias, complicación o enfermedad relacionada a este procedimiento.

32. Gastos por tratamientos de podiatría y otros aparatos de soporte para los pies.

33. Aquellos de cirugía estética o cirugía reconstructiva o sus complicaciones. Reducción o agrandamiento de las mamas. (Sin importar diagnóstico) y las consecuencias, complicación o enfermedad relacionada a este procedimiento.

34. Por epidemias declaradas por Ministerio de Salud o bien de la entidad homóloga en cualquier otro país donde el asegurado se encuentre.

35. 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.

36. 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 anti-alérgicas y ortopédicas, bastones, muletas equipo para inhaloterapias.

37. consultas o terapias por psicólogos o psicólogos clínicos.

38. Gastos por servicios médicos a consecuencia de accidentes ocupacionales de los cónyuges y dependientes elegibles.

39. Exámenes de ADN, genética o todo lo relacionado a estos procedimientos, salvo que la compañía lo considere necesario.

40. Gastos provocados por accidentes o mala práctica médica cuando se haya comprobado e impericia.

Yira de Vergara
Consultoría y Asesoría de Seguros, S.A.
Tel: 279-0622 Fax: 279-0602
E-mail: eric@seguroscassa.com
yira@seguroscassa.com



PAN AMERICAN LIFE
INSURANCE DE PANAMÁ, S.A.
Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y MEDICO

CONSORCIO PANAMA CUARTO PUENTE PÓLIZA #44072

CORREDOR: CONSULTORIA Y ASESORIA DE SEGUROS, S.A. (CASSA)

ABRIL, 2023

PAN AMERICAN LIFE
INSURANCE DE PANAMÁ, S.A.
Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group

SEGURO COLECTIVO DE VIDA CONSORCIO PANAMA CUARTO PUENTE

Elegibilidad: Todo el personal expatriado activo y permanente.

Cobertura hasta cumplir la edad de **70 años** para el Seguro de Vida Básico y Muerte Accidental, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidental.

• Cobertura hasta cumplir la edad de 60 años para el beneficio de Renta Mensual por Incapacidad Total y Permanente.

• El Seguro de Vida y el Beneficio de Muerte, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidentalmente, reduce un 50% al cumplimiento de los 65 años de edad

• El Beneficio de Muerte, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidentalmente incluye el Doble Beneficio.

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

• Nuevos Empleados de 60 años de edad o más, no serán elegibles para el seguro.

Seguro Básico de Vida .

“Suma Nominal de \$20,000.00”

• Se incluye el beneficio de Adelanto de Capital por Enfermedad Terminal de un **35%** de la suma asegurada.

ENFERMEDAD TERMINAL: Se refiere a la enfermedad o condición física del asegurado sobre la cual un Médico razonablemente haya certificado o diagnosticado una expectativa de vida menor a 12 meses.

• Se incluye el beneficio de Adelanto de Gastos Funerarios por la suma de **\$2,000.00** pagaderos a la funeraria, presentando a su vez el Certificado de Defunción. Esta cantidad será descontada del Seguro de Vida y la diferencia será pagada al beneficiario designado.

Muerte, Desmembración y Pérdida de la Vista Accidentalmente: (Tabla Amplia)

“Suma Asegurada de \$20,000.00”

TRIPLE INDEMNIZACIÓN:

Si las pérdidas accidentales ocurren en las siguientes circunstancias, el seguro pagará el triple de lo que regularmente lo haría:

- En un medio de transporte público, no aéreo y que ejecute una ruta establecida.
- Incendio en un edificio con libre acceso al público.
- En un ascensor de pasajeros (no incluye ascensores de minas).

Privilegio de Conversión de Plan de Salud

Todo asegurado tendrá privilegio de conversión a una póliza individual de vida y salud Health Trust con el requisito que el asegurado haga la notificación por escrito dentro de los primeros 31 días posterior a la salida del colectivo, pagar la prima inicial y el asegurado esté amparado bajo la póliza colectiva con un mínimo de (2) años.

BENEFICIO DE MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRACIÓN Y PÉRDIDA DE LA VISTA ACCIDENTAL

TABLA DE BENEFICIOS

En caso de muerte accidental, la Compañía pagará a los beneficiarios designados un beneficio adicional a la suma del seguro de vida básico, siempre y cuando el Certificado Individual respectivo esté vigente, o al propio asegurado el porcentaje correspondiente a la suma asegurada de la siguiente manera:

Pago de los siguientes beneficios, según pérdidas sufridas a causa de accidente:

Pérdida de ambos brazos o ambas manos	100%
Pérdida de ambas piernas o de ambos pies	100%
Pérdida de un brazo o de una mano, junto con la de una pierna o de un pie	100%
Pérdida de un brazo o de una mano, o de una pierna o de un pie junto con la ceguera irrecuperable de un ojo	100%
Ceguera irreparable de ambos ojos	100%
Parálisis presumiblemente incurable que impida todo el Trabajo	100%
Pérdida del brazo derecho arriba del codo	65%
Pérdida de la mano derecha	60%
Pérdida del brazo izquierdo arriba del codo	53%
Pérdida de la mano izquierda	48%
Pérdida de una pierna arriba de la rodilla	65%
Pérdida un pie	40%
Pérdida de la vista de un ojo	50%
Pérdida total e irrecuperable del habla	50%
Sordera bilateral total e irreparable	50%
Pérdida de 4 dedos y pulgar de una mano	50%
Pérdida de 4 dedos	40%
Pérdida de las dos falanges del dedo pulgar	25%
Pérdida de una falange del dedo pulgar	10%
Pérdida de tres falanges del dedo índice	10%
Pérdida de dos falanges del dedo índice	8%
Pérdida de una falange del dedo índice	4%
Pérdida de tres falanges del dedo medio	6%
Pérdida de dos falanges del dedo medio	4%
Pérdida de una falange del dedo medio	2%
Pérdida de tres falanges del dedo anular	5%
Pérdida de dos falanges del dedo anular	4%
Pérdida de una falange del dedo anular	2%
Pérdida de tres falanges del dedo meñique	4%
Pérdida de dos falanges del dedo meñique	3%
Pérdida de una falange del dedo meñique	2%
Pérdida de metacarpios primero o segundo (adicional)	3%
Pérdida de metacarpios tercero, cuarto o quinto	2%
Pérdida de dedos del pie-Todos	15%
Pérdida de dedo del pie grande ambas falanges	5%
Pérdida del dedo del pie grande una falange	2%
Pérdida de dedo del pie 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.

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.



SEGURO COLECTIVO DE SALUD CONSORCIO PANAMA CUARTO PUENTE

FUNCIONAMIENTO A TRAVÉS DE LA RED

(Coberturas inmediatas al 100% de la red de proveedores preferidos)

- Urgencias por accidentes
- Honorarios por Cirugía y Anestesia (Solo cirujano principal)
- (Salpingectomía y Vasectomía, previa autorización y como cualquier otra incapacidad).
- Honorarios por Anestesia
- Visitas medicas en el hospital (Sin limites en el número de días)
- *Una (1) visita diaria por especialista.
- Ambulancia Terrestre Local (Hasta un máximo de \$300.00 por evento)
- Recién Nacido Sano (Máximo de \$500.00)
- Terceras Molares Impactadas máximo \$125.00 c/u

COBERTURAS INMEDIATAS AL 100%

(Después de cubierto el co-pago)

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

	<u>Co-pago</u>
Para todos los hospitales.....	\$250.00

(Hospitalizaciones del onceavo día en adelante se cubrirán al 80% después de cubrir el deducible)

Urgencias – Enfermedad (*Crítico detalladas)..... \$30.00
 *Crisis hipertensiva, accidente cerebro vascular, dolor precordial (primeras 12 horas), fiebre alta continua en menores de 5 años, crisis asmática, pérdida de conocimiento obnubilación, dolor abdominal agudo, cólico biliar, hemorragias, insuficiencias respiratorias agudas, deshidratación, intoxicación aguda, cólico nefroureteral, 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.

Atención Médica fuera del Hospital (Médico General y Especialista
 *Incluye Control Urológico y Ginecológico – una vez al año.....\$15.00
 *Incluye Visitas Pediátricas, del 11vo día de nacido hasta los 6 años.

Rayos X y Laboratorios.....30% de los cargos elegibles
 *Incluye Mamografía por control (una vez al año).
 *Incluye PSA y PAP, (una vez al año).

Cirugía ambulatoria (gasto de hospital)..... \$150.00

PALIGMED ESSENTIAL

- Atención Médica fuera de Hospital – Médicos Generales\$5.00
 - Atención Médica fuera de Hospital – Médicos Especialistas.....\$10.00
 - Rayos X y Laboratorios..... 20%
 - Urgencias por Enfermedad (*Crítico Detallada).....\$15.00
 - Hospitalización.....\$125.00
 - Cirugías Ambulatoria.....0.00
 (servicios suministrados al asegurado en la sala de cirugía)

PALIGMED SELECT

Consulta Médica Externa: Médico Especialista – Según las especialidades incluidas en la Red Select. 100% luego del Co-Pago de B/.10.00.

Cirugía Ambulatoria: gastos de hospital (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) 100% sin Co-Pago.

BENEFICIO DE MATERNIDAD

(Como cualquier otra Incapacidad)

Período de Espera: después de doce (12) meses de cobertura

Incluye 9 consultas, 3 ultrasonidos, 2 monitoreo, laboratorios, vitaminas y hospitalización, conforme a beneficios descritos.

Límite máximo por evento \$3,000.00.

GASTOS MÉDICOS MAYORES COMPRENSIVOS

(Después de aplicar el deducible y co-aseguro correspondiente)

* Los gastos reembolsables serán al 80% después del deducible indicado.

- Máximo **Anual Renovable** hasta los 65 años \$150,000.00
 - Máximo **Anual Renovable** de 65 hasta los 70 años \$75,000.00
 - Máximo por Sida \$22,500.00

*Esta cantidad será descontada del Máximo

- Deducible por cada año calendario \$250.00
 (máximo 3 por familia)

*Un solo asegurado no podrá satisfacer más de su deducible individual.

- Cuidado Crítico Neonatal: Atención al recién nacido prematuro. Incluye condiciones congénitas. Máximo por evento de \$30,000.00.
 -Ambulancia Aérea Local (Máximo por evento \$1,500.00) al 80% después del deducible.
 -Medicinas recetadas después del deducible al 80% después del deducible.
 -Porcentaje de Reembolso (Incluye Condiciones Catastróficas) al 80% después del deducible.
 -Límite de co-aseguro Local y Centroamérica. Solo casos hospitalizados. Solo Gastos de Hospital y Honorarios Médicos.....\$3,000.00
 -Vacunas según cuadro reglamentario del Ministerio de Salud obligatorias, y vitaminas por control de niño sano, a partir del 11vo día de nacido, hasta los 6 años de edad al 80% después del deducible.
 -Botas ortopédicas, 2 pares de botas al año al 50% después del deducible.
 -Inyecciones, Terapias e Inhaloterapias/No se cubre el aparato de inhaloterapia al 80% después del deducible.
 -Visitas Psiquiátricas ambulatorias a razón de \$40.00 por visita. Máximo 50 visitas al año al 50% después del deducible.
 -Tratamiento de alergias (previa autorización) al 80% después del deducible.
 -Cama de acompañante (de acuerdo a lo razonable y acostumbrado) al 80% después del deducible.

Beneficio Óptico - Empleado asegurado solamente

-Tiempo de espera para aplicar al beneficio es de 12 meses.

-Beneficio anual al 100% sin deducible, límite máximo.....\$50.00

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 de \$500.00, correspondiente: Hemodinámica, Cardiovasculares (quirúrgicas), SIDA., Trasplante, Trauma Mayor, Cáncer, Cirugías Ortopédicas Mayores (Reemplazos, articulares, artroscopias, fracturas de pelvis, cirugía de columna), 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).

TELEMEDICINA

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



Servicio de Emergencia Odontológica Básica

(Solo asegurado principal)

Para ser atendidos por cualquier emergencia, favor llamar al: 800-7462

Página Web: www.sdsigma.com