

**POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
ANEXO SOLO PARA MUJERES**

En adición a lo dispuesto en las Condiciones Generales de la Póliza de Seguro de Accidentes Personales, y sujeto al pago de una prima adicional por parte de **LA ASEGURADA, LA COMPAÑIA** por medio del presente anexo de cobertura solo para mujeres, se extiende a cubrir lo siguiente:

Cláusula 1. COBERTURA ENFERMEDADES PROPIAS DE LA MUJER.

- 1. LA COMPAÑIA se compromete a pagar la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza para esta cobertura, si a LA ASEGURADA le fuere diagnosticada, por primera vez durante la vigencia de la póliza, Cáncer Ginecológico originado en los tejidos de los ÓRGANOS PROPIOS DE LA MUJER.**
- 2. LA COMPAÑIA se compromete a pagar la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza para esta cobertura, si a LA ASEGURADA le fuere diagnosticada, por primera vez durante la vigencia de la póliza, alguna de las enfermedades que se origina en los tejidos de los ÓRGANOS PROPIOS DE LA MUJER y que de acuerdo con el médico tratante sea medicamento necesario un tratamiento quirúrgico.**

Una vez efectuado un reclamo por una enfermedad cubierta, no podrá iniciarse otro reclamo por la misma enfermedad. No obstante, si el diagnóstico corresponde a Cáncer Ginecológico, esta cobertura de Enfermedades Propias de la Mujer quedará completamente sin efecto, inclusive para enfermedades distintas a Cáncer Ginecológico, desde la fecha en que LA COMPAÑIA realice el pago de la suma asegurada correspondiente.

- 3. COBERTURA PREVENCIÓN ANUAL: LA COMPAÑIA se compromete a pagar a LA ASEGURADA, vía reembolso y hasta la suma asegurada contratada para esta cobertura, los gastos en que incurra LA ASEGURADA durante la vigencia de la misma, por concepto de una (1) consulta ginecológica y los siguientes exámenes relacionados con la consulta y que sean necesarios para el diagnóstico de alguna enfermedad, una (1) sola vez por cada examen durante la vigencia de la cobertura: citología, ecosonograma pélvico o transvaginal, perfil hormonal ginecológico, perfil 20, perfil hepático, perfil lipídico, biopsia, mamografía y desintometría ósea a cuerpo completo.**

La mamografía y la desintometría ósea a cuerpo completo están amparados, siempre que la edad de LA ASEGURADA sea mayor de cuarenta (40) años a la fecha en que incurrió en los gastos.

En caso de siniestro, si LA ASEGURADA se encuentra amparada por otros contratos que amparen los mismos riesgos, escogerá el orden en que presentará

**POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
ANEXO SOLO PARA MUJERES**

las reclamaciones y las empresas aseguradoras deberán indemnizar, según los beneficios y límites de sus contratos, hasta el monto total de los gastos, previa deducción de los montos pagados por las otras empresas aseguradoras.

Cláusula 3. PERSONA ASEGURABLE. Para la fecha de suscripción de esta Póliza, **LA ASEGURADA** debe ser mayor de dieciocho (18) años de edad y menor de sesenta y cinco (65) años de edad.

Cláusula 4. DEFINICIONES PARTICULARES PARA ESTE ANEXO. En adición a las definiciones detalladas en la sección Glosario, de las condiciones generales de la póliza, para efectos del presente anexo se debe entender por:

ÓRGANOS PROPIOS DE LA MUJER: Se considerarán como órganos propios de la mujer los siguientes: Útero, Trompas de Falopio, Ovarios, Vagina, Vulva, Tejido Mamario.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza o de la cobertura contratada, según sea el caso y sea conocida por **LA ASEGURADA** a dicha fecha.

ENFERMEDAD, DEFECTO O MALFORMACIÓN CONGÉNITA: Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que existan desde la fecha de nacimiento o antes del mismo.

MÉDICAMENTE NECESARIO: Servicio o suministro ordenado por un médico y proporcionado por centros clínicos u hospitalarios que cumplan con las siguientes condiciones: a) Que sean apropiados y esenciales para el diagnóstico y tratamiento de la lesión de **LA ASEGURADA**. b) Que sean cónsonos con las normas médicas y farmacológicamente aceptadas. c) Que a juicio del Médico Tratante; el servicio, tratamiento o suministro proporcionado sea el más conveniente al estado de salud de **LA ASEGURADA**. d) Que el servicio, tratamiento o suministro proporcionado esté reconocido por la Federación Médica del País y no sea de naturaleza experimental o investigativa. e) Que no exceda en alcance, duración o intensidad para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: Establecimiento permanente con permiso sanitario vigente y autorizado por el Organismo del Estado que corresponda para suministrar asistencia médica. No serán consideradas instituciones hospitalarias para los efectos de esta Póliza, lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamiento de

**POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
ANEXO SOLO PARA MUJERES**

farmacodependientes, de dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o desordenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.

MÉDICO: Profesional de la medicina legalmente autorizado para el ejercicio de la misma en el país donde presta sus servicios y cuya especialidad médica esté directamente vinculada con la afección o condición de **LA ASEGURADA**. No se aceptará ningún médico que sea: a) La misma Asegurada, b) El cónyuge de **LA ASEGURADA**, o c) familiar de **LA ASEGURADA** o de su cónyuge, cuyo parentesco fuere el de hijo, padre o hermano.

Cláusula 5. EXCLUSIONES APLICABLES A ESTE ANEXO. En adición a las ya contenidas en las Condiciones Generales de la póliza, **LA COMPAÑIA** no cubre:

1. Enfermedades preexistentes o enfermedades, defectos o malformaciones congénitas.
2. Enfermedades diagnosticadas después de fallecida **LA ASEGURADA**.
3. Enfermedades diagnosticadas durante el Período de Carencia indicado en esta Póliza.
4. Enfermedades originadas por el consumo de alcohol o el uso de drogas.
5. Cáncer producto de metástasis, independientemente de que ésta provenga de cáncer que haya estado amparado por esta Póliza.
6. Enfermedades en presencia del diagnóstico concomitante o simultáneo del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o de infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV).
7. Facturas que no cumplan con las exigencias del organismo con competencia en la materia.
8. Honorarios de médicos que tengan parentesco con **EL TOMADOR** o **LA ASEGURADA**, dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad, o que viva con éstos.

Cláusula 6. PERIODO DE CARENCIA. **LA ASEGURADA** estará amparada por las cobertura básica de Enfermedades Propias de la Mujer, siempre que esta última se hubiere contratado, si el diagnóstico de la enfermedad o del cáncer se produce, por primera vez, después de finalizado un período de noventa (90) días continuos (Período de Carencia), contado a partir de inicio de la primera vigencia de la Póliza.

Cláusula 7. INDEMNIZACIONES. **LA COMPAÑIA** pagará las prestaciones que correspondan conforme a esta Póliza, a **LA ASEGURADA** o, en caso del fallecimiento de

**POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
ANEXO SOLO PARA MUJERES**

ésta antes de efectuarse el pago, a su **BENEFICIARIO** designado en las condiciones particulares de la póliza.

Cláusula 8. PROCEDIMIENTO PARA TRAMITAR UN RECLAMO. Para tramitar un reclamo ante **LA COMPAÑIA, LA ASEGURADA** o el **BENEFICIARIO** debe:

1. Dar aviso por escrito a **LA COMPAÑIA** dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de haber conocido la ocurrencia del siniestro, indicando la existencia de cualquier otro contrato de salud que ampare a **LA ASEGURADA**, si el reclamo se refiere a la Cobertura de Prevención Anual.
2. Dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de notificación del siniestro, presentar, en original y fotocopia, los siguientes recaudos:
 - 1.1. Cédula de identidad de **LA ASEGURADA**.
 - 1.2. Planilla de declaración de siniestro completamente contestada y firmada por **LA ASEGURADA** o el **BENEFICIARIO**.
 - 1.3. Adicionalmente para las **Coberturas de Enfermedades Propias de la Mujer**.
 - a. Informe médico que indique el tipo de cáncer de que se trate o específicamente la enfermedad diagnosticada, acompañado de un resumen de la historia clínica.
 - b. Resultados de las pruebas y exámenes médicos que soportan el diagnóstico.
 - 1.4. Adicionalmente para la **Cobertura de Prevención Anual**:
 - a. Facturas originales verificables de la consulta y exámenes practicados que cumplan con las exigencias legales.
 - b. Si otra empresa de la actividad aseguradora hubiere pagado parte de los gastos incurridos por **LA ASEGURADA**, el finiquito y las facturas originales indemnizadas, con el sello correspondiente.

LA COMPAÑIA podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, La solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en los literales anteriores. Sin embargo, si del análisis de los documentos consignados se derivare, razonablemente, la necesidad de exigir documentación complementaria, **LA COMPAÑIA** podrá solicitarla dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos solicitados. En estos supuestos, se establece un

**POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
ANEXO SOLO PARA MUJERES**

plazo de treinta (30) días continuos para la presentación de los nuevos recaudos, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.

LA ASEGURADA autoriza a los médicos tratantes y a las instituciones hospitalarias a proporcionar a **LA COMPAÑIA** cualquier información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación, relevándolos del secreto médico. Esta autorización se extiende a la entrega de copia simple o certificado, a elección de **LA COMPAÑIA**, de cualquier documento que curse en la correspondiente historia médica, vinculado o no con el diagnóstico que originó la reclamación.

LA COMPAÑIA a su propio costo tiene el derecho de hacer examinar por médicos a **LA ASEGURADA**.

Cláusula 9. EXÁMEN Y RECONOCIMIENTO MÉDICO.

LA COMPAÑIA tiene derecho a someter a **LA ASEGURADA** a los exámenes y reconocimientos médicos necesarios y razonables al momento de la contratación de la póliza o de su incorporación o para la evaluación de cualquier **SINIESTRO**, siendo por cuenta de **LA COMPAÑIA** los gastos que se origine por tal concepto. La negativa de **LA ASEGURADA** a la solicitud hecha por **LA COMPAÑIA** se entenderá como desistimiento del **SINIESTRO** o de la solicitud de la póliza.

Todos los demás términos y condiciones aplicables a este Anexo se regirán por lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza a la cual se adhiere, a menos que surjan contradicciones entre ambas, en cuyo caso prevalecerán las de este Anexo.

En fe de lo cual **LA COMPAÑIA** por medio de sus representantes debidamente autorizados, firma el anexo, en la ciudad y fecha indicada en las condiciones particulares.



FIRMA AUTORIZADA
LA REGIONAL DE SEGUROS, S.A.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este anexo, están registrados ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá bajo Resolución N° DRL-78 de 3 de septiembre de 2014.