



Manual

del Productor

PAN
AMERICAN LIFE

INSURANCE DE PANAMÁ, S.A.

Compañía miembro de Pan-American Life Insurance Group



Conoce nuestro
portafolio de
Salud Individual

PAN  **AMERICAN**
— *Private Client* —

HEALTH  **TRUST**

 **FAMILY** —
MEDICAL CARE
Protección médica para toda la familia

CALIFICACIONES*

Más de
110 años
comprometidos
con **Panamá**

Gracias a la solidez financiera, Pan-American Life Insurance Company cuenta con las calificaciones **A (Excelente) de A.M. Best** y la calificación de **A (Sólida) de Fitch Ratings**, las cuales respaldan su firme capacidad para estar presentes cuando sus clientes más lo necesitan.

AM

Best

A

(Excelente)

Calificación a partir
de octubre 12, 2022

Fitch

Ratings

A

(Estable)

Calificación a partir
de febrero, 2021



Sólido portafolio
de Inversiones



Adecuada calidad de
activos y fuerte liquidez



Cartera de productos de
alta calidad para individuos
y empresas



Cultura disciplinada de
gestión de riesgo
corporativo

Para más información contacte a su Ejecutivo de Ventas

* Consulte el último informe de calificación de Fitch Ratings para conocer las calificaciones específicas de la compañía en palig.com

Índice

I.	Pan-American Life - ¿Quiénes Somos?	6
II.	Acerca del Manual de Agente de Gastos Médicos	7
III.	Descripción de Productos y Beneficios – PANAMEDIC y HEALTH ACCESS	8
IV.	Descripción de Productos y Beneficios - PAN-AMERICAN PRIVATE CLIENT	9
V.	Elegibilidad de los Productos de Gastos Médicos	10
VI.	Solicitud de Seguro – Gastos Médicos	11
VII.	Servicios que ofrece el área de suscripción	13
VIII.	Requisitos básicos de suscripción	14
IX.	Oferta Proactiva de Cobertura	16
X.	Reembolso para Requisitos de Suscripción	16
XI.	Condiciones Médicas No Asegurables	17
XII.	Clasificación de riesgo	18
XIII.	Condiciones preexistentes	19

Índice

XIV.	Exoneración del Periodo de Carencia – PAN-AMERICAN PRIVATE CLIENT	20
XV.	Emisión de Póliza	21
XVI.	Pago de la Prima	22
XVII.	Adición y baja de dependientes a la póliza	23
XVIII.	Cambios de producto y/o deducible	23
XIX.	Cambios generales a una póliza	24
XX.	Cancelación de la póliza	24
XXI.	Renovaciones y rehabilitación de póliza	24
XXII.	Pre-certificación médica – productos PANAMEDIC y HEALTHACCESS	25
XXIII.	Pasos y requisitos para una preautorización – PAN-AMERICAN PRIVATE CLIENT	25
XXIV.	Requisitos básicos para presentar un reclamo de gastos médicos	26
XXV.	Red de Proveedores Médicos	27
XXVI.	International Care Center (ICC)	27



I. Pan-American Life - ¿Quiénes Somos?

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE GROUP

Desde nuestros inicios en 1911, Pan-American Life Insurance Group (PALIG) se ha comprometido con nuestra misión de satisfacer las necesidades de seguro de vida, accidentes y salud de nuestros dueños de póliza a través de América Latina, el Caribe y los Estados Unidos, brindando seguridad financiera y tranquilidad.

Como proveedor líder de servicios financieros y de seguros, nuestro equipo de colaboradores y socios estratégicos brindan las mejores soluciones de seguros, que incluyen experiencia, recursos y conocimientos valiosos que los clientes utilizan para tomar decisiones fundamentadas e informadas sobre la cobertura de seguros que necesitan.

Pan-American Life Insurance de Panamá

La historia de Pan-American Life Insurance de Panamá inicia en 1912, como parte del plan estratégico de expansión geográfica y posicionamiento de PALIG en América Latina. Con el pasar de retos vividos a través de las décadas, hemos logrado mantenernos firmes y comprometidos con la visión inicial de nuestros fundadores- ser una compañía para las Américas.

Pan-American Life Insurance de Panamá es la Aseguradora #1 en Salud Grupo, según datos de la Asociación Panameña de Aseguradores (APADEA), al 31 de diciembre de 2022. Más de 110 años de liderazgo y solidez financiera, la hacen un referente en el país en la protección de individuos, familias y empresas.





NUESTRA MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

Misión



Satisfacer las necesidades de seguros de vida, accidente y de salud de los individuos y empresas en las Américas proveyéndoles tranquilidad y seguridad financiera.

Visión



Construir sobre el legado centenario de solidez financiera, compromiso y seguridad económica confiable de nuestra compañía y mejorar el sentido de bienestar de nuestros dueños de póliza, convirtiéndonos en la aseguradora líder de las Américas.

Valores



- **Autenticidad:** para ser coherentes con nuestros principios básicos en pensamiento, palabra y acción
- **Transparencia:** para tener un diálogo abierto y una comunicación clara en todos los niveles de la organización
- **Compromiso:** para asumir la responsabilidad de nuestras acciones
- **Trabajo en equipo:** para colaborar hacia un objetivo común
- **Integridad:** para ser honesto y ejercer juicio basado en principios

II. Acerca del Manual del Productor de Gastos Médicos

Este manual del productor le permitirá conocer con mayor detalle nuestra gama de productos de salud para satisfacer las necesidades de sus clientes. Adicional, contiene información general de los procesos y políticas que le facilitará la administración y servicio que ponemos a disposición de nuestro primer y más importante cliente que es usted, nuestro socio estratégico.

El contenido de éste manual es de carácter informativo, en todo momento el Contrato de Seguro registrará sobre este manual. Lo invitamos a consultar las Condiciones Generales de nuestros productos para conocer a mayor detalle sus coberturas.

III. Descripción de Productos y Beneficios – Salud

Una póliza que proporcionará atención médica en tiempos de enfermedad

Sabemos que la buena salud en realidad se trata de bienestar, hemos desarrollado una cartera de productos de salud individual, que incluye los principales planes de gastos médicos mayores internacionales, diseñados para brindarles a los asegurados la confianza necesaria para disfrutar de la vida al máximo.

- Pan-American Private Client: PreferredAccess, WorldAccess, HealthAccess.
- Health Trust
- Family Medical Care

IV. Descripción de Productos y Beneficios - PAN-AMERICAN PRIVATE CLIENT

Es un plan de seguro personal que le ofrece varias opciones de sumas aseguradas y le da la posibilidad al solicitante de optar por una cobertura empaquetada de Salud.

Contamos con un concepto exclusivo que permite brindar cobertura Internacional y un servicio “Concierge” a los clientes más selectos y exigentes denominado Pan-American Private Client. Nuestro objetivo es ofrecer un auténtico y sofisticado nivel de servicio, bajo la dirección de un personal experimentado y el apoyo de una extensa red mundial de proveedores médicos.

Beneficios	HealthAccess	HealthAccess Plus	Preferred Access	World Access
Cobertura Máxima por persona	\$1M anual	\$1M anual	\$3M anual	\$5M anual
Edad Máxima para solicitar cobertura	75	75	75	75
Opciones de deducible a Elegir	\$1,000 / \$2,000 / \$5,000 / \$10,000 /\$20,000	\$1,000 / \$2,000	\$1,000 / \$2,000 / \$5,000 / \$10,000 /\$20,000	\$1,000 / \$2,000 / \$5,000 / \$10,000 /\$20,000
Área de cobertura	Mundial y Red de Proveedores Preferidos en EE.UU.	Mundial y Red de Proveedores Preferidos en EE.UU.	Mundial y Red de Proveedores Preferidos en EE.UU.	Mundial

Descripción de Productos y Beneficios HEALTH TRUST

Es un plan de salud con tarifas competitivas que le ofrece una cobertura de por vida. Sus planes nacionales e internacionales cubren una gama extensa de gastos. Es especialmente conveniente pues le permite financiar servicios para el cuidado de su salud y de prescripciones médicas.

RESUMEN DE BENEFICIOS 2022	COBERTURA LOCAL	COBERTURA INTERNACIONAL
Máximo beneficio Cobertura de anual renovable por persona	USD\$ 500,000.00 por persona (PPO)	USD\$ 500,000.00 por persona (PPO)
Cobertura de Vida para el titular	USD\$20,000	USD\$20,000
Gastos de repatriación	USD\$3,000	USD\$3,000
Área de cobertura	Panamá, Centroamérica, Colombia y Venezuela	Panamá, Centroamérica, Colombia y Venezuela, Estados Unidos y otros países
Deducible anual por asegurado	Según la opción: \$ 350 \$ 700 \$ 1,200	Según la opción: Local \$1,000 \$2,500 \$5,000 Internacional \$2,000 \$5,000 \$10,000
Edad Máxima para solicitar cobertura	64 años 6 meses	64 años 6 meses
Stop Loss (por año póliza) Protección contra pérdidas catastróficas o impredecibles	\$ 5,000	B/. 10,000

Elegibilidad de los Productos de Gastos Médicos - Health Trust y Pan-American Private Client

Las pólizas de Gastos Médicos sólo pueden ser emitidas para personas residentes en Panamá. La edad máxima de aceptación a nuestros productos de salud son la siguiente:

- **Health Trust** - es de 64 años y 6 meses de edad cumplidos
- **Pan-American Private Client** – es de 75 años cumplidos

Dentro de las pólizas de salud los dependientes del asegurado principal elegibles podrán ser: su cónyuge o concubina (o), hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros o menores de edad para los cuales el asegurado principal ha sido designado como tutor legal por una autoridad competente (hasta cumplir veinticuatro (24) años, si son solteros y estudiantes de tiempo completo). Igualmente, en los productos de Private Client, como segundo núcleo familiar, pueden estar asegurados los padres del asegurado principal. Bajo la línea de negocio Private Client los hijos dependientes no tienen edad de salida.

Los dependientes que estuvieron cubiertos bajo la póliza anterior con Pan-American Life y que son elegibles para cobertura bajo su propia póliza, serán aprobados sin necesidad de una evaluación de riesgo si solicitan el mismo producto, un deducible igual o mayor, manteniendo las mismas condiciones y restricciones existentes en la póliza anterior y con cobertura continua. Para ello, deberá enviarse una nueva solicitud de seguro antes de terminar el periodo de gracia de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente.



V. Solicitud de Seguro Combinada de Gastos Médicos – Health Trust y Private Client

NUEVO PROCESO DIGITAL



En simples pasos:



Al momento de adquirir tu póliza, si optaste por enviarnos la solicitud digital sin firma, recibirás un correo para solicitar tu aceptación y consentimiento como propuesto asegurado



Haz clic en leer documento



Lee y acepta las condiciones por medio electrónico



Revisa tu solicitud digital desde cualquier dispositivo mientras desde Pan-American Life la suscribimos y preparamos para emitirla



Por último, recibirás un correo confirmando que tu póliza está **LISTA**

**Rápido, seguro y
confiable**

El proceso de suscripción de riesgos inicia una vez que se somete ante la compañía una Solicitud de Gastos Médicos, el resultado de esta evaluación dependerá de la información del estado de salud de cada uno de los solicitantes y que debe ser detallada en dicho documento. Para iniciar el proceso aceptamos copia de la solicitud por vía correo electrónico, la solicitud original es requerida para la emisión de la póliza si no se ha utilizado la plataforma de venta digital easy@app.

La solicitud debe ser llenada en su totalidad sin dejar ningún espacio vacío para ser evaluada ya que es la base del contrato de seguro entre los asegurados y la compañía. De encontrarse respuestas sin contestar, el evaluador solicitará esta información para su evaluación antes de la aprobación de la póliza.

Las preguntas de la solicitud aplican para todos los integrantes/solicitantes de la solicitud. Nuestra solicitud es única y puede ser utilizada para los siguientes procesos:

- Nuevo negocio
- Adición de dependientes
- Cambio de cobertura (producto o deducible)
- Reinstalación / Rehabilitación

La solicitud debe de ser firmada por el asegurado principal, cónyuge y todo dependiente mayor de edad (18 años o más). La firma de la solicitud tiene validez por un periodo de 60 días para el proceso de suscripción.

La siguiente información es imprescindible para realizar una suscripción precisa y sin atrasos en el proceso:

1. Información de los Solicitantes: cada solicitante debe llenar su nombre completo, fecha de nacimiento, parentesco en el Asegurado Principal, estado civil, sexo, peso y estatura.

2. Verificamos información demográfica: se requiere que los solicitantes sean residentes legales de Panamá y residan de forma permanente en el país.

3. Producto de Gastos Médicos y deducible: La póliza puede tener un solo producto y deducible dentro de la misma póliza para todos sus asegurados y núcleos familiares.

4. Información de los médicos:

1. Es importante incluir la información del médico primario o especialista (nombre e información de contacto) al cual haya consultado su cliente porque esto nos facilita poder contactarlos para cualquier dato que sea necesario durante el proceso de suscripción o siniestro.

2. Si consulta un médico con una especialidad diferente a la de médica general o interna es importante especificar la razón por la cual se atiende con este especialista. En ocasiones puede ser el médico de la familia y no necesariamente por un tema particular de salud.

3. Esta información también es útil si fuera necesario entrevistar al médico tratante durante el proceso de suscripción o evaluación de un siniestro.

5. Exámenes médicos: Su cliente debe declarar con qué frecuencia se realiza exámenes médicos, el tipo de examen, fecha y sus resultados. No requerimos que nos presenten los resultados de los estudios si los mismos tienen resultado normal. De declarar resultados anormales de estudios, el evaluador solicitará copia de los mismos.

6. Antecedentes médicos personales: Es importante que su cliente declare toda condición médica, síntomas o signos presentados según las preguntas de la solicitud. Por favor note que nuestra solicitud no acota tiempo de declaración.

7. Cuestionario de Maternidad: Esta sección está diseñada para que toda solicitante con antecedente de embarazos o maternidades previas, nos declare información clave sobre estos eventos. No existe un cuestionario de maternidad separado al de la solicitud.

8. Medicamentos: Requerimos conocer los medicamentos que su cliente está tomando actualmente o le han sido indicado, al igual que el motivo, cantidad y frecuencia.

9. Hábitos: Es requerido la declaración sobre el consumo (en el pasado o presente) de alcohol, productos de nicotina y drogas ilícitas o ilegales.

10. Historia Familiar: Estos antecedentes no afectan la evaluación de un individuo, solo son tomados en consideración si hay antecedentes personales asociados o es una enfermedad hereditaria considerada como riesgo no asegurable.



VI. Servicios que ofrece el área de suscripción - Health Trust y Pan American Private Client

1. "LIVE Underwriting" – Evaluación de Riesgo en Vivo – PAN-AMERICAN PRIVATE CLIENT

El proceso de "LIVE Underwriting" es una herramienta que está disponible para nuestros agentes al momento de la venta exclusivamente para nuestros productos de Gastos Médicos Mayores – Pan-American Private Client.

El servicio de LIVE Underwriting, pone a su disposición los siguientes beneficios:

- Evaluadores de salud y médicos evaluadores disponibles para entrevistar a sus clientes vía telefónica para aclarar antecedentes médicos con el objetivo de evitar pedir informes médicos
- Aclaraciones sobre nuestro producto y beneficios
- Se les otorgan respuestas inmediatas de la evaluación del caso en cuanto a aprobaciones, pendientes o condiciones no asegurables
- A los casos con algunas condiciones de salud preexistente importantes, les notificamos de inmediato los requisitos específicos de evaluación

Usted puede comunicarse con nuestros evaluadores para el servicio de LIVE Underwriting a través de las siguientes opciones:

- **Vía telefónica** – Llamar a nuestras oficinas en horario de 8:00 am a 5:00 pm al 368-5989, siempre habrá un evaluador disponible para tomar su llamada..
- **Correo electrónico** - Enviando un correo a evaluacionpan@palig.com para programar una entrevista médica telefónica en la fecha y horario más conveniente para usted y su cliente y uno de nuestros evaluadores se comunicará con usted o su cliente..

2. Entrevistas médicas durante la suscripción – Todos nuestros productos de Gastos Médicos

Los evaluadores realizan entrevistas médicas con los clientes con el objetivo de aclarar antecedentes declarados en la solicitud de seguro o



para obtener información que fue omitida dentro de la misma. El objetivo de la entrevista siempre es evitar pedir informes médicos y agilizar la evaluación del caso para todos nuestros productos de Gastos Médicos.

Igualmente, los evaluadores realizan entrevistas directamente con los médicos tratantes para complementar informes médicos presentados durante el proceso de suscripción o con el objetivo de conocer detalles de un antecedente declarado en la solicitud y evitar pedir información médica. Es importante que completen la sección de la solicitud "información de los médicos" con el nombre e información de contacto de los médicos tratantes de sus clientes para llevar a cabo este proceso.

3. Apoyo de cierre de venta – Todos nuestros productos de Gastos Médicos

Entendemos que los casos con preexistencias médicas y que llevan algún tipo de limitación en la póliza son ventas complejas de cerrar. Nuestros evaluadores están disponibles para trabajar con ustedes en dichos casos y entrar en un mayor detalle del caso conversando directamente con el cliente y explicándole nuestra oferta de cobertura y los factores de riesgo que nos llevaron a la misma. Resaltando las condiciones que si tendrían cobertura bajo la póliza aún con las limitaciones que ha colocado el área de suscripción. Igualmente preparamos cartas explicativas con este nivel de información.

VII. Requisitos básicos de suscripción

Dependiendo de las declaraciones que vea el Suscriptor en una Solicitud de Seguro solicita o no mayor información médica para evaluar la asegurabilidad del solicitante. Existen una serie de requisitos básicos de suscripción (basados en edad y condiciones médicas específicas) los cuales se requieren para concluir el proceso de suscripción, a continuación, el detalle de requisitos a nivel de producto y general para ambas líneas de Gastos Médicos:

1. Requisitos Médicos por Edad y Producto

Se requerirá un Examen Médico y examen de orina reciente exámenes para todos los solicitantes y cónyuges de 60 - 64 años de edad:

EDAD	PRODUCTO	REQUISITO DE SUSCRIPCIÓN
50 - 59	Health Trust	Examen Médico y Urinálisis, perfil de lípidos, glucosa en ayunas y hemoglobina glicosilada.
60 - 64		Examen Médico, Hemograma, Urinalisis, Perfil de lípidos, Creatinina, PSA, Perfil Hepático, Glucosa en ayunas, Hemoglobina Glicosilada, Mamografía (realizado en los últimos 12 meses), EKG (realizado en los últimos 12 meses). Nota: Dependientes menores de 0 a 6 años deben presentar: 1. Certificado de buena salud y 2. Copia del certificado de nacimiento).
65 - 74	HealthAccess, HealthAccess Plus, PreferredAccess y WordAccess	Declaración Médica llenada por su Médico Tratante. Resultados de los siguientes exámenes con vigencia no mayor a 6 meses: <ol style="list-style-type: none"> 1. EKG 2. Hemograma 3. Perfil de Lípidos 4. Creatinina 5. Glucosa en ayunas 6. Perfil hepático 7. Antígeno prostático (Hombres) 8. Resultados de Papanicolaou y Mamografía (Mujeres)

2. Cuestionarios Médicos Gastos Médicos: Hemos creado una serie de cuestionarios para ser llenados por el **Médico tratante** del solicitante para antecedentes médicos específicos, dichos cuestionarios aplican para todos nuestros productos de Gastos Médicos:

a. Enfermedades Cardiovasculares / Hipertensión Arterial: Este cuestionario debe de incluir o detallar los siguientes estudios:

- i. Perfil de Lípidos, Creatinina y Glucosa en ayunas:** Laboratorios realizados en los últimos 6 meses
- ii. Electrocardiograma:** Realizado en los últimos 12 meses
- iii. Estudios complementarios:** Adicionalmente hacemos mención a estudios complementarios de los cuales deben de incluir el resultado y si han sido realizados (ecocardiograma, prueba de esfuerzo y arteriografía)

b. Cuestionario de Diabetes: Este cuestionario debe de incluir o detallar los siguientes estudios:

- i. Glucosa en ayunas y Hemoglobina glucosilada:** Realizada en los últimos 6 meses
- ii. Perfil de Lípidos, Creatinina y examen de orina:** Laboratorios realizado en los últimos 6 meses
- iii. Electrocardiograma y Prueba de esfuerzo:** Realizado en los últimos 12 meses

c. Cuestionario de Enfermedades Gastroesofágicas: Este cuestionario debe de incluir o detallar los siguientes estudios:

- i. Endoscopia:** Resultado de la última realizada
- ii. Detalles del diagnóstico, tratamiento y estudios complementarios**

d. Cuestionario de Asma: Este cuestionario debe de incluir o detallar los siguientes estudios:

- i. Radiografía de tórax y Espirometría:** Resultado de la última realizada
- ii. Detalles del diagnóstico, tratamiento y estudios complementarios**

e. Cuestionario sobre Convulsiones y Epilepsia: Este cuestionario debe de incluir o detallar los siguientes estudios:

- i. Electroencefalograma, MRI o CT Scan:** Realizado en los últimos 12 meses
- ii. Resultados de exámenes complementarios:** Arteriografía, PET scan u otros

3. Informes médicos específicos, laboratorios o estudios de imágenes pueden ser solicitados en casos con condiciones médicas complejas.



VIII. Oferta Proactiva de Cobertura - Health Trust y Pan-American Private Client

Hemos implementado un nuevo método de evaluación llamado **Oferta Proactiva**, el cual busca agilizar nuestras respuestas, la aprobación y emisión de las pólizas de Gastos Médicos.

Este método de evaluación aplica para clientes que deben de presentar cierta información médica, exámenes o estudios como parte del proceso de suscripción. En ciertos casos ofrecemos cobertura para su cliente en forma inmediata, con restricciones temporales revisables. Estas restricciones no son nuestra oferta final y podrán ser reevaluadas al momento en que se complete los requisitos pendientes.

De aceptarse la **Oferta Proactiva**, la evaluación de una solicitud se concluiría a la brevedad posible y la cobertura será aprobada inmediatamente. Lo único que requerimos para hacerlo, es su confirmación de que nuestro cliente ha decidido aceptarla.

Al momento en que nuestro asegurado complete la información médica requerida y la misma sea presentada a la compañía, el evaluador buscará la forma de mejorar la oferta inicialmente extendida, ya sea aplicando una exclusión más específica, un incremento de deducible, un período de espera extendido o lo que corresponda según el caso.

XIV. Reembolso para Requisitos de Suscripción - Health Trust y Pan-American Private Client

Durante el proceso de suscripción de una solicitud de nuevo negocio y el suscriptor puede solicitar exámenes de laboratorio, copia de expedientes médicos o un cuestionario que debe de ser completado y firmado por un médico tratante. Pan-American Life cubrirá el costo de estos requisitos según se detalla en esta sección dependiendo del producto que están solicitando.

1. HEALTH TRUST – Solo se cubren los gastos relacionados al examen médico requerido para solicitantes de 60 años en adelante si la póliza es emitida y la primera prima ha sido pagada y deben visitar a uno de los proveedores autorizados para realizar el examen médico.

2. PRIVATE CLIENT - HEALTHACCESS, HEALTHACCESS PLUS, WORLDACCESS Y PREFERREDACCESS – Se reembolsará hasta un máximo establecido por requisito médico, una vez que la póliza haya sido emitida y la primera prima haya sido pagada.

Requisito Médico	Máximo a Reembolsar - US\$
Informes Médicos	\$25.00
Perfil de Lípidos o Laboratorios	\$30.00
Cuestionarios Médicos de PALIG (llenar cuestionario)	\$30.00
Declaración Médica (sin exámenes)	\$30.00
Declaración Médica (con exámenes)	\$100.00
Electrocardiograma (EKG)	\$30.00
Radiografía de Tórax	\$35.00
Ecocardiograma	\$50.00
Otros estudios (mamograma, ultrasonido, etc.)	\$50.00

Información Importante sobre este proceso para Private Client:

1. Solo reembolsaremos por un requisito solicitado por el suscriptor durante el proceso de evaluación de nuevo negocio (incluyendo adiciones de dependientes).
2. La factura debe ser recibida en la compañía dentro de los 90 días de realizado dicho requisito.
3. El reembolso será efectuado por vía transferencia bancaria para lo que se requiere copia del estado de cuenta del asegurado principal.
4. No reembolsamos para exámenes relacionados a revisión de restricciones.



XV. Condiciones Médicas No Asegurables

Clientes prospectos solicitando cobertura de Gastos Médicos que hayan sido diagnosticados con una de las siguientes condiciones médicas serán clasificados como no asegurable para este producto.

El listado a continuación no contiene todas las condiciones que serían no asegurable para nuestros productos, es solo una referencia. Cada solicitante es evaluado de forma individual y la compañía se reserva el derecho de determinar la no asegurabilidad de un prospecto asegurado basado en el riesgo que sus antecedentes médicos representan para la compañía.

RIESGO NO ASEGURABLE

1



ENFERMEDADES ENDOCRINO METABÓLICAS

Diabetes Mellitus dependiente de insulina o Tipo I

2



ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Lupus eritematoso diseminado
Miastenia Gravis

3

ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS

Leucemias

4



ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

Esclerosis Múltiple

5



ENFERMEDADES GENÉTICAS O CROMOSÓMICAS

Síndrome de Turner

6



ÓRGANOS ESPECÍFICOS

Estado post trasplante de órganos
Diálisis, Cirrosis

XVI. Clasificación de riesgo - Health Trust y Pan-American Private Client

El evaluador clasificará el riesgo que cada solicitante representa para la compañía en base a la solicitud y la evidencia médica que haya sido presentada para todos nuestros productos de Gastos Médicos.

1. Aprobación estándar: Una solicitud/solicitante aprobada(o) sin restricciones basado en las declaraciones de la solicitud de seguro, producto y deducible seleccionado. No solamente una solicitud sin preexistencias médicas califica para ser clasificada como riesgo estándar, a continuación, algunos ejemplos de condiciones médicas que pueden ser consideradas como riesgo estándar:

a. Cirugías previas sin complicaciones o secuelas tales como: amígdalas, adenoides, cataratas, vesícula biliar, histerectomía con patología benigna, quistes de ovarios simple, hernia inguinal, umbilical, colporragia, hemorroides, circuncisión entre otras.



b. Cirugías cosméticas



g. Antecedente de sinusitis sin síntomas actuales



c. Antecedente de embarazo ectópico



h. Diábolos o tubos de ventilación en oídos



d. Amputaciones sin condición médica de base



i. Fracturas simples



e. Alergias



j. Tratamientos de reemplazo hormonal



f. Otitis

2. Aprobación sub-estándar: El evaluador determina asegurar al solicitante, pero hay que manejar el riesgo mediante una limitación/restricción (según lo indica la guía para la condición médica específica).

a. Incremento de Deducible (actualmente solo disponible para los productos de Private Client): Es una forma de compartir el riesgo con nuestro asegurado. Este deducible es específico para la condición indicada y puede aplicar de forma anual o vitalicio según lo indique el evaluador. Será aplicado solamente una vez o anualmente durante la vida de la póliza, al iniciar un reclamo por la condición médica indicada. El deducible anual regular de la póliza no se verá afectado por haber cubierto total o parcialmente este deducible adicional. Este ajuste caducará cuando el deducible adicional sea cubierto; a partir de entonces, solamente el deducible anual regular de la póliza será aplicado, tal como se indica en la póliza.

b. Periodo de espera extendido: Esta opción indica que para la cobertura de una condición médica se requiere esperar un periodo de tiempo determinado, típicamente 1 o 2 años. Caduca de forma automática cuando se cumpla con el periodo pautado y a partir de ese momento la póliza ofrece cobertura para dicha condición médica según los términos y provisiones establecidos.

c. Exclusión: Esta opción excluirá cualquier tratamiento, investigación manifestación, secuela y/o complicación, relacionados con la condición indicada.

i. Exclusiones que sean revisables – Típicamente son aplicadas para condiciones que pueden tener una buena evolución y se revisan después de 1 o 2 años. Esta revisión debe de ser solicitada por parte del asegurado y tenemos un cuestionario específico para la revisión de limitaciones el cual debe de ser llenado en su momento por el asegurado.

ii. Exclusiones Permanentes – Aplican para condiciones catastróficas y degenerativas y no son revisables.

3. Riesgo no asegurable: La compañía determina no asegurar al solicitante(s) por el riesgo médico, contractual o legal que representa.

a. En caso que el Asegurado Principal o alguno de los solicitantes contara con algún Riesgo no Asegurable, el resto de los integrantes de la solicitud podrá continuar con el proceso para emitir la póliza para obtener cobertura de acuerdo a condiciones generales.

n ocasiones el suscriptor coloca enmiendas aclaratorias cuando existe una respuesta sin contestar o aclaración por parte del cliente en la solicitud y obtenemos la respuesta posteriormente por vía telefónica o por correo electrónico. La enmienda es reflejada en el certificado de cobertura / carátula como parte de las condiciones de la póliza. Es importante resaltar que estas enmiendas son de tipo aclaratorias y no son limitaciones o exclusiones a la póliza.

XVII. Condiciones preexistentes - Health Trust y Pan-American Private Client

Cualquier síntoma, signo o lesión corporal que se presente antes de la fecha efectiva de la póliza, o la rehabilitación de ésta y que, de haberse consultado a un médico, hubiera resultado en un diagnóstico de enfermedad o condición médica.

La compañía sólo podrá rechazar una reclamación y reevaluar las condiciones de la póliza por un padecimiento preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan previo a la fecha efectiva de su cobertura el Asegurado:

- a. Tuvo advertencia médica o consultó a un Médico.
- b. Recibió tratamiento médico y o quirúrgico, servicios o suministros.
- c. Se ha hecho o le recomendaron exámenes para diagnóstico.
- d. Tomó drogas o medicinas recetadas o recomendadas
- e. Tuvo presencia de signos y/o síntomas los cuales causarían a una persona normalmente prudente asistir a un médico para diagnóstico, cuidado o tratamiento.

Todo padecimiento preexistente que no haya sido declarado en la solicitud de seguro o sea revelado de manera inexacta, con omisión o falsedad, facultará a la Compañía para dar por rescindido de pleno derecho el seguro, aun y cuando dicha omisión o inexacta declaración no haya influido en la realización del siniestro. Las condiciones preexistentes no declaradas nunca recibirán cobertura bajo esta póliza.

Es importante señalar que los productos Health trust tienen una cláusula donde se detalla que ningún beneficio será pagado por servicios o atención médica debidos a condiciones preexistentes durante los primeros 12 meses de vigencia en el caso de Health trust . Podrán ser reconocidos como gastos elegibles a reembolso si los gastos por estas condiciones preexistentes son incurridos después de 12 meses de

vigencia de la cobertura para Health trust, siempre y cuando dichas condiciones preexistentes hubieran sido declaradas en la solicitud de seguro y aceptadas por la compañía, de lo contrario no tendrán cobertura.



XVIII. Exoneración del Periodo de Carencia – Pan-American Private Client



Nuestras pólizas de Private Client WorldAccess, PreferredAccess, Health Access y Health Access Plus cuentan con un periodo de espera de 60 días para la cual se ofrece cobertura para enfermedades de origen infeccioso o accidentes. La compañía eliminará el período de espera en los siguientes casos:

1. Si el Asegurado ha tenido cobertura bajo una póliza de seguro de Salud Gastos Médicos (individual o grupal) durante un periodo ininterrumpido de doce (12) meses antes de la fecha efectiva de la póliza.
2. La evaluación del periodo de espera es realizada de forma individual para cada solicitante ya que dentro de una póliza pueden haber asegurados a quienes se les pueda exonerar y otros a quienes no se les pueda eliminar.
3. El periodo de espera es exonerado cuando el solicitante cuenta con 12 meses consecutivos previos en otra póliza de seguro médico (doméstica o internacional comparable a nuestro producto) y solicita nuestra cobertura (nos basamos en la fecha de firma de la solicitud) mientras su póliza estaba vigente o en periodo de gracia.
4. El periodo de espera puede exonerarse de forma nacional o internacional, dependiendo de la cobertura previa de la que provenga.
5. La prueba de cobertura anterior debe de ser presentada junto con la solicitud o a más tardar antes de la emisión de la póliza.
6. El evaluador de riesgos dará una fecha de efectividad lo más cercana a su fecha de vigencia en la cobertura anterior.
7. Cualquier otro periodo de espera estipulado en la póliza (tales como maternidad y Sida) nunca es eliminado.

Información requerida para evaluar la eliminación del periodo de espera:

1. Copia del certificado de cobertura / carátula de la póliza anterior
2. Último recibo de pago
3. Copia del aviso de renovación de la póliza actual
4. En caso de pólizas grupales se acepta la carta de constancia de cobertura

XIX. Emisión de toda Póliza de Salud

La compañía podrá realizar la emisión de la póliza, una vez el caso haya sido aprobado por el área de suscripción médica y se reciba la documentación que a continuación se detalla:

1. Solicitud de seguro debidamente llenada y firmada en original si no es sometida digitalmente y utilizando la plataforma de easy@pp.
2. Formulario de información y autorización del Pago (descuento recurrente)
3. Fotocopia de DPI vigente del titular, cónyuge e hijos
4. Dependientes menores de 6 años – Certificado de Buena Salud
5. CTC Conoce a Tu Cliente (Titular, Contratante, Pagador) + cédula
6. Formulario de TDP (Tratamiento de Datos Personales, mayores de edad)
7. Formulario COVID (para todos los asegurados)
8. Prima Inicial
9. Cotización (Propuesta)
10. Si es una persona extranjera debe presentar fotocopia del pasaporte y carnet migratorio o carta de abogado trámite en proceso

A través de nuestra plataforma de Easy@pp se emitirán digitalmente las pólizas de salud individual requiriendo acuse de recibido y aceptación por parte del Asegurado.



XX. Pago de la Prima

La compañía pone a disposición del asegurado diferentes opciones para realizar el pago de su prima:

1. Transferencia bancaria ACH de otros bancos a Banco General:

Puede efectuar sus pagos a través de la red de ACH a nuestras siguientes cuentas monetarias:

BANCO	NOMBRE DE LA CUENTA DEL BANCO
BANCO GENERAL	PAN AMERICAN LIFE INSURANCE DE PANAMÁ, S.A.
Calle Aquilino de la Guardia	Número de Cuenta: : 03-01-09-009219-8
Ruta y Tránsito: 000000071	Tipo de Cuenta: Corriente

2. Banca en Línea de Banco General: solo deben colocar nombre, monto y número de póliza. .

3. Débitos automáticos recurrentes por ACH o Tarjeta de Crédito:

Completando el formulario de tarjeta de crédito o ACH.

4. Multipagos El Rey (cheque y efectivo): solo presente su número de póliza.

Autorizaciones de nuevos cargos recurrentes por TC se recibirán vía correo electrónico: cobros.pa@palig.com.

Recuerde que al enviar confirmación de pago deberá indicar en el subject de su correo:

Prima Inicial: Prima inicial – Nombre del Asegurado – No. de póliza

Prima Regular: Pago de prima – Nombre del Asegurado – No. de póliza



XXI. Adición y baja de dependientes a la póliza - Health Trust y Pan-American Private Client

1. En cualquier momento durante la vigencia de esta Póliza, el Asegurado Principal podrá solicitar incorporar nuevos Asegurados elegibles mediante la presentación de la Solicitud de Seguro, cuestionario Covid, formulario de Tratamiento de Datos Personales, copia de cédula/pasaporte y carnet migratorio. En el caso del producto Health Trust los dependientes hijos de 0-6 años de edad deben presentar certificado de buena salud. Los nuevos Asegurados tendrán cobertura a partir de la fecha en que hayan sido aceptados por la compañía y en los términos que se expresen en dicha aceptación. La compañía notificará al Agente la aceptación o rechazo de su solicitud. En caso de aceptación, emitirá un certificado de cobertura con los datos de todos los asegurados o Carta de Cambio).

Cualquier ingreso al Núcleo Asegurado durante la vigencia de la Póliza deberá cumplir con los requisitos de asegurabilidad establecidos. Si la cobertura del dependiente es aprobada, aplican los periodos de espera y cláusulas de pre existencias establecidas en las pólizas de Gastos Médicos.

2. Un Recién Nacido puede ser elegible para la cobertura de la Póliza de dos formas diferentes:

a) Adición automática de un recién nacido: La persona nacida de un embarazo cubierto por la póliza, será agregada a la póliza como Dependiente desde su nacimiento, sin evaluación de riesgos ni periodo de espera, siempre

y cuando la compañía reciba una notificación (Certificado de Nacimiento) en la cual se detalle número de póliza, nombre, sexo, peso, estatura y fecha de nacimiento. Dicha notificación debe de ser recibida dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del Nacimiento.

La notificación debe hacerse por correo electrónico a la firma de correo electrónico del área de evaluación o mediante comunicación escrita en las oficinas de la Compañía.

b) Adición sujeta a evaluación de riesgos de un recién nacido:

Cuando la notificación de un nacimiento sea recibida por la compañía después de los treinta días de nacido o cuando el recién nacido nazca de un embarazo no cubierto por la póliza, se requerirá: una solicitud de seguro, Formulario COVID, Acta de Nacimiento o cédula Juvenil y el informe reciente del pediatría (Certificado de Buena Salud), quedando su aceptación sujeta a evaluación por parte de la compañía de seguros que indicará la fecha efectiva de cobertura si el caso fuera aprobado. Si la cobertura del recién nacido es aprobada, aplican los periodos de espera y cláusulas de preexistencias establecidas en las pólizas de Gastos Médicos.

3.3. Se deberá enviar una carta por parte del titular de la póliza solicitando la baja de cualquier dependiente, con firma de éste y copia de identificación oficial. Las personas que se separen definitivamente de la póliza dejarán de estar aseguradas a partir de la fecha en que notifiquen por escrito esta situación a la compañía.

XXII. Cambios de producto y/o deducible - Health Trust y Pan-American Private Client

Los cambios de producto o plan deben de ser realizados en el aniversario de la póliza o dentro de los 30 días siguientes de ésta.

1. Si el cambio de producto o plan es de mayor a menores beneficios, puede ser solicitado por medio de una carta por parte del titular indicando el cambio, y adjuntando copia de identificación oficial. Este tipo de cambio no requiere suscripción. Una solicitud de seguro es requerida cuando la numeración de la póliza va a cambiar y en estos casos la compañía notificara cuando sea necesario .

2. Si el cambio es a un producto o plan de menor a mayores beneficios,

además de la carta indicando el motivo del cambio se deberá ingresar una nueva solicitud de seguros sujeta a evaluación de riesgos y así esperar las condiciones de aprobación para el cambio. Aplica para asegurados con cédula panameña.

Es importante señalar que todo cambio de plan aprobado está sujeto a una cláusula de cambio de plan en el cual por un periodo aplica el menor de los beneficios entre el producto plan nuevo y el anterior. Para más información por favor revisen nuestra clausulados de póliza.

XIII. Cambios generales a una póliza - Health Trust y Pan-American Private Client

1. Cambios de Forma de Pago

El cambio en la Forma de pago solo se podrá solicitar (cuando lo requiera) dentro de los primeros 30 días del inicio de vigencia o en la renovación de la póliza. Esto con una carta o correo electrónico por parte del Asegurado Principal incluyendo nueva forma de pago. Para forma de pago mensual se deberá adjuntar el formato de cargo automático recurrente (Visa o ACH) debidamente firmado.

2. Cambio o Corrección de Nombre o Fecha de Nacimiento

Éstos se pueden solicitar en cualquier momento de la vigencia de la póliza, enviando una carta por parte del Asegurado Principal, copia de identificación oficial del asegurado a modificar o acta de nacimiento en caso de ser menor de edad

XXIV. Cancelación de la póliza - Health Trust y Pan-American Private Client

En caso de que el Asegurado Principal desee cancelar esta póliza y la prima ya hubiere sido pagada, se le devolverá al Asegurado el importe de la prima pagada, menos la prima devengada y sus correspondientes impuestos. El Asegurado Principal debe solicitar la cancelación de póliza por escrito.

XXV. Renovaciones y rehabilitación de póliza - Health Trust y Pan-American Private Client

Como parte del servicio a nuestros asegurados, los avisos de renovación se emiten de forma manual y se envían con 30 días de anticipación al Asegurado y Agente o Intermediario de Seguros. La aceptación de la renovación de la póliza es efectiva con el pago de la prima correspondiente. A partir de la fecha de vencimiento de la póliza, el Asegurado Principal gozará de un período de gracia de treinta (30) días hábiles para pagar la prima de renovación indicada. Si el Asegurado no paga la prima correspondiente durante el periodo de gracia su cobertura caduca y



está sujeto a requisitos adicionales y un proceso de rehabilitación. Toda rehabilitación está sujeta a evaluación y aprobación por parte de la compañía (completando el formulario de rehabilitación correspondiente y cuestionario COVID, siempre que se solicite durante los 30 días posteriores a la cancelación.

XXVII. FAMILY MEDICAL CARE



Seguro de gastos médicos diseñado para proteger el bienestar de toda la familia, especialmente el de nuestros adultos mayores, otorgando a cada asegurado dentro de la póliza hasta USD \$50,000 de cobertura local anual renovable para gastos médicos, urgencias, hospitalización, cirugías ambulatorias, electivas, chequeos preventivos, entre otros beneficios.

Ofrece cobertura individual a menores de edad.

Family Medical Care acepta hasta un máximo de 3 condiciones preexistentes y brinda renovación garantizada de por vida.

Elegibilidad: hasta 75 años

Beneficios de Family Medical Care:

URGENCIAS: Urgencias ambulatorias por accidentes, cubiertas al 100% hasta un máximo de \$500.00 El excedente será cubierto al 70%. Urgencias por enfermedad crítica detallada, cubiertas al 70% de los cargos elegibles. Servicio de ambulancia cubierto al 100% hasta un máximo de \$300.00 por evento. Urgencia fuera de Panamá se reembolsa 70% luego de cubierto el deducible de \$3,500 (aplica deducible).

CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA: Asegurado tiene derecho a 12 consultas anuales. Copago de \$15.00 proveedores médicos en la red PALIGMED. Reembolso máximo de \$35.00 (médico no adscrito).

PLAN DE EMERGENCIA BÁSICA DENTAL: Urgencias dentales cubiertas al 100%.

SERVICIOS FUNERARIOS: Se cubren los gastos funerarios al 100%, hasta un máximo de \$1,000.00.

LABORATORIOS, ANÁLISIS CLÍNICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS: A los 30 días de vigencia de la póliza, uno por mes. Se reembolsa 70% de gastos los elegibles.

RAYOS X: A los 60 días, uno por mes. Se reembolsa 70% de gastos elegibles.



SERVICIO DE TELEMEDICINA: Consultas gratuitas ilimitadas para asegurados y sus dependientes al descargar la app, PALIG Telemedicina desde un smartphone o tablet. Atención médica general de lunes a domingo de 7:00 a.m. a 11:00 p.m. y 24 horas a través de PALIC S.O.S. al 800-4200.

ESTUDIOS DE DIAGNÓSTICO: A partir de 6 meses de vigencia de la póliza, uno por mes. Copago del 50% de los gastos los elegibles sujeto a aprobación del Comité Médico.

CIRUGÍAS AMBULATORIAS: A partir de 12 meses de vigencia. Asegurado debe realizar copago de \$200.00 y 30% de coaseguro de los gastos elegibles.

COBERTURA PARA NIÑOS: Desde los 2 meses hasta los 18 años pueden adquirir una póliza de salud individual de Family Medical Care.

Requisitos para solicitar el seguro Family Medical Care:

- Completar y someter la solicitud
- Pagar la prima inicial
- Laboratorio sólo mayores de 50 años
- Entrevista médica sólo mayores de 50 años
- Copia de Cédula o Pasaporte
- Informe pediátrico solo niños menores de 12 años



XXVII. Pre-certificación médica – Health Trust

En el caso de Health trust la compañía requerirá una pre-certificación médica para todas las admisiones hospitalarias, procedimientos quirúrgicos y procedimientos especiales de diagnóstico no rutinarias, ya sea que requieran o no internamiento hospitalario y que sean de carácter electivo, así como la obtención de prótesis y equipo médico. La pre-certificación médica debe solicitarse a la compañía, con una anticipación

mínima de setenta y dos (72) horas y llenando el formulario de reclamo y pre-certificación establecido. Las emergencias médicas no requieren de pre-certificación.

De no obtener la pre-certificación para los productos de Health trust, el reembolso de los gastos elegibles indicados en el cuadro de seguro, podrán ser limitados a un reembolso del cincuenta por ciento (50%) de los cargos razonables y acostumbrados de los gastos elegibles cubiertos, una vez cubiertos el deducible y coaseguros que apliquen.

XXVIII. Pasos y requisitos para una preautorización – Health Trust & Pan-American Private Client

1. Pan-American Life Insurance de Panamá debe recibir notificación tan pronto haya conocimiento de la necesidad de un tratamiento médico.

2. El equipo de servicio médico cuenta con el conocimiento y experiencia para brindar la ayuda que usted y su cliente necesitan las 24 horas del día, los 7 días de la semana, 365 días del año. Esta notificación puede realizarse vía los medios de comunicación establecidos para cada producto de salud.

3. Toda notificación debe incluir la siguiente información:

a. Formulario de preautorización completamente diligenciado por su médico tratante (ver documento adjunto)

b. Informes médicos y resultados de exámenes si los tuviera, en relación con la condición médica diagnosticada por su médico tratante.

c. Fecha de inicio de los síntomas, diagnóstico, procedimiento y honorarios firmado el médico.

d. Presupuesto de honorarios del equipo médico con los códigos CPT de los procedimientos (o la descripción de cada procedimiento si es un país en el cual no se conoce esta codificación) y/u hospitalización para el procedimiento indicado, si lo tuviera.

e. En caso de terapias físicas y de rehabilitación, quimioterapia o radiación, vamos a requerir plan de tratamiento, que incluya: la descripción detallada del servicio que va a recibir, número de sesiones y costo por sesión.

En caso de requerir sesiones o tratamiento adicional, será necesario enviar informes médicos actualizados con la información antes mencionada. Al momento de solicitar la extensión del tratamiento y la orden del médico que indicó las terapias.

4. Una vez la compañía cuente con la información requerida para autorizar el pago directo, nuestro equipo de preautorización, emitirá la carta de garantía (equipo de preautorización) en un tiempo no mayor a 48 horas, si el caso es elegible y la enviará a través de correo electrónico al proveedor médico con una copia al agente si la tuviera. Si el caso no fuera elegible el equipo de preautorizaciones emitirá una carta de negación, la cual será enviada al proveedor médico y al agente manteniendo la confidencialidad de la información médica.

5. Para los siguientes servicios se requerirá programación previa de la compañía:

- a. Hospitalización que no sea por urgencia - Producto Health Trust
- b. Procedimientos quirúrgicos - Producto Health Trust
- c. Tratamientos de Cáncer - Producto Health Trust
- d. Diálisis - Producto Health Trust
- e. Prótesis o Instrumentos Correctivos - Producto Health Trust
- f. Equipos Médicos Duraderos - Producto Health Trust
- g. Trasplante de Órganos - Producto Health Trust
- h. Cuidados de Salud en el Hogar - Producto Health Trust
- i. Ambulancia Aérea o Terrestre - Producto Health Trust
- j. Condiciones Congénitas y Hereditarias - Producto Health Trust
- k. VIH / Sida - Producto Health Trust
- l. Cualquier servicio fuera del país de residencia - Producto Health Trust

XXIX. Requisitos básicos para presentar un reclamo de gastos médicos



- 1. Formulario de reclamación médica proporcionado por la compañía, debidamente completado y firmado por el asegurado, así como por el médico tratante con su respectivo sello y firma.
- 2. Documentos originales de: Recetas, órdenes de laboratorio y de cualquier otro examen de diagnóstico, debidamente completadas, firmadas y selladas por el médico tratante.
- 3. Originales de facturas y/o recibos de pagos al contado, con requisitos fiscales firmados y sellados que sustenten los gastos médicos.
- 4. Resultados de radiografías, ultrasonidos, tomografías, exámenes de laboratorio y de cualquier otro examen de diagnóstico y seguimiento.
- 5. Copia del expediente clínico completo o historia médica del asegurado.
- 6. Informes médicos, detalles de atenciones de urgencias o de hospitalización.
- 7. Precertificación autorizada.

XXX. Red de Proveedores Médicos

Con el propósito de brindarle servicios adicionales y acceso a redes de proveedores en los Estados Unidos, nos complace informarle que Pan-American Life Insurance de Panamá cuenta la Red PALIGMED ESSENTIAL para nuestros productos de Health trust y la Red PALIGMED SELECT, ambas tienen una extensa red de hospitales en los Estados Unidos.

Adicionalmente contamos con una Red para nuestros productos de Panamá la cual incluye proveedores médicos, farmacia, hospitales y laboratorios.

Para consultas y el listado más actualizado de hospitales y proveedores médicos puede acceder a nuestro portal PALIGMED.com en donde encontrará la información de nuestra red.

XXXI. International Care Center (ICC)

Un beneficio VIP para nuestros asegurados

El Centro de Atención Internacional (ICC por las siglas en inglés) de Pan-American está integrado por un equipo de profesionales médicos, con un alto sentido de servicio y vasta experiencia en atenciones internacionales, el cual está a su disposición para el proceso de coordinar todas las atenciones de salud de sus asegurados fuera de su país de residencia.

Pasos a seguir para coordinaciones de tratamiento médico fuera de Panamá

1. Notificar directamente a Pan-American, tan pronto tenga conocimiento de la necesidad de una cita de su cliente o tratamiento médico en el extranjero.

2. Presentar toda la información médica que tenga disponible, relacionada con la condición médica que requiere recibir tratamiento en el extranjero, para la evaluación de la misma.

3. Proporcionar los datos del proveedor médico/hospital donde desea recibir la atención médica fuera de Panamá.



4. Si su cliente aún no tiene definido dónde desea recibir atención médica fuera de su país, nuestro equipo médico del Centro de Atención Internacional, puede proporcionar opciones de proveedores médicos acorde a la condición médica y términos de la póliza.

Al finalizar el proceso de evaluación de la solicitud, recibirá toda la información que necesita saber acerca de la conclusión de la pre autorización y los pasos a seguir.

¿Qué hacer si la atención internacional ha sido aprobada, cuando se encuentre en las instalaciones del proveedor médico del exterior?

1. Su cliente deberá identificarse como asegurado de Pan-American y presentar su carnet de asegurado.
2. Verificar el deducible pendiente de la póliza, realizar el pago en el área asignada para dicho proceso, y guardar el comprobante de pago o factura para presentarla a Pan-American y que le sea adjudicado el deducible.
3. En caso de requerir atenciones médicas adicionales, favor solicitar al proveedor médico se comunique con nuestro Centro de Atención Internacional (ICC) al correo icc@palig.com o por vía telefónica, a los números que están en la parte posterior de su carnet.
4. En caso de requerir tratamiento con medicamentos ambulatorios, el asegurado procederá a realizar la compra de los mismos, lo cual se manejará a través de reembolso enviando a Pan-American la solicitud del reclamo de acuerdo a las condiciones de la póliza, para lo cual se debe incluir:
 - a. Copia de la receta del médico tratante
 - b. Comprobante de la farmacia indicando el costo y nombre del medicamento
 - c. Recibo original de pago del medicamento en la farmacia
 - d. Formulario de reclamo debidamente completado



¿Qué hacer después de culminar las atenciones en el extranjero y antes de regresar a Panamá?

Verificar que cuenta con las facturas detalladas y recibos de pago de los gastos médicos que someterá a Pan-American para reembolso e información necesaria para el mismo.

Atención de Emergencias en el Extranjero:

1. Si presenta una emergencia estando en el extranjero, debe contactar de inmediato al servicio de emergencia en el país que se encuentre a fin de que sea trasladado al proveedor médico más cercano.
2. De ser posible presentar su carnet de asegurado y comunicarse a Pan-American, a los teléfonos que se encuentran en la parte posterior del carnet, para brindar la información relevante y poder asistirle a su cliente con su emergencia.

Preguntas Frecuentes:



¿Puede Pan-American, enviar carta de garantía de pago directo para medicamentos especializados de alto costo?

En caso de requerirlo debe presentar su solicitud al correo electrónico icc@palig.com. La solicitud será evaluada y se le responderá de acuerdo a las condiciones de la póliza.



¿Cómo debo proceder si recibo una factura de cobro de servicios médicos previamente autorizados?

En estos casos debe enviarle las facturas de cobro al Ejecutivo de Cuenta asignado a su país de residencia o comunicarse con línea telefónica de servicio al cliente que aparece en la parte posterior de su carnet.



¿Dónde puedo encontrar la lista de proveedores preferidos de PALIGMED?

La lista de proveedores puede encontrarla

Dando clic aquí



Gracias por su confianza.

Al seguir estas recomendaciones se le facilitará la coordinación de los beneficios de su póliza y nos permitirá brindarle a usted y a su cliente un servicio de excelencia.

En caso de tener inquietudes sobre los beneficios y coberturas, lo invitamos a revisar las condiciones de póliza contratada o dirigirse a su Ejecutivo de Ventas.



Nuestros canales

de atención

I. INFORMACION DE CONTACTO HEALTH TRUST



Servicio al Cliente:
servicioalclientepanama@palig.com
Teléfono: 507- 208-8000



Pre-Autorizaciones Médicas:
ppreautorizaciones@palig.com



Nuevos negocios de Pólizas de gastos médicos **individuales:**
EmisionesHT.pa@palig.com



Cobranza, aplicación de pagos y emisión de facturas:
PALIC-CobrosPA@palig.com



Consultas y gestiones de Pólizas de gastos médicos **individuales:**
servicioshealthtrust.pa@palig.com

II. INFORMACION DE CONTACTO PAN-AMERICAN PRIVATE CLIENT



Nuevos negocios de Pólizas **Private Client:**
evaluacionpan@palig.com



Pre-autorizaciones y notificaciones **Private Client:**
reclamospan@palig.com



Consultas sobre pólizas **Private Client:**
serviciopan@palig.com
Teléfono: 507-836-5075



Ingreso y consultas de reclamos de pólizas **Private Client:**
reclamospan@palig.com



Para obtener más información, visítanos en palig.com o interactúa con nosotros en los medios sociales.

   | palig.com

Confianza

Toda la vida

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

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