

---

**CONDICIONES GENERALES**

**CLÁUSULA 1. BASE DEL CONTRATO**

MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S. A., organizada de conformidad con las leyes de la República de Panamá denominada en adelante la COMPAÑÍA DE SEGUROS, expide la presente Póliza de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares estipuladas a continuación, teniendo prelación las últimas sobre las primeras, basándose en las declaraciones contenidas en la solicitud del ASEGURADO. La responsabilidad de la COMPAÑÍA DE SEGUROS no excederá en ningún caso la suma máxima pactadas en las Condiciones Particulares.

**CLÁUSULA 2. DEFINICIONES**

A efectos de esta Póliza, se entiende por:

**COMPAÑÍA DE SEGUROS:** La Sociedad Aseguradora es MERCANTIL SEGUROS Y REASEGUROS, S. A., quien suscribe la Póliza junto con el CONTRATANTE y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los servicios indicados en este contrato.

**CONTRATANTE:** La persona física que suscribe la Póliza con la COMPAÑÍA DE SEGUROS, comprometiéndose al pago de las primas establecidas y al cumplimiento de las obligaciones que de la misma dimanen, excepto las que por su naturaleza, deban ser cumplidas por el ASEGURADO, conforme a los términos del presente contrato de seguro.

**ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica sobre quien recae el riesgo que se ha cedido a la COMPAÑÍA DE SEGUROS, por medio de la celebración de un contrato de seguro.

**BENEFICIARIO:** La persona o personas físicas o jurídicas, titulares del derecho a las prestaciones contratadas en la Póliza, cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de cobertura.

**PÓLIZA:** El documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la Póliza, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares que individualizan el riesgo, la Tabla de Indemnizaciones por pérdida de miembros y los Suplementos y los Endosos que se emitan para completarla o modificarla. Ninguno de estos documentos tiene validez ni efecto por separado.

**ENDOSO:** Documento escrito que modifica parte de las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, y que se emitan conjuntamente o con posterioridad a la emisión de la Póliza, por solicitud del CONTRATANTE o como garantía o requerimiento de la COMPAÑÍA DE SEGUROS para la aceptación del contrato. El(los) endoso(s) se redactará(n) mediante documento(s) separado(s) y constituye(n) parte integral del contrato de seguros.

**PRIMA:** Es la cantidad de dinero que se obliga a pagar el CONTRATANTE o acreedor al comprar la Póliza de seguro, para que a su vez por este precio la COMPAÑÍA DE SEGUROS tenga la obligación de darle una cobertura y eventualmente pagarle una indemnización en caso de ocurrir un siniestro cubierto bajo la Póliza. La misma debe incluir los recargos, e impuestos exigidos por la Ley.

**ACCIDENTE:** Se entiende por Accidente la acción repentina de un agente externo violento, fortuito e independiente de la voluntad del ASEGURADO, del CONTRATANTE, o del Beneficiario, o de cualquier otra persona, y que cause al ASEGURADO lesiones corporales cubiertas en esta Póliza, que puedan determinarse, de una manera cierta, por un médico.

Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de Accidente: la asfixia o intoxicación por vapores o gases, o por inmersión en el agua u obstrucción y la electrocución; la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado, consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado; picaduras o mordeduras de serpientes o insectos venenosos; la rabia, el carbunco o tétanos de origen traumático.

**LESIÓN:** Significa cualquier herida sufrida por el ASEGURADO en su cuerpo como consecuencia directa y exclusiva de un Accidente cubierto por esta Póliza, después de emitida ésta y mientras se encuentre en vigor. Como aclaración, se considera que la muerte es la máxima lesión.

**INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:** Es el estado o la condición adquirida como resultado de una lesión corporal, sufrida en un accidente, que disminuye en el ASEGURADO, en forma definitiva y permanente y en un cien por ciento (100%), la capacidad para llevar a cabo la Ocupación Laboral o actividad económica a que se dedique habitualmente y de la cual provienen la mayoría de sus ingresos, sin tomar en cuenta la relación o semejanza de Ocupación Laboral o actividad económica anterior en que el ASEGURADO haya intervenido. El ASEGURADO deberá permanecer en este estado por un período de tiempo no menor a seis (6) meses consecutivos para que, bajo la Póliza, se considere que ha adquirido el estado de Invalidez Total y Permanente. Se considera adicionalmente como Invalidez Total y Permanente el daño cerebral total e irreversible, fractura incurable de la columna vertebral o sección completa de la médula espinal que ocasione la Invalidez Total y Permanente.

**HOMICIDIO:** Se entiende la muerte del ASEGURADO causada por hechos de otra persona.

**HOMICIDIO INVOLUNTARIO O CULPOSO:** Es aquél en el cual la persona actúa sin prever que la muerte del ASEGURADO será una consecuencia posible de sus actos, aún cuando la posibilidad de dicha consecuencia es previsible, y el causante los ejecuta sin observar el deber de cuidado que le incumbe.

**CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Es el estado, condición, enfermedad o lesión corporal, visible o no, que sufra o que haya sufrido el ASEGURADO, cuyo síntoma o indicio revelen de su existencia conforme a la información médica, científica o académica existente, se hayan manifestado por primera vez o que haya sido tratada médicamente (ya por intervención quirúrgica, tratamiento o consulta médica, farmacéutica o de cualquier otra índole), con anterioridad a la fecha de vigencia de la póliza y no declarada en la solicitud.

**MEDICAMENTO NECESARIO:** Conjunto de medidas o procedimientos suministrados por un médico o institución hospitalaria que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una lesión, que implique una mejora funcional en la salud física del ASEGURADO, bajo las siguientes características:

- a) Que sean apropiados al diagnóstico, o tratamiento de la lesión a consecuencia de un accidente, padecido por el ASEGURADO.
- b) Que sean congruentes con las normas prácticas médicas o profesionales aceptadas.
- c) Que el nivel de servicio o suministro médico u hospitalario sea el más idóneo y que puede ser proporcionado sin peligro para el ASEGURADO.

**SUMA ASEGURADA:** Es la suma de dinero que la COMPAÑÍA DE SEGUROS pagará al Beneficiario cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de cobertura según se incluyan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

**SINIESTRO:** La ocurrencia del hecho que, amparado por la Póliza, obliga a la COMPAÑÍA DE SEGUROS al pago de la Suma Asegurada o a la prestación prevista en el contrato.

**EDAD:** Se considerará como edad del ASEGURADO la que haya cumplido en su aniversario inmediato anterior a la fecha de inicio de vigencia de la póliza o su renovación.

**MONEDA:** Es la denominación monetaria indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza bajo la cual es expedida, entendiéndose que para todas las operaciones monetarias que afecten a la misma, se empleará dicho tipo de moneda.

**OCUPACIÓN LABORAL:** Es la actividad económica principal del ASEGURADO a la cual se dedica de tiempo completo y de donde deriva la mayoría de sus ingresos.

### **CLÁUSULA 3. COBERTURA BÁSICA**

En consideración del pago de la prima estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el CONTRATANTE y la COMPAÑÍA DE SEGUROS con la celebración del presente contrato de seguros se adquieren las siguientes coberturas básicas según se detallan en las Condiciones Particulares.

- **MUERTE ACCIDENTAL**

La COMPAÑÍA DE SEGUROS pagará la Suma Asegurada a los Beneficiarios, si el fallecimiento del ASEGURADO se produce a consecuencia directa de un Accidente y haya ocurrido dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de haber ocurrido tal lesión.

- **HOMICIDIO INVOLUNTARIO O CULPOSO**

La COMPAÑÍA DE SEGUROS pagará la Suma Asegurada, si el ASEGURADO muere víctima de un Homicidio Involuntario o Culposos.

- **GASTOS DE REPATRIACIÓN**

Si el Accidente ocurre fuera de la República de Panamá, la COMPAÑÍA DE SEGUROS reembolsará a los Beneficiarios los gastos incurridos en trámites, certificaciones y traslados de los restos del ASEGURADO, sin exceder en ningún caso la Suma Asegurada descrita en las Condiciones Particulares de la Póliza.

- **GASTOS FUNERARIOS**

La COMPAÑÍA DE SEGUROS reembolsará a los Beneficiarios a consecuencia directa de una muerte accidental del ASEGURADO las facturas de los servicios funerarios hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

- **GASTOS POR TRASLADOS**

La COMPAÑÍA DE SEGUROS reembolsará a los Beneficiarios los gastos incurridos por el ASEGURADO en el traslado aéreo o terrestre urgente hasta el centro médico de su elección o más cercano.

### **CLÁUSULA 4. BENEFICIOS ADICIONALES**

En consideración a la solicitud del CONTRATANTE, la aceptación por parte de la COMPAÑÍA DE SEGUROS y el pago de la prima adicional correspondiente indicada en las Condiciones

Particulares de la Póliza, las siguientes coberturas son opcionales y el ASEGURADO estará amparado sólo por aquellas coberturas contratadas por el CONTRATANTE:

- **INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE**

La COMPAÑÍA DE SEGUROS pagará la Suma Asegurada hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza cuando, a causa de una lesión producto de un Accidente, el ASEGURADO se encuentre en estado de Invalidez Total y Permanente.

- **DESMEMBRAMIENTO POR ACCIDENTE**

Si a consecuencia de un Accidente sufrido por el ASEGURADO y amparado por esta Póliza, le sobreviene dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del mismo, cualquiera de las invalideces enumeradas en la Tabla de Indemnizaciones, que se encuentra al final de estas Condiciones Generales, la COMPAÑÍA DE SEGUROS pagará la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en dicha escala a la Suma Asegurada que corresponda a esta cobertura para el momento de la ocurrencia del Accidente.

- **GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE**

La COMPAÑÍA DE SEGUROS reembolsará a consecuencia directa de las lesiones originadas por un Accidente sufrido por el ASEGURADO, y siempre que ocurra durante la vigencia de ésta cobertura adicional, los honorarios médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos que fueren Médicamente Necesario, hasta el total de la Suma Asegurada bajo esta cobertura. Cualquier pago por este concepto estará sujeto al deducible, si los hubiere.

En ningún caso, la Suma Asegurada contratada bajo esta cobertura podrá exceder de más del veinte por ciento (20%) de la Suma Asegurada principal.

- **RENTA DIARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE**

Siempre que la causa fuere un Accidente cubierto bajo esta póliza, la COMPAÑÍA DE SEGUROS, pagará la renta diaria convenida, sujeto a los deducibles indicados en las Condiciones Particulares de esta Póliza, siempre que el ASEGURADO quedare totalmente incapacitado para desempeñar su Ocupación Laboral por un algún tiempo temporal, hasta un máximo de noventa (90) días no necesariamente consecutivos, independientemente de la causa de la incapacidad temporal por accidente.

El deducible para esta cobertura se define como la cantidad de días que el ASEGURADO debe asumir, por cada evento elegible, para poder efectuar una reclamación bajo esta cobertura y el cual se establece en las Condiciones Particulares.

- **PAGO ÚNICO POR DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES GRAVES**

La COMPAÑÍA DE SEGUROS indemnizará un pago único la Suma Asegurada contratada para esta cobertura en caso de diagnóstico por primera vez en la vida del ASEGURADO de una de las Enfermedades Graves descritas más adelante y comprobada la ocurrencia durante la vigencia de la Póliza.

Se entenderá por Enfermedades Graves cualquiera de los siguientes padecimientos que ocurran o se diagnostiquen por primera vez durante el período de cobertura:

- a) **INFARTO AL MIOCARDIO:** Es la muerte o necrosis de una porción del músculo cardiaco, como resultado del inadecuado suministro de flujo sanguíneo al área correspondiente como consecuencia de un aporte deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser inequívoco y

respaldado por: historia de dolor torácico; alteración aguda en el trazado eléctrico del electrocardiograma y elevación de las enzimas cardíacas, (ck y ck-mb) o proteínas miocárdicas (troponina t); historia clínica con referencia al cuadro clínico típico de enfermedad cardíaca isquémica, la cual debe estar caracterizada por dolor de pecho tipo opresivo, disnea, mareos, palpitaciones, diaforesis.

**La insuficiencia cardíaca, dolor torácico no cardíaco, angina, angina inestable, miocarditis, pericarditis y lesión traumática al miocardio no están cubiertos.**

**b) CIRUGÍA ARTERIA-CORONARIA:** Se entiende como la intervención quirúrgica a corazón abierto llevada a cabo para la recuperación de las arterias coronarias por medio de un bypass o puente coronario. Debe ser producto de la necesidad evidente de corregir una estenosis u oclusión en las arterias coronarias, según el resultado de una angiografía coronaria. La angiografía coronaria y el resultado de la misma junto con el informe médico, deberá ponerse a disposición de la COMPAÑÍA DE SEGUROS.

**Se excluyen: la angioplastia con globo y otras técnicas que no requieren cirugía. Están excluidos los procedimientos: la angioplastia coronaria trasluminal percutánea (actp), cateterismo cardíaco, tratamiento con rayo láser, cuchilla rotable, el stenting y otras técnicas de cateterismos intra-arteriales. También está excluida la cirugía de derivación de las arterias coronarias por laparoscopia.**

**c) ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV):** Para efectos de la presente Póliza, la definición corresponde a cualquier incidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas que se manifiesten o duren por más de veinticuatro (24) horas. Debe existir una destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia, con pruebas de disfunción neurológica permanente la evidencia de una deficiencia neurológica permanente debe ser confirmada por un neurólogo o neurocirujano después de transcurridas como mínimo seis (6) semanas del evento, no se aceptan reclamaciones antes de transcurrido ese tiempo. De la misma manera, las pruebas diagnósticas de imagenología, como tac, resonancia nuclear magnética, entre otras, deben soportar dicho diagnóstico.

**Se excluyen: accidentes isquémicos transitorios (TIA), lesiones traumáticas del cerebro, síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca) e infartos lacunares sin déficit neurológico.**

Es condición indispensable para tener derecho a la indemnización cubierta que se cumplan las condiciones siguientes:

- ✓ La fecha del Diagnóstico de la Enfermedad Grave debe ser posterior a la expiración del Plazo de Espera de ciento ochenta (180) días.
- ✓ Que la reclamación del siniestro se presente dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes a la fecha de Diagnóstico de la Enfermedad Grave.
- ✓ Que el ASEGURADO afectado se encuentre con vida treinta (30) días continuos después de presentada la notificación del siniestro.
- ✓ Que sea la primera vez en la vida del ASEGURADO en la que haya recibido el Diagnóstico de una sola Enfermedad Grave, por una cantidad única y solo una vez, independientemente del número de Enfermedades Graves, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas.

El pago de la indemnización única derivada de la cobertura de Enfermedades Graves por la ocurrencia por primera vez en la vida del ASEGURADO de una y sólo una de las Enfermedades

Graves anteriormente mencionadas, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre las mismas, produce la terminación inmediata de esta cobertura.

Son personas asegurables bajo la presente Póliza, el ASEGURADO siempre y cuando su edad esté comprendida entre dieciocho (18) y sesenta (60) años de edad, ambas inclusive. Las renovaciones a partir de los sesenta y uno (61) y hasta los sesenta y cuatro (64) años estarán sujetas a la consideración de la COMPAÑÍA DE SEGUROS.

### **EXCLUSIONES APLICABLES:**

**La COMPAÑÍA DE SEGUROS no pagará la indemnización por cualquier de las Enfermedades Graves que sea causa directa o indirecta, o consecuencia de cualquiera de los siguientes eventos:**

- ✓ **Cualquier Enfermedad Grave, desorden, lesión o condición, cuya fecha de Diagnóstico sea anterior a la expiración del Plazo de Espera.**
- ✓ **Cualquier cirugía (u otro procedimiento invasivo) que se estime necesaria o sea llevada a cabo antes o durante el Plazo de Espera.**
- ✓ **Cualquier Enfermedad Grave, desorden, lesión, o condición que comience, o cuyos síntomas comiencen a manifestarse, antes o durante el Plazo de Espera, independientemente de cuando se efectúe el Diagnóstico correspondiente.**
- ✓ **Cualquier Enfermedad Crítica, enfermedad, desorden, lesión, o cirugía (u otro procedimiento invasivo) que ocasione la muerte del ASEGURADO dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de notificación del siniestro.**
- ✓ **Cualquier Enfermedad Grave que el ASEGURADO padeciere antes de estar amparado por esta Póliza, o por cualquier cirugía u otro procedimiento invasivo que sea determinado como necesario o se haya practicado antes de que el ASEGURADO estuviese amparado por esta Póliza.**
- ✓ **Cualquier Enfermedad Grave, condición, desorden o lesión para la cual el ASEGURADO haya recibido o haya debido recibir tratamiento médico o haya sido aconsejado por un Médico antes o durante el Plazo de Espera.**
- ✓ **Cualquier Enfermedad Grave, condición, desorden, lesión o cirugía (u otro procedimiento invasivo) directa o indirectamente causado por, o atribuible a alguna infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o infecciones asociadas, incluyendo pero no limitado al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA) y el complejo Relacionado al SIDA (CRS).**
- ✓ **Cualquier enfermedad o condición no señalada expresamente como riesgo cubierto en las Condiciones Particulares y Endosos, si los hubiere de la Póliza.**

### **CLÁUSULA 5. EXCLUSIONES GENERALES**

**Quedan excluidas de indemnización las lesiones, efectos o cualquier daño corporal o moral, sufrido a consecuencia directa o indirecta de:**

- a) **Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o cualquier acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con cualquier organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.**

- b) Fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva, guerra bacteriológica y otras armas de muerte masiva que no son necesariamente nucleares.
- c) Fenómeno de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias.
- d) Suicidio, automutilación, o autolesión: No obstante, la COMPAÑÍA DE SEGUROS pagará la Suma Asegurada al Beneficiario, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubiera transcurrido el plazo señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza, el que a falta de estipulación en ellas, será de dos (2) años completos e ininterrumpidos, contado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura del ASEGURADO, desde su rehabilitación, en su caso, o desde el aumento de la Suma Asegurada. En éste último caso, el plazo se considerará sólo para el pago de la indemnización correspondiente al incremento de la Suma Asegurada.
- e) Una infección oportunista o neoplasma maligno causado o que resulte como consecuencia que el ASEGURADO estuviere afecto o fuere portador del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, cualquiera fuese el momento en que el ASEGURADO se haya infectado o contraído dicho síndrome. Con tal propósito, se entenderá por: "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA", lo dispuesto para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida incluirá encefalopatía, demencia por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, V.I.H., y síndrome de desgaste por Virus de Inmunodeficiencia Humana, V.I.H.  
  
Infección Oportunista incluye, pero no debe limitarse a, neumonía causada por pneumocystiscarinii, organismo de enteritis crónica, infección vírica o infección microbacteriana diseminada.  
  
Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse, al sarcoma de Kaposi, al linfoma del sistema nervioso central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.
- f) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
- g) Pena de muerte o por participación en cualquier acto delictivo.
- h) Participación del ASEGURADO en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- i) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo y/o se requiera de medidas de protección y/o seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, parapente, carreras de auto, moto, justas hípicas entre otros.
- j) Práctica o utilización de la aviación, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial en ruta con itinerario fijo.

**También se excluyen los Accidentes o lesiones que sean producto o se den en situación de:**

- a) Accidentes ocasionados como consecuencia de que el ASEGURADO sufra ataques cardíacos o epilépticos, síncope; y los Accidentes que se produzcan en estado de

embriaguez, bajo el efecto de las drogas o en estado de sonambulismo o enajenación mental temporal o permanente.

- b) Accidentes ocurridos en períodos durante el cual el ASEGURADO esté prestando servicios en la fuerza de policía, policía militar, guardia nacional, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional o grupos políticos o ideológicos en cualquier región del mundo.
- c) Accidentes causados por trabajos en fábricas de artículos pirotécnicos, municiones, explosivos, químicos, petroquímicos u otras, donde se utilicen sustancias combustibles, tóxicas del petróleo y gas, o explosivas.
- d) Accidentes causados como consecuencia de la infracción grave de las leyes, decretos, reglamentos, reglamentos de trabajo, ordenanzas y otras normas legales vigentes.
- e) Accidentes causados por actos notoriamente peligrosos, o por malicia o imprudencia del ASEGURADO.
- f) Accidentes ocurridos por la participación del ASEGURADO en homicidio o acciones dolosas de cualquier tipo, y cuando el ASEGURADO esté involucrado en actividades violatorias de la ley y contra su propia vida.
- g) Embriaguez, consumo de drogas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas y alucinantes.
- h) Cualquier lesión, pérdida, menoscabo o enfermedad corporal o mental que no sea originado directamente por Accidente u otros hechos cubiertos por la presente Póliza.

De ocurrir el Accidental ASEGURADO debido a alguno de los hechos o circunstancias antes señaladas, se entenderá que no existe cobertura para el caso en particular, y producirá el término del seguro para dicho ASEGURADO, no existiendo obligación de indemnización alguna por parte de la COMPAÑÍA DE SEGUROS.

La COMPAÑÍA DE SEGUROS podrá eliminar o modificar cualquiera de estas exclusiones, exigiendo prima adicional o no, previo acuerdo con el CONTRATANTE y consignándolo en las Condiciones Particulares de la Póliza.

#### **CLÁUSULA 6. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

La COMPAÑÍA DE SEGUROS no estará obligada al pago de la indemnización en los siguientes casos:

- a) Si el CONTRATANTE, el ASEGURADO, los Beneficiarios o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presentan una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo empleasen medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.
- b) Si el CONTRATANTE, el ASEGURADO o el Beneficiario incumplieren lo establecido en la CLÁUSULA 18: "PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO" de estas Condiciones Generales, salvo causa extraña no imputable al ASEGURADO.
- c) Si el CONTRATANTE, el ASEGURADO o los Beneficiarios actuasen con dolo, o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo el CONTRATANTE, el ASEGURADO o los Beneficiarios.
- d) Si el siniestro se inicia antes de la vigencia de la Póliza y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de la COMPAÑÍA DE SEGUROS.
- e) Si el CONTRATANTE, el ASEGURADO o los Beneficiarios actuasen con culpa grave, o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del CONTRATANTE, el ASEGURADO

o los Beneficiarios. No obstante la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** estará obligada al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de interés comunes con la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** en lo que respecta a la Póliza.

- f) Si el **CONTRATANTE** o el **ASEGURADO**, no notificare a la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** cualquier cambio en su ocupación o actividad que agrave el riesgo.
- g) Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las **Condiciones Particulares y Endosos de la Póliza**.

#### **CLÁUSULA 7. VIGENCIA DE LA COBERTURA**

Es el plazo de duración de la Póliza de Seguro y durante el cual, la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** asume los riesgos cubiertos bajo alguna de las coberturas de seguro que se detallan y para las que se ha establecido una Prima en las **Condiciones Particulares**.

Esta Póliza tendrá una vigencia de un (1) año, contado desde la fecha de inicio de vigencia consignada en las **Condiciones Particulares** de la Póliza y estará condicionada al pago de la Prima correspondiente por adelantado.

#### **CLÁUSULA 8. RENOVACIÓN DE LA COBERTURA**

Siempre que el **ASEGURADO** no haya fallecido, la vigencia de esta Póliza es por el término de la primera prima pagada, a contar desde la fecha de comienzo de la Póliza y el pago de las Primas subsiguientes, a su vencimiento, renovará la vigencia por los períodos a que corresponda cada pago de acuerdo a lo previsto en la presente Póliza. El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica una nueva póliza, sino la prórroga de la anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en la Póliza, efectuada con un plazo de por lo menos de treinta (30) días continuos de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

#### **CLÁUSULA 9. ALCANCE TERRITORIAL**

Esta Póliza se extiende durante las 24 horas del día y en cualquier parte del mundo.

#### **CLÁUSULA 10. PAGO DE LA PRIMA**

La prima será pagada por el **CONTRATANTE** en la oficina principal de la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** o en los lugares que ésta designe, en forma mensual, salvo que en las **Condiciones Particulares** se establezca una periodicidad diferente. La **COMPAÑÍA DE SEGUROS** no será responsable por las omisiones o faltas de diligencia que produzcan atraso en el pago de la prima, aunque éste se efectúe mediante algún cargo o descuento convenido.

#### **CLÁUSULA 11. PLAZO DE GRACIA**

Efectuado la primera prima inicial de la Póliza, la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** concede un plazo de gracia de treinta (30) días calendarios, para el pago de las primas subsiguientes, el cual será contado a partir del primer día del mes de cobertura no pagado, de acuerdo a la forma de pago convenida. Durante este plazo, la Póliza permanecerá vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, la **COMPAÑÍA DE SEGUROS** tendrá la obligación de pagar la indemnización correspondiente, con previa deducción del capital a pagar, la prima vencida y no pagada.

## **CLÁUSULA 12. BENEFICIARIOS**

El ASEGURADO podrá instruir para cobrar el importe de este seguro, a una o más personas, individualizándolas en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

A falta de Beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos testamentarios del ASEGURADO, en los porcentajes establecidos en el testamento o la ley, o, a falta de herederos testamentarios, al cónyuge sobreviviente y a los herederos legales del ASEGURADO, por parte iguales. El cónyuge y los herederos, en estos casos, serán considerados Beneficiarios para todos los efectos del presente contrato.

El ASEGURADO podrá modificar su designación de Beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que la designación hubiere sido hecha en calidad de irrevocable, en cuyo caso deberá contar con su consentimiento. A tal efecto deberá dar aviso a la COMPAÑÍA DE SEGUROS por escrito.

La COMPAÑÍA DE SEGUROS pagará válidamente a los Beneficiarios registrados en esta Póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de Beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

## **CLÁUSULA 13. EDADES DE ADMISIÓN Y PERMANENCIA**

Son elegibles para ser ASEGURADO bajo esta Póliza, aquellas personas que tengan entre dieciocho (18) y sesenta y cinco (65) años, ambos inclusive.

Si el CONTRATANTE incluyera en esta Póliza a personas que se encuentran fuera de los límites de edad establecidos, la COMPAÑÍA DE SEGUROS solo estará obligada a devolver las sumas de dinero que por ellos hubiere recibido.

## **CLÁUSULA 14. AGRAVACIÓN DEL RIESGO**

Habiendo sido fijada la prima del seguro de acuerdo con las características declaradas por el ASEGURADO, éste deberá comunicar a la COMPAÑÍA DE SEGUROS los cambios o las agravaciones, aun cuando fueren temporales, que pudieran afectar la base de la contratación, dentro de los ocho (8) días continuos. La COMPAÑÍA DE SEGUROS tendrá el derecho de continuar, modificar o declinar la cobertura ante dicha modificación del riesgo. La COMPAÑÍA DE SEGUROS no pagará beneficios algunos por Accidente ocurrido en fecha posterior a la modificación del riesgo, si dicha modificación no hubiese sido notificada a la COMPAÑÍA DE SEGUROS y ésta no hubiese manifestado su aceptación expresa, por escrito.

## **CLÁUSULA 15. AGRAVACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DE UN ACCIDENTE**

Si las consecuencias de un accidente fueran agravadas por efecto de una Condición Preexistente o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen del ASEGURADO, la indemnización que correspondiere se liquidará de acuerdo con las consecuencias que presumiblemente el mismo accidente hubiera tenido sin la mencionada causa, salvo que ésta fuera consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

## **CLÁUSULA 16. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN**

La COMPAÑÍA DE SEGUROS tendrá la obligación de indemnizar los siniestros amparados en esta Póliza dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días hábiles y siguientes, contados a partir de la fecha en que la COMPAÑÍA DE SEGUROS haya recibido el último recaudo solicitado, salvo por causa extraña no imputable a la COMPAÑÍA DE SEGUROS.

El pago de las prestaciones aquí previstas se efectuará al ASEGURADO, en caso de fallecimiento del ASEGURADO o si éste hubiese fallecido antes de realizarse la indemnización, el pago se efectuará a sus Beneficiarios o a los herederos testamentarios del ASEGURADO.

Para la Cobertura de Gastos Médicos, en caso de haberla contratado, la COMPAÑÍA DE SEGUROS efectuará las indemnizaciones de los gastos cubiertos según la presente Póliza en Panamá y en moneda nacional. En los casos en que el gasto sea incurrido en el exterior, toda la documentación a presentar debe estar legalmente traducida al idioma Español y las facturas debidamente canceladas.

#### **CLÁUSULA 17. RECHAZO DEL SINIESTRO**

Cuando no proceda la cobertura de cualquier reclamo, de acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Endosos, si las hubiere, de la presente Póliza, la COMPAÑÍA DE SEGUROS deberá notificar por escrito al ASEGURADO las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo del siniestro, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de recibir la COMPAÑÍA DE SEGUROS el último de los recaudos solicitados.

Esta obligación existirá también cuando la COMPAÑÍA DE SEGUROS pague sólo parte de la indemnización reclamada.

#### **CLÁUSULA 18. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

En caso de una reclamación en virtud de la presente Póliza, el CONTRATANTE, ASEGURADO o el Beneficiario procederá a dar aviso a la COMPAÑÍA DE SEGUROS dentro de los diez (10) días continuos siguientes de haber conocido su ocurrencia acompañada de los recaudos estipulados en la presente Cláusula y deberá:

- Tomar las providencias necesarias y oportunas para evitar que sobrevengan lesiones ulteriores;
- Notificarlo a las autoridades competentes en tiempo, forma y lugar.

Asimismo el CONTRATANTE, el ASEGURADO o el Beneficiario, se obligan a certificar la exactitud de su reclamación y de cuantos aspectos estén consignados en la misma, mediante una declaración hecha, sea bajo juramento o en cualquier forma legal, y de autorizar a la COMPAÑÍA DE SEGUROS para solicitar informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades y las consecuencias que estas pudieran generar, para la comprobación de cualquier evento, así como para solicitar a cualquier institución hospitalaria o médico la historia clínica del ASEGURADO. Igualmente tendrá la COMPAÑÍA DE SEGUROS la oportunidad y el derecho, durante el curso de una reclamación a examinar mediante los servicios de su personal facultativo la persona asegurada objeto del reclamo, y a solicitar los exámenes que considere necesarios, así como también autorizará a la COMPAÑÍA DE SEGUROS a realizar las autopsias que considere necesarias en caso de Muerte del ASEGURADO, salvo que estas estén prohibidas por la ley.

Además el CONTRATANTE, el ASEGURADO o el Beneficiario deberán entregar a la COMPAÑÍA DE SEGUROS los siguientes recaudos:

- a) En caso de Muerte: Certificado de Defunción emitido por la autoridad competente, Informe Médico Forense, Cédula de Identidad, Informe de las autoridades que intervinieron en el hecho y los documentos de identidad de los Beneficiarios. En caso de que la muerte hubiere sobrevenido por causa de un homicidio culposo, el Beneficiario deberá además entregar a la COMPAÑÍA DE SEGUROS, la sentencia original, o una copia autenticada, de la sentencia

ejecutoriada del juzgado o tribunal correspondiente. Si la muerte ocurre en el extranjero los documentos deberán presentarse debidamente autenticados por las autoridades del país donde ocurrió el deceso y por las autoridades consulares de la República de Panamá.

- b) En cualquier otro caso, un certificado médico expresando las causas de la lesión, su naturaleza y consecuencias conocidas o presuntas. Dichos documentos deberán ser suministrados a COMPAÑÍA DE SEGUROS dentro de un plazo no mayor de diez (10) días después de ocurrido el accidente. En caso de invalidez total y permanente, un certificado médico que exprese tal condición para el ASEGURADO, así como una segunda opinión sobre el particular, a discreción de la COMPAÑÍA DE SEGUROS.
- c) En caso de gastos médicos: Los comprobantes, recibos, radiografías, resultados de exámenes y cualesquiera otra documentación y facturas originales debidamente canceladas de los gastos generados en la curación de las lesiones producidas por el Accidente. El ASEGURADO deberá formular una reclamación acompañada de los recaudos anteriormente señalados, por el suceso que determina la reclamación, en los formularios usuales de la COMPAÑÍA DE SEGUROS.
- d) En caso de enfermedades graves: Fotocopia de la cédula de identidad del ASEGURADO o su Representante, informe médico que indique el tipo de enfermedad y los exámenes de comprobación histopatológica, resultados de todos los exámenes practicados e Información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.

A fin de determinar su responsabilidad o cuánto y a quienes indemnizar, en un plazo no mayor de treinta (30) días de haber recibido el último recaudo, la COMPAÑÍA DE SEGUROS podrá requerir por escrito documentos adicionales, en una sola oportunidad, a los previstos en esta Cláusula y el CONTRATANTE, el ASEGURADO o sus Beneficiarios están en la obligación de presentarlos dentro de los treinta (30) días continuos y siguientes a la fecha de dicho requerimiento.

La COMPAÑÍA DE SEGUROS a su propio costo, tendrá el derecho de hacer examinar por un médico a cualquier persona asegurada, durante la vigencia de esta Póliza, haya habido reclamación o no.

La COMPAÑÍA DE SEGUROS tiene derecho a recuperar del ASEGURADO, las sumas de dinero que por error hubiere pagado en virtud de las coberturas de esta Póliza, pudiendo descontarla de otras indemnizaciones o de una eventual devolución de prima a favor del ASEGURADO originada por cualquier concepto.

En caso de siniestros ocurridos fuera de la República de Panamá, toda la documentación a presentar debe ser autenticada en idioma Español en el Consulado del país donde haya ocurrido el siniestro.

## **CLÁUSULA 19. DERECHO DE ANULACIÓN**

Toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el ASEGURADO, por la COMPAÑÍA DE SEGUROS o por los representantes de uno u otro que hubieran podido influir de modo directo en la existencia o condiciones del contrato, traen consigo la nulidad del mismo. Si la falsedad o inexactitud proviniera del ASEGURADO o de quien lo represente, la COMPAÑÍA DE SEGUROS tiene derecho a los premios pagados; si proviniera de la COMPAÑÍA DE SEGUROS o su representante, el ASEGURADO puede exigir la devolución de las primas pagadas.

De acuerdo a la naturaleza de la Póliza, la nulidad se podrá ejercer para cada ASEGURADO de la Póliza, en cuyo caso los tiempos se comienzan a contar desde su última inclusión como ASEGURADO.

## **CLÁUSULA 20. SUSPENSIÓN DE COBERTURA**

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, 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. La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, 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 se indica en la CLÁUSULA 22: "REHABILITACIÓN" de estas Condiciones Generales.

## **CLÁUSULA 21. AVISO DE CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA**

Conforme a la legislación vigente, al CONTRATANTE se le notificará el incumplimiento de pago y se le concederán quince (15) días hábiles, a partir de la notificación, para pagar directamente en las oficinas de la COMPAÑÍA DE SEGUROS las sumas adeudadas pactadas en este Contrato de Seguro, o para presentar constancia de que ha pagado la prima correspondiente.

## **CLÁUSULA 22. REHABILITACIÓN**

Toda Póliza que tenga su cobertura suspendida por incumplimiento de pago se rehabilitará automáticamente desde el momento en que la COMPAÑÍA DE SEGUROS reciba el (los) pago(s) de prima(s) e impuesto(s) atrasados, siempre que la COMPAÑÍA DE SEGUROS no haya enviado aviso de cancelación por causas distintas al incumplimiento de pago de prima. Sin embargo, la COMPAÑÍA DE SEGUROS se reserva el derecho de declinar dicha rehabilitación de la Póliza cuando dentro del período de suspensión de cobertura haya ocurrido un siniestro o los riesgos asegurados en esta Póliza cambiaran o variaran de tal forma que corresponda la aplicación de la CLÁUSULA 23: "TERMINACIÓN DE LA COBERTURA" de estas Condiciones Generales.

## **CLÁUSULA 23. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA**

**Esta Póliza terminará, en el momento que suceda alguno de los siguientes hechos:**

- a) Solicitud de cancelación por parte del CONTRATANTE.**
- b) A la terminación de la vigencia de ésta Póliza.**
- c) Fallecimiento del ASEGURADO por causas naturales o por algún evento no cubierto en las Condiciones Particulares.**
- d) Cuando el ASEGURADO alcance los sesenta y cinco (65) años de edad.**
- e) La no aceptación del CONTRATANTE de cualquier cambio de la prima.**

## **CLÁUSULA 24. SUBROGACIÓN**

La COMPAÑÍA DE SEGUROS tiene el derecho de recuperar de cualesquiera fuente, los pagos hechos en base a los beneficios establecidos en la presente Póliza, por lesiones sufridas por el ASEGURADO, ya sean causadas por terceras personas o mientras el ASEGURADO utiliza o maneja vehículos o equipos propios o de terceras personas que tienen cobertura de seguro para dichas lesiones. La COMPAÑÍA DE SEGUROS podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipos o de los Aseguradores de éstos. En igual forma, La COMPAÑÍA DE SEGUROS lo podrá hacer del ASEGURADO, o sus dependientes, si han recuperado ellos, los pagos en violación del derecho de subrogación.

## **CLÁUSULA 25. PERITAJE**

Si el ASEGURADO no se conformare con la evaluación del grado de invalidez hecha por la COMPAÑÍA DE SEGUROS se procederá a dicha evaluación por dos (2) peritos médicos, nombrado uno por el ASEGURADO y otro por la COMPAÑÍA DE SEGUROS, en el plazo de dos (2) meses contados a partir del día en que una de las partes haya requerido a la otra dicha designación. En el caso de que una de las dos partes se negare a designar o dejare de nombrar un perito en el plazo antes indicado, la otra parte tendrá el derecho de nombrar un amigable componedor. En el caso de discordia entre las partes, se designará un tercer perito nombrado por ellos y por escrito. La apreciación del tercer perito agotará este procedimiento.

Cada parte satisfará los honorarios y gastos de su perito y la mitad del tercer perito (si lo hubiere).

El fallecimiento de cualquiera de los dos peritos que aconteciere en el curso de las operaciones de peritaje no anulará ni mermará los poderes, derechos o atribuciones del perito sobreviviente. Asimismo, si el perito único o el perito tercero falleciera antes del dictamen final, la parte o los peritos que le hubieren nombrado, según sea el caso, quedarán facultados para sustituirlo por otro.

Para los efectos de esta Cláusula, se entiende por peritos médicos aquellos que están legalmente autorizados para el ejercicio de la profesión médica, quienes deberán tener una especialidad reconocida por la Federación Médica Panameña y experiencia en la materia que haya originado el peritaje.

## **CLÁUSULA 26. CADUCIDAD**

El CONTRATANTE o el ASEGURADO perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra la COMPAÑÍA DE SEGUROS o convenir con ésta el Arbitraje previsto en la CLÁUSULA 25: "ARBITRAJE" de estas Condiciones Generales, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

- ✓ En caso de rechazo del siniestro, el CONTRATANTE tendrá un (1) año, contado a partir de la fecha de notificación del rechazo, para ejercer cualquier acción de arbitraje o judicial, pasado este tiempo prescribe todo reclamo.
- ✓ En caso de inconformidad con el pago de la indemnización o con el servicio prestado, el CONTRATANTE tendrá un (1) año, contado a partir de la fecha en que la COMPAÑÍA DE SEGUROS hubiere efectuado el pago o la prestación del servicio, para ejercer cualquier acción de arbitraje o judicial, pasado este tiempo prescribe todo reclamo.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que haya un pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA DE SEGUROS.

A los efectos de esta Cláusula se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante el tribunal competente.

## **CLÁUSULA 27. PRESCRIPCIÓN**

Las acciones derivadas del presente contrato de seguro, prescribirán en el plazo de un (1) año de conformidad con lo dispuesto en el Código de Comercio de la República de Panamá.

## **CLÁUSULA 28. NOTIFICACIONES**

Las notificaciones o comunicaciones relacionadas con este contrato, serán remitidas por la COMPAÑÍA DE SEGUROS directamente al CONTRATANTE a la Dirección del CONTRATANTE según se señala en las Condiciones Particulares. El CONTRATANTE deberá reportar por escrito a la COMPAÑÍA DE SEGUROS el cambio de Dirección y solicitar la modificación de la Dirección del

CONTRATANTE mediante Endoso, de lo contrario, se tendrá por correcto para todos los efectos, la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la Póliza.

Todo aviso o comunicación que deba hacer el CONTRATANTE o el ASEGURADO, a la COMPAÑÍA DE SEGUROS conforme a esta Póliza, deberá constar por escrito y ser entregado personalmente o remitido por correo por el CONTRATANTE, o el ASEGURADO, o por el Corredor de Seguros que aparece en las Condiciones Particulares que haya mediado en la contratación del seguro.

El CONTRATANTE por este medio autoriza a la COMPAÑÍA DE SEGUROS a recibir y acatar cualesquiera instrucciones que reciba con relación a esta Póliza por parte del Corredor de Seguros designado en las Condiciones Particulares, como si hubiese sido enviada directamente por el CONTRATANTE. Sin embargo, el CONTRATANTE en todo momento podrá gestionar cualquier trámite con relación al Contrato de Seguro de forma directa con la COMPAÑÍA DE SEGUROS.

### **CLÁUSULA 29. MODIFICACIONES**

Durante la vigencia de la Póliza se podrán cambiar los términos y condiciones solamente mediante un Endoso debidamente aceptado y firmado por el CONTRATANTE y un representante autorizado de la COMPAÑÍA DE SEGUROS.

No obstante a lo anterior, si los riesgos asegurados en esta Póliza cambiaran o variaran, y no procede la Terminación del contrato, la COMPAÑÍA DE SEGUROS podrá modificar las condiciones de este contrato.

La COMPAÑÍA DE SEGUROS comunicará la modificación al CONTRATANTE, según lo contenido en la CLÁUSULA 29: "NOTIFICACIONES" de estas Condiciones Generales, y otorgará quince (15) días calendario para que el CONTRATANTE manifieste si acepta o no las nuevas condiciones. Si dicho plazo transcurriera sin que el CONTRATANTE se manifieste, se tendrán por aceptadas las nuevas condiciones desde la fecha de comunicación y se procederá al cobro del ajuste de prima que corresponda (si la hubiere) o se variarán los términos y condiciones para adecuarlos a la situación del riesgo vigente al momento de dichos cambios.

Cuando el CONTRATANTE acepte expresamente las nuevas condiciones, los cambios o modificaciones en el contrato se incorporarán y serán efectivos a partir del día en que se haya pagado la prima correspondiente (si lo hubiere).

Si el CONTRATANTE no aceptara las nuevas condiciones en virtud de los cambios o variaciones en el riesgo procederá la Terminación del contrato según la CLÁUSULA 23: "Terminación del Contrato" de estas Condiciones Generales.

La Prima y demás condiciones de este seguro se garantizan por la vigencia de este contrato. La COMPAÑÍA DE SEGUROS podrá modificar la Prima o Condiciones Particulares de esta cobertura en cada fecha de Renovación. En caso que LA COMPAÑÍA DE SEGUROS desee introducir modificaciones, deberá informar al ASEGURADO o el CONTRATANTE de tales cambios con una anterioridad de treinta (30) días previos a la fecha de renovación. Cualquier modificación o ajuste de prima deberá estar sujeta a los valores máximos de los parámetros aprobados por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

### **CLÁUSULA 30. JURISDICCIÓN**

Se conviene que los tribunales de la Ciudad de Panamá serán los únicos competentes y que para el efecto, el CONTRATANTE, ASEGURADO, Beneficiario(s) renuncian expresamente a fuero de sus domicilios.

## CLÁUSULA 31. TABLA DE INDEMNIZACIONES

### Tabla de Indemnizaciones

Pérdida	Porcentaje (%)
Ambos brazos, o ambas piernas, o ambas manos, o ambos pies, o un brazo y una pierna, o una mano y un pie	100
Pérdida absoluta de ambos ojos	100
Pérdida completa de un ojo o de su visión	50%
Pérdida de la mitad de la visión de un ojo	35%
Sordera total e incurable de los dos oídos	40%
Sordera total e incurable de un oído	15%
Pérdida total e irrecuperable del habla	40%
Un brazo o una mano.	55%
Una pierna o un pie	50%
Un dedo cualquiera de la mano.	10%
Uno dedo cualquiera del pie	5%

A los efectos anteriores se entiende por pérdida la amputación o inutilización total e irreparable del uso del miembro o la parte del cuerpo afectada.

En el caso de sordera, además de su condición de ser irreparable, a juicio del médico que designe la COMPAÑÍA DE SEGUROS se requiere que haya tenido una duración ininterrumpida no menor de ciento ochenta (180) días continuos y siguientes, contados éstos desde la fecha del accidente.

## CLÁUSULA 32. LESIONES NO PREVISTAS

Para el caso de lesiones no mencionadas arriba pero que sean consideradas de carácter permanente, serán evaluadas por el médico que designe la COMPAÑÍA DE SEGUROS, comparándolas de ser posible con la presente Tabla de Indemnizaciones, a los efectos de la determinación del porcentaje a indemnizar.

## CLÁUSULA 33. COMBINACIÓN DE INVALIDECES

Si un accidente produce varias invalideces, a los efectos de la indemnización se acumularán los porcentajes fijados para cada una de ellas, sin que en ningún caso el monto total a pagar pueda exceder el cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada vigente para la cobertura de Invalidez Permanente en el momento de la ocurrencia del accidente.

Cuando la suma de tales porcentajes sobrepase al ochenta por ciento (80%), la indemnización será por el cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada que corresponda por la Cobertura de Invalidez Total y Permanente en el momento de la ocurrencia del accidente.

## CLÁUSULA 34. DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE O DESMEMBRAMIENTO

La COMPAÑÍA DE SEGUROS determinará en un plazo máximo de treinta (30) días si se ha producido la invalidez total y permanente o el desmembramiento, en su caso, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos.

EL CONTRATANTE

  
LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Aprobado por la Superintendencia de Seguros de Panamá mediante Resolución Nro. DRL-37 de fecha 26 de mayo de 2014.