
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 pactada 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: El Beneficiario de la indemnización que corresponda será el ASEGURADO o en caso de fallecimiento del ASEGURADO, la indemnización la recibirán las personas indicadas en la Solicitud de Seguro.

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 y los Endosos que se emitan para completarla o modificarla. Ninguno de estos documentos tienen 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.

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 lo 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.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Es toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado este contrato de seguros y que sea conocida por el CONTRATANTE, el ASEGURADO o el(los) Beneficiario(s).

CLÁUSULA 3. RIESGO CUBIERTO

La COMPAÑÍA DE SEGUROS indemnizará mediante el pago único de la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza en caso de diagnosticársele al ASEGURADO algún tipo de Cáncer de los amparados en el presente contrato y de acuerdo con las definiciones establecidas en la CLÁUSULA 4: "INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS" y CLÁUSULA 5: "CONDICIONES NECESARIAS PARA LA INDEMNIZACIÓN" de estas Condiciones Generales.

CLÁUSULA 4. INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS

✓ CÁNCER

Se define como Cáncer, la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y leucemia.

Se excluyen cáncer no-invasivos in situ, los tumores no agresivos localizados que se encuentren en etapas iniciales de malignidad, tumores como consecuencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH); Sarcoma Karposi y otros tipos de cáncer relacionados con SIDA; o cualquier tipo de cáncer a la piel que no sea melanoma maligno.

✓ DIAGNÓSTICO

Es el diagnóstico inequívoco de un Médico, confirmado por otro Médico, de la existencia de una patología de Cáncer.

✓ DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Es el diagnóstico basado en el historial del paciente, examen físico, radiografías y/o exámenes de laboratorios. Debe estar confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un Cáncer. Será requisito la presentación de un Informe Histopatológico por escrito para la confirmación del diagnóstico en todos los casos. Un diagnóstico de cáncer solamente será considerado como maligno después de un estudio de la arquitectura histopatológica o patrón del tumor, tejido o espécimen sospechoso.

✓ INFORME HISTOPATOLÓGICO

Se refiere a la documentación de resultados positivos de la presencia de un cáncer. Para que sea aceptable un Informe Histopatológico bajo los términos de este beneficio, el informe que

documenta el diagnóstico deberá ser fechado (mes, día y año) y firmado por un médico calificado para emitir dicho informe. El Informe Histopatológico deberá emitirse en base al estudio microscópico de las biopsias correspondientes.

✓ **FECHA DEL DIAGNÓSTICO**

Es la fecha que se tomará como referencia para evaluar lo siguiente:

- a) Si el siniestro ocurre antes o después de la expiración del plazo de espera.
- b) Si el siniestro se reporta dentro de los sesenta (60) días siguientes a dicha fecha.

Se entiende por Fecha del Diagnóstico la fecha en que el ASEGURADO entra en conocimiento del Diagnóstico o diez (10) días continuos después de que se hayan obtenido los resultados de la prueba médica que indique en forma inequívoca el Diagnóstico, lo que primero ocurra. La ocurrencia de un evento relacionado con algún Cáncer de los mencionados en la CLÁUSULA 4: "INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS" de estas Condiciones Generales que haga imposible que el ASEGURADO sea consciente del Diagnóstico, se considerará prueba médica para determinar la Fecha del Diagnóstico.

✓ **MÉDICO**

Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina según las leyes y normas de la jurisdicción donde ha sido prestado el servicio y la cual practica dentro de los límites regulares y admisibles de cualquier autorización legal que sea pertinente. El término "MÉDICO" no incluye a dentista (odontólogo, ortodoncista), quiropráctico, optómetra, podiatra o cualquier otro profesional cuya especialidad no esté reconocida por las autoridades del país donde fue prestado el servicio médico.

No son aceptables para efectos de esta Póliza los Diagnósticos emitidos en las siguientes situaciones:

- a) Si el Médico que emite el Diagnóstico es el propio ASEGURADO.
- b) Si el Médico que emite el Diagnóstico es familiar del ASEGURADO hasta segundo grado de consanguinidad y tercero de afinidad.

CLÁUSULA 5. CONDICIONES NECESARIAS PARA LA INDEMNIZACIÓN

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

- a) La fecha del Diagnóstico de Cáncer debe ser posterior a la expiración del Plazo de Espera.
- b) Que la reclamación del siniestro se presente dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes a la fecha del Diagnóstico de Cáncer.
- c) Que el ASEGURADO afectado se encuentre con vida treinta (30) días continuos después de presentada la notificación del siniestro.
- d) Que sea la primera vez en la vida del ASEGURADO en la que haya recibido el Diagnóstico de Cáncer, independientemente del número de tumores cancerígenos, por cuanto la presente Póliza abarca un pago único por Cáncer, no habiendo acumulación de indemnizaciones.

CLÁUSULA 6. PLAZO DE ESPERA

Es el período de tiempo de ciento ochenta (180) días continuos contados desde la inclusión del ASEGURADO en la Póliza o de la rehabilitación del ASEGURADO en la Póliza en el cual de producirse una reclamación no hay derecho a la indemnización.

CLÁUSULA 7. PERSONAS ASEGURABLES

Son personas asegurables bajo la presente Póliza, el ASEGURADO siempre y cuando su edad esté comprendida entre dieciocho (18) y sesenta y cinco (65) años de edad, ambos inclusive.

Cualquier persona que quiera asegurarse debe gozar de buena salud y no tener defectos físicos o mutilaciones relevantes al momento de solicitar la Póliza.

CLÁUSULA 8. LÍMITE DE COBERTURA

Sólo habrá cobertura para la ocurrencia por primera vez en la vida del ASEGURADO de uno y sólo un Cáncer de los tipos mencionados en la CLÁUSULA 4: "INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS" de estas Condiciones Generales, no habiendo acumulación de indemnizaciones, aunque no haya correlación entre los mismos.

CLÁUSULA 9. EXCLUSIONES

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

- a. **Cualquier Cáncer cuya fecha de Diagnóstico sea anterior a la expiración del Plazo de Espera.**
- b. **Cualquier Cáncer que comience o cuyos síntomas comiencen a manifestarse, antes o durante el Plazo de Espera, independientemente de cuando se efectúe el Diagnóstico correspondiente.**
- c. **Cualquier Cáncer que produzca la muerte del ASEGURADO durante los primeros treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de notificación del siniestro.**
- d. **Cualquier Cáncer que el ASEGURADO padeciere antes de estar amparado por esta Póliza.**
- e. **Cualquier Cáncer para el 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.**
- f. **Cualquier Cáncer 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 con el SIDA (CRS).**
- g. **Cualquier infección oportunista y/o carcinoma maligno (tumor), si al momento de una crisis el ASEGURADO tenía Síndrome de Inmunodeficiencia adquirido (SIDA) o tenía anticuerpos positivos de VIH en la prueba sanguínea (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Las infecciones oportunistas incluyen pero no se limitan a neumosiastisis, neumonía carinii, virus de organismos de enteritis crónica y/o infecciones diseminadas por hongos.**
- h. **Cualquier Cáncer de piel, a excepción de melanomas malignos.**
- i. **Cualquier Cáncer o condición no señalada expresamente como riesgo cubierto en las Condiciones Generales, Particulares y Endosos, si los hubiere de la Póliza.**
- j. **Enfermedades Preexistentes.**

CLÁUSULA 10. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La **COMPAÑÍA DE SEGUROS** no estará obligado 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 ASEGURADO no puede probar la ocurrencia del siniestro.
- c) 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.
- d) 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.
- e) 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.
- f) 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.
- g) Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y Endosos, si los hubiere, de la Póliza.

CLÁUSULA 11. 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 12. 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 13. 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 14. 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 15. 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 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.

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 siniestro el ASEGURADO o alguien en su nombre deberá notificarlo por escrito a la COMPAÑÍA DE SEGUROS, a más tardar a dentro de los sesenta (60) días hábiles siguientes a la fecha del Diagnóstico de Cáncer.

El ASEGURADO deberá entregar a la COMPAÑÍA DE SEGUROS dentro de los treinta (30) días continuos a partir de la notificación, la siguiente documentación:

- a) Planilla de Declaración de Siniestro debidamente llenada y firmada por el ASEGURADO o su Representante.
- b) Fotocopia de la cédula de identidad del ASEGURADO o su Representante.
- c) Informe médico que indique el tipo de enfermedad y los exámenes de comprobación histopatológica.
- d) Resultados de todos los exámenes practicados.
- e) Información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio.

La COMPAÑÍA DE SEGUROS podrá requerirle por escrito documentos adicionales a los mencionados hasta en una ocasión y dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se hayan entregado los documentos ya mencionados, y el ASEGURADO o su Representante están en la obligación de presentarlos en un plazo de diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha de la solicitud de los mismos. Asimismo, la COMPAÑÍA DE SEGUROS se reserva el derecho de hacer examinar al ASEGURADO afectado, por un médico designado por la COMPAÑÍA DE SEGUROS y a su costo, facilitando el ASEGURADO o su Representante, según sea el caso, el reconocimiento que el médico designado crea oportuno realizar.

La COMPAÑÍA DE SEGUROS quedará relevada de la obligación de pagar la prestación convenida, si el ASEGURADO o su representante incumplieren las obligaciones establecidas en esta Cláusula, a menos que demuestre que el incumplimiento se debió a causa extraña no imputable del ASEGURADO.

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 las primas pagadas; 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 cambian o varían 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) El pago de la indemnización única derivada de la cobertura de Pago Único por Patología de Cáncer, por cuanto el mismo produce la terminación inmediata de la Póliza.
- d) Al finalizar la vigencia anual durante la cual el ASEGURADO cumpla los sesenta y seis (66) 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 surgiere desacuerdo entre el ASEGURADO y la COMPAÑÍA DE SEGUROS para la indemnización que pudiera corresponder, se procederá a la 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 cualesquiera 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 falleciere 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.

EL CONTRATANTE



LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Aprobado por la Superintendencia de Seguros de Panamá mediante Resolución Nro. DRL-40 de fecha 26 de mayo de 2014.