

---

**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.

**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 tiene validez ni efecto por separado.

**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:** La que tenga el ASEGURADO al momento del ingreso a la Póliza y en cada renovación de su vigencia.

**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:** Es cualquier alteración de la salud de una persona, que conduzca a un tratamiento médico quirúrgico.

**ACCIDENTE:** Es el hecho súbito, violento, externo, visible y fortuito que produzca en la integridad física del ASEGURADO lesiones corporales evidenciadas por contusiones o heridas visibles.

**LESIÓN:** Daños al organismo causados por un Accidente ocurrido después de que la póliza entró en vigor.

**INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:** Institución que opera en conformidad con las leyes locales correspondientes a las instituciones identificadas como hospital médico o quirúrgico, que se ocupe en primer término de proporcionar instalaciones para diagnosticar y tratar diagnósticos médicos y quirúrgicos; tratamiento y cuidado de personas accidentadas y enfermas por o bajo la supervisión de un personal integrado por doctores en medicina debidamente matriculados; que proporcione en forma continua, durante veinticuatro (24) horas del día, servicios de enfermería y atención integral al paciente.

No se considera institución hospitalaria, para efectos de esta póliza los siguientes establecimientos:

- a) Instituciones mentales para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas.
- b) Lugares de reposo, convalecencia o descanso para ancianos, drogadictos o alcohólicos.
- c) Lugares donde se proporcionan tratamientos naturistas.

**EMERGENCIA MÉDICA:** La aparición inesperada y repentina de una condición médica acompañada de síntomas serios y que requieran la atención médica inmediata, pero en ningún caso después de setenta y dos (72) horas de ocurridas.

**HOSPITALIZACIÓN:** Internación del ASEGURADO en un hospital por un período mínimo de 24 horas, con motivo de una enfermedad o accidente, bajo el cuidado y atención de un médico tratante.

**UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:** Es la sala de la INSTITUCIÓN HOSPITALARIA que sirve para brindar atención a pacientes con enfermedades agudas y que se encuentran en peligro de muerte, la cual está dotada de equipos con moderna tecnología, especialistas y un cuerpo de enfermería debidamente capacitado en el ramo, para brindarle a los pacientes ASEGURADOS una atención de calidad y que permita que éstos puedan recuperarse lo antes posible.

**MÉDICO:** Profesional egresado de una universidad reconocida y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina en el país donde presta sus servicios. No se aceptará ningún médico que sea:

- a) El mismo ASEGURADO
- b) El cónyuge del ASEGURADO
- c) familiar del ASEGURADO o de su cónyuge cuyo parentesco fuere el de hijo, padre o hermano.

**ENFERMERA:** Persona calificada o entrenada para el ejercicio de su profesión de acuerdo a la ley.

**ENFERMEDAD O CONDICIÓN PREEXISTENTE:** Lesión o enfermedad contraída u originada antes de la fecha de comienzo de esta póliza o de la inclusión del ASEGURADO en la misma, por la cual éste haya recibido tratamiento médico o consulta por un médico.

**BENEFICIO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN:** Es el monto diario de indemnización que la COMPAÑÍA DE SEGUROS pagará por cada día que el ASEGURADO se encuentre hospitalizado por un período superior a veinticuatro (24) horas consecutivos.

El monto diario de indemnización a pagar cuando el Asegurado se encuentre interno en una Unidad de Cuidados Intensivos es el doble de la suma contratada originalmente por el ASEGURADO, aplicando para éste el mismo criterio de que cada día es igual a veinticuatro (24) horas diarias y consecutivas.

### **CLÁUSULA 3. OBJETO DEL SEGURO**

Cuando a causa de enfermedad o de accidente, el asegurado sea internado necesario y continuamente en una Institución Hospitalaria por un periodo de no menos de veinticuatro (24) horas consecutivas, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS pagará el beneficio de indemnización diaria por cada 24 horas que el asegurado permanezca así internado, por un máximo de ciento veinte(120) días de cobertura, no necesariamente consecutivos, independientemente de la causa de la hospitalización hasta el límite del plan que haya contratado. En caso de que el Asegurado permanezca internado dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de la Institución Hospitalaria por un período de no menos de veinticuatro (24) horas, recibirá una Doble Indemnización de la Renta Diaria contratada. Este beneficio aplica hasta un máximo de 60 días.

La COMPAÑÍA DE SEGUROS se compromete a indemnizar la suma contratada o el doble de la misma en los casos que así se contemple, mientras el ASEGURADO esté hospitalizado, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que se hayan cumplido los Plazos de Espera establecidos en las presentes Condiciones generales.
- b) Que la reclamación no esté basada en alguna circunstancia tipificada como una exclusión para esta Cobertura.
- c) Que a los efectos del pago contemplado en la presente Cobertura, la hospitalización sea considerada médicamente necesaria para el Médico Tratante y para la COMPAÑÍA DE SEGUROS.

### **CLÁUSULA 4. PLAZO DE ESPERA**

El ASEGURADO tendrá derecho a disfrutar de los beneficios contemplados en esta póliza, de acuerdo a las siguientes condiciones:

- a) En caso de accidentes ocurridos y/o emergencia médica dentro de la vigencia de la Póliza, desde el mismo momento de inicio del Seguro o desde la fecha en que haya sido incluido en la Póliza, en caso de que dicha fecha sea posterior a la de inicio.
- b) En caso de una enfermedad contraída dentro de la vigencia de la Póliza, después de transcurrido un periodo de tres (3) meses contados a partir de la fecha de inicio de la Póliza o desde la fecha en que haya sido incluido en la Póliza, en caso de que dicha fecha sea posterior a la de inicio.
- c) Para los casos de maternidad después de transcurridos diez(10) meses contados a partir de la fecha de inicio de la Póliza o desde la fecha en que haya sido incluido en la Póliza, en caso de que dicha fecha sea posterior a la de inicio.

### **CLÁUSULA 5. PERSONAS ASEGURABLES**

**Podrán inscribirse en la presente póliza toda persona menores de sesenta (60) años de edad, pudiendo permanecer asegurados de forma ininterrumpida hasta los sesenta y cuatro años (64).**

## **CLÁUSULA 6. EXCLUSIONES**

No estará amparado por la presente Póliza y la COMPAÑÍA DE SEGUROS no indemnizará los gastos en que cualquier ASEGURADO hubiere incurrido a consecuencia de tratamientos, hospitalizaciones y/o intervenciones quirúrgicas derivadas de:

- a) Enfermedades o condiciones Preexistentes, salvo lo dispuesto en la CLÁUSULA 7: "ENFERMEDAD O CONDICIÓN PREEXISTENTE E INDISPUTABILIDAD".**
- b) Accidentes causados intencionalmente por el ASEGURADO; los sufridos por su imprudencia, negligencia o impericia grave.**
- c) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y todas las enfermedades que sean causadas por y/o relacionadas con el virus HIV positivo. Infección oportunista o neoplasma maligno, si al momento de producirse un accidente o manifestarse una enfermedad, El ASEGURADO tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Se consideran infecciones oportunistas la neumonía pneumocystis carinii, el organismo del virus de enteritis crónica y/o la infección diseminada de hongos.**
- d) Abortos provocados sin fines terapéuticos, parto atendido por comadrona.**
- e) Encontrarse El ASEGURADO bajo el efecto de alguna droga o sustancia estupefaciente o psicotrópica que no haya sido médicamente prescrita.**
- f) Cualquier desequilibrio mental o cura de reposo.**
- g) Cirugía plástica por embellecimiento o cualquier tratamiento con fines estéticos.**
- h) Hospitalización del ASEGURADO en un centro hospitalario que no cumpla con los requisitos descritos en las condiciones de esta póliza o que el ASEGURADO no se encuentre bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.**
- i) Tomar parte en carreras, concursos de velocidad o resistencia, apuestas y sus entrenamientos, exploraciones, expediciones y cualquier empresa arriesgada o peligrosa.**
- j) Hernias de cualquier naturaleza y sus consecuencias.**
- k) Reacción o radiación nuclear, independientemente de cómo se haya generado.**
- l) Hospitalización causada por o como resultado de:
  - i. Suicidio o tentativa de suicidio, autodestrucción, lesiones auto infligidas o cualquier intento de ello, ya sea en posesión de las facultades mentales o no.**
  - ii. Terrorismo o actos de terrorismo, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, huelga, paros patronales, actos malintencionados de terceros, tumulto popular, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas. Alistarse en el servicio militar con cualquier fuerza armada de cualquier país u organización internacional.**
  - iii. La práctica profesional de cualquier deporte o carreras que no sean a pie; la práctica o entrenamientos propios en deportes de alto riesgo tales como, buceo, alpinismo o escalamiento de montañas donde se haga uso de sogas o guías, espeleología, paracaidismo, planeadores, motociclismo, deportes de invierno.****

**iv. Por viajar en cualquier clase de aeronave como piloto o parte de la tripulación de vuelo.**

**m) Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y Endosos, si los hubiere, de la Póliza.**

#### **CLÁUSULA 7. ENFERMEDAD O CONDICIÓN PREEXISTENTE E INDISPUTABILIDAD.**

Las enfermedades o condiciones preexistentes estarán amparadas después de 24 meses consecutivos contados a partir del momento en que el ASEGURADO haya estado cubierto por esta póliza. Transcurrido dicho plazo, esta póliza será indisputable con respecto a las enfermedades o condiciones preexistente, salvo en el caso de declaraciones falsas hechas de mala fe por el ASEGURADO, debidamente demostradas por La COMPAÑÍA DE SEGUROS.

#### **CLÁUSULA 8. 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 9. RENOVACIÓN DE LA COBERTURA**

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 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.

Las primas serán ajustadas al momento de la renovación de acuerdo a la tarifa vigente para ese momento según la edad de cada ASEGURADO inscrito.

#### **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. NUEVAS INCORPORACIONES.**

En cualquier momento durante la vigencia de esta póliza podrán incorporarse nuevos asegurados. En tal caso, la compañía deberá haber recibido y aceptado en forma previa una solicitud en tal sentido, sin perjuicio del pago de la prima adicional correspondiente. Los nuevos asegurados tendrán cobertura a partir de la fecha en que dicha solicitud haya sido aprobada por la compañía y en los términos que se expresen en ella.

Los Asegurados que a su solicitud hayan sido excluidos e incluidos posteriormente, serán considerados como nuevas incorporaciones.

## **CLÁUSULA 14. AVISO DE RECLAMACION:**

En caso de hospitalización, el ASEGURADO o los beneficiarios deberán comunicarlo por escrito a la COMPAÑÍA DE SEGUROS, consignar los informes médicos, exámenes, análisis especiales, facturas y cualquier documentación que esta considere razonablemente necesario para evaluar el siniestro, en un plazo no mayor de treinta (30) días de terminada dicha hospitalización. La COMPAÑÍA DE SEGUROS suministrará al ASEGURADO la planilla de declaración del siniestro.

El ASEGURADO se compromete a facilitar a la COMPAÑÍA DE SEGUROS y a los médicos que esta designe, toda clase de informes relacionados con la hospitalización, los cuales serán solicitados en una sola oportunidad. Igualmente deberá someterse a los reconocimientos que dichos médicos crean pertinentes para procurar su más rápida curación, cuyos costos serán asumidos por la COMPAÑÍA DE SEGUROS.

## **CLÁUSULA 15. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN**

La indemnización prevista en esta póliza se hará efectiva finalizado el periodo de hospitalización y cumplidos los requisitos estipulados en la CLÁUSULA 14. AVISO DE RECLAMACION; previa verificación y aceptación por parte de la COMPAÑÍA DE SEGUROS, el pago de dicha indemnización, según lo decida el ASEGURADO, se realizara con crédito a la cuenta en la cual se debitan sus primas o por pago directo.

En caso de que el periodo de hospitalización se extienda a más de siete (7) días, el ASEGURADO podrá solicitar se haga efectiva la indemnización de los beneficios, cumplidos todas las

estipulaciones mencionadas en el párrafo anterior, al vencimiento de cada periodo de siete (7) días.

#### **CLÁUSULA 16. 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 17. 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 18. 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 19. 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 20. 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 variarían de tal forma que corresponda la aplicación de la CLÁUSULA 21: "TERMINACIÓN DE LA COBERTURA" de estas Condiciones Generales.

## **CLÁUSULA 21. 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) La cancelación de la cuenta a la cual se carga la prima.**
- c) A la terminación de la vigencia de ésta Póliza.**
- d) Al vencimiento de la anualidad más próxima en que el ASEGURADO cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.**
- e) Cuando la prima no sea pagada por el ASEGURADO, finalizado el plazo de gracia establecido**
- f) El fallecimiento del ASEGURADO.**

## **CLÁUSULA 22. 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 23. 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 24. 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 23: "ARBITRAJE" de estas Condiciones Generales, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

- a) 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.
- b) 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 25. 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 26. 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 27. 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 27: "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).

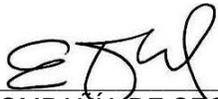
Si el CONTRATANTE no aceptara las nuevas condiciones en virtud de los cambios o variaciones en el riesgo procederá la Terminación del contrato según la CLÁUSULA 21: "TERMINACIÓN DE LA COBERTURA" de estas Condiciones Generales.

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 28. 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-42 de fecha 26 de mayo de 2014.